La sindemia asociada a COVID - 19 y los derechos de niñas, niños y adolescentes en Latinoamérica

Análisis a partir de seis países de la región

ORGANISMO ANDINO DE SALUD
CONVENIO HIPÓLITO UNANUE

ALAPE
Asociación Latinoamericana de Pediatría

ISSOP
INTERNATIONAL SOCIETY for SOCIAL PEDIATRICS and CHILD HEALTH

LA SINDEMIA ASOCIADA A COVID - 19 Y LOS DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN LATINOAMÉRICA

Análisis a partir de seis países de la región

2023

Catalogación realizada por el Organismo Andino de Salud–Convenio Hipólito Unanue

La sindemia asociada a COVID-19 y los derechos de niñas, niños y adolescentes en Latinoamérica. Análisis a partir de seis países de la región. ORAS-CONHU, Lima, 2023. 461 pág. Ilus.

SINDEMIA/DESIGUALDADES/DERECHOS/NIÑAS, NIÑOS, ADOLESCENTES/ LATINOAMÉRICA/Políticas públicas/ Derechos humanos/Economía/ Argentina/Chile/Colombia/Ecuador/Perú/Uruguay

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2023-05440
ISBN 978-612-49377-0-5

ISBN: 978-612-49377-0-5

Comité Editorial:
Dra. María del Carmen Calle Dávila, Secretaria ejecutiva ORAS-CONHU
Dra. Marisela Mallqui Osorio, Secretaria adjunta ORAS-CONHU
Dra. Bertha Pineda Restrepo, Coordinadora de cambio climático y desigualdades sociales de la salud ORAS-CONHU
Dr. Ernesto Durán Strauch, Universidad Nacional de Colombia. Grupo Colombiano de Pediatría Social
Dr. Raúl Mercer, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) Argentina
Sociol. Ernesto Rodríguez, Consultor responsable del estudio

Coordinación editorial:
Lic. Yaneth Clavo Ortiz, Responsable de Comunicación ORAS-CONHU

© ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPÓLITO UNANUE
Av. Paseo de la República Nº 3832 – San Isidro. Tercer Piso. Lima - Perú Teléfonos: (00-51-1) 611 3700 http://www.orasconhu.org contacto@conhu.org.pe
ISSOP, International Society of Social Pediatrics www.issop.org
ALAPE, Asociación Latinoamericana de Pediatría www.alape.org

Primera edición digital, junio de 2023

Atribución-No Comercial-Compartir Igual
CC BY-NC-SA

Esta publicación ha sido realizada por el Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), la International Society of Social Pediatrics (ISSOP), y la Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE); con la cooperación del Programa Subregional para América del Sur de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OMS), bajo el criterio de Acceso Abierto. La obra puede ser reseñada, usada, traducida y reproducida con fines académicos, no comerciales y en todo uso que se haga debe indicarse la fuente.

ELABORADO POR:

Comité de Pediatría Social Ampliado de la Asociación Latinoamericana de Pediatría:

Coordinación general del proyecto
Dr. Ernesto Durán Strauch
Universidad Nacional de Colombia
Grupo Colombiano de Pediatría Social

Equipos de los países participantes

Argentina

Dra. Virginia López Casariego, Dra. Erica Hammermüller,
Dra. Mirta Garategaray
Comité de Pediatría Social, Sociedad Argentina de Pediatría

Dr. Raúl Mercer
Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) Argentina

Chile

Dr. Iván Silva
Comité de Pediatría Social SOCHIPE

TS. Daniela Díaz, TS. Karla Rost, Sociol. Natalia Bozo
Observatorio de Niñez y Adolescencia

Colombia

Dr. Ernesto Durán Strauch
Universidad Nacional
Grupo Colombiano de Pediatría Social

Dra. María Lucía Mesa
Universidad de Los Andes
Grupo Colombiano de Pediatría Social

Ecuador

Antrop. Alexandra Escobar
Oficial de Política Social de la Oficina en Ecuador del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

Sociol. Ernesto Rodríguez
Consultor ORAS-CONHU y OPS/OMS

Perú

Dra. María del Carmen Calle Dávila
Secretaria ejecutiva. Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue
Sociedad Peruana de Pediatría. Capítulo de Pediatría Social
Sociedad Peruana de Adolescencia y Juventud

Sociol. Bertha Luz Pineda Restrepo
Coordinadora de cambio climático y desigualdades sociales de la salud
Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue

Uruguay

Sociol. Giorgina Gariboto, Nut. Natalia de Souza
Programa Uruguay Crece Contigo, Ministerio de Desarrollo Social (MIDES)

Sociol. Ernesto Rodríguez
Consultor ORAS-CONHU y OPS/OMS

Equipo Editorial
Sociol. Bertha Luz Pineda (Perú), Dr. Ernesto Durán Strauch (Colombia),
Dr. Raúl Mercer (Argentina)

Consultor responsable del estudio
Sociol. Ernesto Rodríguez

Instituciones Auspiciantes
Comité de Pediatría Social. Asociación Latinoamericana de Pediatría
Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue
Programa Subregional para América del Sur de la Organización Panamericana de la Salud
ISSOP - International Society of Social Pediatrics and Child Health

TABLA DE CONTENIDO

Abreviaturas y siglas 6
Presentación 7
Introducción 9

1. Marco conceptual: sindemia, desigualdades y derechos 14

1.1 Más allá de la pandemia, una sindemia 14
1.2 Desigualdades múltiples: una manera de trascender las desigualdades de ingreso 15
1.3 Derechos humanos y su operacionalización en el contexto sindémico 17
1.4 Convención sobre los Derechos del Niño 19
1.5 La sindemia COVID-19 y los derechos de niñas, niños y adolescentes 19
1.6 La sindemia por COVID-19 y un llamado a la acción 20
1.7 Sindemia y políticas públicas 22

2. La sindemia asociada a COVID-19 y los derechos de niñas, niños y adolescentes. Reflexiones a partir de los estudios nacionales 26

2.1 Tiempos de sindemia 26
2.2 Impactos de la sindemia 31
2.3 Cambios en el entorno global y regional 38
2.4 Escenarios futuros posibles 41
2.5 Los derechos de niñas, niños y adolescentes amenazados 45
2.6 Grupos poblacionales prioritarios 90
2.7 Reflexiones sobre los hallazgos 96
2.8 Aprendizajes, retos y perspectivas 100
Bibliografía 114

3. La sindemia asociada a COVID-19 y los derechos de niñas, niños y adolescentes. Análisis de los países 126

3.1 Argentina 127
3.2 Chile 187
3.3 Colombia 215
3.4 Ecuador 263
3.5 Perú 319
3.6 Uruguay 392

ABREVIATURAS Y SIGLAS

ALAPE	Asociación Latinoamericana de Pediatría
ALC	América Latina y el Caribe
CDN	Convención Derechos del Niño
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CEPAL	Comisión Económica para la América Latina
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
FIDA	Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola
INDEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina
INE	Instituto Nacional de Estadística (Chile, Uruguay)
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
ISSOP	Sociedad Internacional de Pediatría Social
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática de Perú
MIMP	Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables
MINSA	Ministerio de Salud de Perú
NNA	Niñas, niños y adolescentes
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenibles
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ORAS-CONHU	Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue
PIB	Producto Interno Bruto
SAM	Programa Subregional para América del Sur de la (OPS/OMS)
SINADEF	Sistema Nacional de Defunciones
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educa-ción, la Ciencia y la Cultura
WFP	Programa Mundial de Alimentos (por las siglas en inglés)
CNII	Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional de Ecuador

Presentación

Llegado el 2023, cuando las curvas de la pandemia han descendido y el uso de la mascarilla o tapabocas se vuelve excepcional, resulta muy importante continuar mostrando los resultados de investigaciones realizadas en la región. En esta ocasión, con el liderazgo del Comité de Pediatría Social de la Asociación Latinoamericana de Pediatría y el Organismo Andino de Salud–Convenio Hipólito Unanue, en alianza con otras organizaciones, se muestra que si de algo ha servido la pandemia es para rasgar el velo de ignorancia y de complacencia que portábamos en la realidad que vivíamos de 2019 hacia atrás.

En esta oportunidad se trata de un estudio sobre la situación de niñas, niños y adolescentes en la denominada sindemia asociada al COVID-19, iniciada en el año 2020, y es necesario empezar por afirmar que la situación de la población menor de 18 años se vio sumamente agravada y sus derechos mostraron altos niveles de insatisfacción.

Aunque el COVID-19 encendió las alarmas sobre la población adulta al ser la que predominaba en las estadísticas de letalidad, el hecho de que la población de niñas, niños y adolescentes no predominara en las mismas no quiere decir que los impactos no fueran significativos. En términos relacionales, se produjeron fallecimientos de padres, madres, abuelos y personas cuidadoras cuya desaparición se tradujo en aumentos de orfandad, desprotección e inseguridad alimentaria para la población infantil y adolescente en muchos de nuestros países, creando un cuadro de condiciones de riesgo social muy complejo. Pero aún, sin el fenómeno anterior, la situación de niñas, niños y adolescentes se agravó por la suspensión en la prestación de servicios regulares vitales como la atención de salud, la vacunación y el desarrollo infantil; pero así mismo, con la cancelación de las actividades sociales de formación propias de la educación presencial, y con la evidencia de las nuevas brechas en el acceso y usos de las tecnologías digitales, tras la generalización de la educación virtual. Las problemáticas mencionadas agravaron desigualdades “múltiples” y a grupos tradicionalmente excluidos y marginados.

La aparición de nuevas problemáticas de salud mental, resultado del efecto agregado de esta situación compleja, así como los impactos de la suspensión en servicios de salud y educativos, constituyen todo un haz de relaciones que se sintetiza en la

palabra sindemia.Es decir, la población de niñas, niños y adolescentes no solo fue afectada por la pandemia del COVID-19 sino que esta puso en conexión una interdependencia negativa de los determinantes sociales de la salud anteriores a la pandemia, las brechas sociales, económicas, de género y de generación previamente existentes, con los efectos de la pandemia mencionados, todo aquello que la presente investigación muestra claramente en seis países de Suramérica.

El presente trabajo constituye un puntal de evidencia científica que queda disponible a los tomadores de decisiones en políticas nacionales y regionales relativas a la población de niñas, niños y adolescentes, y eso por sí solo es una muy buena contribución a la relevancia que debe tener esta población.

Este estudio reconoce que vivimos un momento histórico, una ventana de oportunidad para tomar las decisiones adecuadas. Es prioridad contribuir para lograr que las políticas públicas sean eficaces en la garantía de los derechos humanos, esto requiere avanzar en consolidar Estados Sociales de Derecho y Bienestar con sistemas de salud y protección social universales. Asimismo, es fundamental fortalecer las capacidades de trabajo intersectorial y transdisciplinar, la integración regional y la cooperación internacional para hacer realidad la justicia social y ambiental, así como entender que las niñas, niños y adolescentes no son el futuro, son el presente. De lo que hagamos ahora depende el desarrollo y bienestar de nuestros pueblos.

Dra. María del Carmen Calle Dávila
Secretaria ejecutiva
Organismo Andino de Salud –
Convenio Hipólito Unanue

Dr. Carlos Gilberto Alonso Rivera
Presidente
Asociación Latinoamericana
de Pediatría

Introducción

Una vez iniciada la pandemia, la Sociedad Internacional de Pediatría Social (ISSOP)[1] hizo un llamado a los pediatras sociales del mundo, para estudiar con profundidad el grave impacto que la pandemia por el COVID-19 y las medidas tomadas para su control tenían sobre la garantía de los derechos de niñas, niños y adolescentes.

Este llamado generó una respuesta solidaria de parte de profesionales de todas las regiones del mundo, con el sentido de aportar una lectura diferente desde los determinantes sociales, la equidad y los derechos humanos, sobre la realidad que experimentaba la población infantil y adolescente. Ello implicó, en cierta medida, correr la mirada de los efectos directos de la pandemia hacia aquellos más vinculados con el reconocimiento de los contextos y las implicancias sobre la salud infantil.

A lo largo de los primeros años de la pandemia por el COVID-19 se generaron diversas publicaciones en revistas científicas a escala global. Esto permitió generar una base de información y conocimientos significativos en la materia.

En respuesta a este llamado, el Comité de Pediatría Social de la Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE)[2] convocó a colegas de diferentes países de la región a trabajar en el tema. Producto de esta convocatoria, se inició un diálogo con profesionales de los países que integran el Comité y, a partir de allí, una búsqueda de documentación sobre los impactos que estaba causando la pandemia sobre los derechos de niñas, niños y adolescentes (NNA) en la región. Resultado de esta búsqueda, a mediados de 2021, se conformó un Grupo de Trabajo que se ha mantenido hasta el presente.

El trabajo de búsqueda permitió delinear un horizonte de producción centrado en la perspectiva sindémica del COVID, cuyo sentido es el de ponderar los aspectos contextuales, la conjunción de procesos mórbidos y las derivaciones de la pandemia más allá del aspecto epidemiológico de la enfermedad y sus consecuencias sobre la población infantil y adolescente. Ello implicó un proceso de discusión y consensos para delinear las precisiones y alcances del presente proyecto.

Para el análisis de la sindemia COVID-19 en la garantía de los derechos de NNA, se seleccionó documentación publicada hasta mediados de 2022 a nivel regional y mun-

[1] ISSOP www.issop.org
[2] ALAPE www.alape.org

dial, partiendo de unos primeros aspectos claves relacionados con el bienestar y la garantía de los de derechos de NNA, sobre los cuales se evidenciaba ya, o se predecía a futuro, algún probable impacto significativo de la pandemia. Los aspectos por evaluar y los indicadores seleccionados inicialmente, se pueden ver en el Cuadro 1.

Cuadro 1: Áreas de derechos, aspectos aevaluar e indicadores seleccionados

Área de derechos	Aspectos para evaluar	Indicadores seleccionados
Marco socioeconómico	Desigualdad	Índice de Gini.
	Pobreza	% de población general en pobreza. % de hogares con menores de 18 años en pobreza.
	Pobreza extrema	% de población general en pobreza extrema. % de hogares con menores de 18 años en pobreza extrema.
Derechos a la salud	Cobertura vacunación	Tasas de cobertura de vacunación.
	Asistencia a controles de salud	Porcentaje de niños en primera infancia (o en menores de 1 año) que asistieron a controles de salud.
	Salud mental	Prevalencia de afectaciones en salud mental en escolares y adolescentes. Tasa de suicidio en adolescentes.
	Embarazo adolescente	Proporción o tasa de partos en menores de 18 años.
	Salud sexual y reproductiva adolescentes	Porcentaje de adolescentes que asistieron a consulta de salud sexual y reproductiva. Porcentaje de adolescentes que emplearon métodos modernos de planificación en el periodo.
	Desnutrición aguda	Prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años.
	Desnutrición crónica	Prevalencia de desnutrición crónica en preescolares, escolares y adolescentes.
	Inseguridad alimentaria	Porcentaje de hogares con menores de 18 años en inseguridad alimentaria.
	Malnutrición por exceso	Prevalencia de sobrepeso y obesidad en prescolares, escolares y adolescentes.
Derechos de desarrollo	Rezago en el desarrollo	Prevalencia de rezagos en el desarrollo en niños y niñas de 0 a 6 años.
	Cobertura en educación	% de niños y niñas de 3 a 6 años que asisten a un programa de educación inicial. % de niños y niñas de 0 a 5 años que asisten a un programa de primera infancia. % de niños niñas y adolescentes de 6 a 18 años que asisten a un programa de educación escolar.
	Deserción escolar	% de niños, niñas y adolescentes de 6 a 18 años que dejaron de asistir a un programa de educación escolar.
	Acceso a educación virtual	Prevalencia de rezagos en el desarrollo en niños y niñas de 0 a 6 años.
	Calidad de la educación	% de estudiantes de primaria y secundaria con puntajes bajos en pruebas de calidad de la educación.
Derechos de protección	Abuso físico	% de menores de 18 años víctima de abuso físico en su hogar.
	Abuso sexual	% de menores de 18 años víctimas de abuso sexual.
	Explotación laboral	% de niños, niñas y adolescentes de 5 a 18 años vinculados a trabajo infantil.
Derechos de participación	Participación infantil y adolescente	Participación de NNA en la vida social y política. Opinión de NNA tenida en cuenta en la toma de decisiones.

Fuente: Elaboración propia.

Se invitó a participar a los países con grupos activos de pediatría social en la región y organizaciones con interés en el tema, conformándose el grupo de trabajo Comité de Pediatría Social Ampliado, el cual quedó integrado por representantes de seis países (en orden alfabético): Argentina, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Uruguay; el Organismo Andino de Salud–Convenio Hipólito Unanue[3] (ORAS-CONHU), el Programa Subregional para América del Sur de la OPS/OMS[4] y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Para realizar el presente trabajo se formularon una serie de preguntas de investigación que se detallan a continuación:

- ¿Cuál fue la magnitud y severidad de los efectos producidos?
- ¿Estos efectos fueron transitorios o se tienden a mantener en el tiempo?
- ¿Por qué se produjeron estos efectos en el año de inicio de la pandemia (2020) y qué pasó en los años siguientes? ¿Qué variables explicativas son más relevantes?
- ¿Cómo impactaron las respuestas de política pública (en los diferentes campos del desarrollo humano) sobre la atenuación de estos efectos de la pandemia?
- Dadas las diferencias constatadas entre países y dentro de los mismos: ¿cómo se explican tales diferencias? ¿A qué factores están ligadas?
- ¿Cuánto y cómo incidieron en la atenuación de estos efectos los diferentes sistemas de protección social y en particular de protección a la infancia y la adolescencia existentes en nuestros países?
- ¿Qué relevancia tuvieron, y tienen los diferentes enfoques, ideologías, estrategias y marcos de política pública en los efectos observados, así como en las diferencias entre regiones y países observados?

Para responder a las preguntas enunciadas, en cada uno de los países se realizó la búsqueda de información nacional sobre los aspectos e indicadores acordados, simultáneamente se realizó la búsqueda de información pertinente a nivel regional y se continuó indagando en la literatura mundial por información sobre las diversas afectaciones (las ya descritas y las nuevas que iban haciéndose visibles, como por ejemplo la orfandad por el COVID-19 o las afectaciones de la población con discapacidad) que la pandemia estaba causando en niños, niñas y adolescentes.

Se consultaron para el análisis las siguientes fuentes de información:

- Bases de datos y publicaciones regionales y nacionales de organismos internacionales (análisis comparados): Banco Mundial, CEPAL, OPS/OMS, UNICEF, entre otros.

[3] https://www.orasconhu.org/
[4] https://www.paho.org/es

- Institutos Nacionales de Estadística (INDEC Argentina, INE Chile, DANE Colombia, INEC Ecuador, INEI Perú, INE Uruguay).
- Bases de datos y publicaciones de los ministerios de Salud, así como de los ministerios de Desarrollo Social, de Educación y de Trabajo.
- Información producida por las instituciones gubernamentales nacionales encargadas de la protección y el cuidado de NNA, así como por redes interministeriales en el mismo campo (por ejemplo, el Consejo Nacional para la Igualdad Generacional de Ecuador).
- Redes académicas sobre NNA (por ejemplo, la Red de Universidades por la Infancia -RUPI- de Chile) y de ONG (por ejemplo, la Coalición NiñezYa de Colombia).
- Encuestas de opinión pública en general y de grupos poblacionales específicos en particular (por ejemplo, la Encuesta Nacional de NNA de Argentina 2019-2020).
- Publicaciones científicas sobre el tema, incluyendo artículos, textos, trabajos e informes de investigación.
- Publicaciones y páginas electrónicas de las sociedades de pediatría.

Este trabajo tiene la intención de hacer un análisis de lo ocurrido, de los aciertos y los desaciertos, de las dificultades enfrentadas y de las lecciones aprendidas; con el propósito de plantear retos y perspectivas futuras para nuestras sociedades, así como de aprender de la experiencia vivida, para que cuando enfrentemos situaciones similares no se cometan los mismos errores y se asuman las crisis, pensando no solo en lo urgente, sino teniendo en cuenta lo importante.

En este sentido el análisis se realiza a partir de un marco conceptual que abarca los siguientes aspectos:: Más allá de la pandemia, una sindemia; desigualdades múltiples: una manera de trascender a las desigualdades de ingreso; Derechos Humanos y su operacionalización en el contexto sindémico; Convención sobre los Derechos del Niño; sindemia COVID-19 y los derechos de niñas, niños y adolescentes; sindemia y políticas públicas, sindemia por COVID-19 y un llamado a la acción.

1. MARCO CONCEPTUAL: SINDEMIA, DESIGUALDADES Y DERECHO

Para la realización del trabajo se asumió el marco conceptual: sindemia, desigualdades múltiples y derechos.

▸▸ 1.1 Más allá de la pandemia, una sindemia

Se consideró desde los debates iniciales que nos encontrábamos ante una sindemia, en la cual había un evento disparador que era el COVID-19, pero que para entender la situación que se generó había que tener una mirada más amplia. En palabras de Durán-Strauch (2020), el término refleja más y mejor lo ocurrido después de la aparición del COVID-19 en los términos propuestos por (Singer, Bulled, Ostrach, & Mendenhall, 2017): las sindemias implican la interacción adversa entre las enfermedades y las condiciones de salud de todo tipo. Por ello, es más probable que emerjan en condiciones de desigualdad, causadas por la pobreza, la estigmatización, el estrés o la violencia estructural.

Como afirma Durán-Strauch (2020):

> En el caso de la niñez y la adolescencia, si bien no es tan importante la coexistencia de enfermedades crónicas, sí lo es la coexistencia en nuestro medio de problemas como la desnutrición crónica o las altas tasas de bajo peso al nacer, así como la persistencia de enfermedades prevenibles y una alta tasa de violencia, en contextos de profunda desigualdad e inequidad social, agravadas por situaciones recientes como el elevado flujo de migrantes. Esto hace que niños, niñas y adolescentes sean altamente vulnerables a los efectos tanto directos como indirectos de la COVID-19 y a los impactos que sobre su salud y la garantía de sus derechos han generado las medidas de mitigación tomadas por los diferentes Estados.
>
> A las desigualdades económicas y sociales, se suman las desigualdades en el acceso a los servicios, situación particularmente crítica en lo que se refiere al acceso a la educación, la atención en salud y las nuevas tecnologías. En el caso de la salud, han aumentado las brechas, ya sea porque los determinantes estructurales de la salud como el empleo o el ingreso familiar se han visto severamente afectados, o por las dificultades en el acceso a servicios tanto presenciales como virtuales para los sectores menos favorecidos, producto de la estratificación y fragmentación de nuestros sistemas de salud. (Durán-Strauch, 2020, p. 40)

Respecto al COVID-19, Richard Horton, editor de la revista The Lancet (2020, p. 40) escribió que, dado que estamos viviendo una sindemia, no es suficiente para su control con una droga o una vacuna, sino que se necesita una visión más amplia, que abarque la educación, el empleo, la vivienda, la alimentación y el medio ambiente.

Se asumió desde el inicio del trabajo el enfoque de sindemia, relacionándolo con lo que la CEPAL llama la "matriz de la desigualdad", observando estas dinámicas desde la óptica de los derechos humanos, como veremos a continuación, conformando una tríada de elementos centrales del "marco conceptual".

▸▸ 1.2 Desigualdades múltiples: una manera de trascender las desigualdades de ingreso

Tal como se sostiene en el estudio Desigualdades sociales en salud. Línea de base para una recuperación transformadora con inclusión social y sostenibilidad ambiental en los países (ORAS-CONHU, 2022), las desigualdades sociales no son nuevas, pero todos los estudios disponibles muestran que han crecido exponencialmente desde 1980, como resultado de la implementación de modelos de desarrollo excluyentes e insostenibles. La desigualdad afecta más a las sociedades carentes de sistemas eficaces de protección social, al momento de tener que enfrentar desafíos nuevos y de gran magnitud, como la pandemia COVID-19 de la que aún no logramos salir satisfactoriamente.

Las estrategias definidas inicialmente para enfrentar el COVID-19 (distanciamiento físico; uso de mascarilla, barbijo o tapaboca; mantener las habitaciones bien ventiladas; evitar las aglomeraciones y el contacto estrecho con otras personas; reclusión en el hogar; lavarse las manos de forma periódica; etc.) fueron efectivas donde existían las condiciones necesarias para su implementación, pero fracasaron en aquellos sectores en los que no se dispone de agua potable, se vive en condiciones de elevado hacinamiento y no se cuenta con respaldos efectivos de las políticas públicas al respecto. Definitivamente, la pandemia ha sido selectiva y no ha afectado a todos por igual. Dicho, en otros términos, la pandemia actuó como un factor amplificador de las desigualdades sociales y los procesos de discriminación ya existentes.

Hoy se tiene más conciencia colectiva sobre los efectos devastadores de las desigualdades sociales y económicas vigentes, pero aún no hemos logrado asumir plenamente la diversidad de situaciones existentes dentro de este amplio concepto.

En general, se han documentado las desigualdades de ingreso, pero solo en las últimas décadas se han incorporado otras dimensiones igualmente relevantes, como las desigualdades de género, las desigualdades étnico/raciales y las desigualdades territoriales; con limita-

dos avances que permitan medir, también, las desigualdades intergeneracionales (enfatizando la particular situación de NNA) y las vinculadas con las capacidades humanas, o las que afectan a ciertos grupos en particular (como los migrantes).

En su conjunto, por tanto, hablamos de desigualdades múltiples. Se asume este amplio abanico de situaciones y se constata que las desigualdades son acumulativas, pues se presentan en simultáneo y coexisten en una misma persona o grupo humano.

Sabemos que estas desigualdades múltiples y acumulativas impactan en muy diversas esferas del desarrollo personal y social, con efectos de gran relevancia en la educación, el trabajo, la cultura y muy especialmente en la salud, entre otras áreas destacadas del desarrollo humano.

Y aunque se dispone de antecedentes de gran profundidad en estas materias, desde el informe Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud elaborado por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (OMS, 2008), se trata de incorporar crecientemente estas dimensiones a las principales dinámicas de la salud, en términos institucionales y operativos, en los servicios y en su financiamiento, con éxitos relativos y diversos.

En su conjunto, estamos ante un amplio y complejo conjunto de desigualdades ("múltiples") que interactúan entre sí constantemente y que son "acumulativas", esto es, se pueden presentar simultáneamente en una misma persona (o un conjunto de ellas, que comparten un mismo perfil) agravando aún más las desigualdades particulares consideradas por separado, sin establecer las correspondientes conexiones e interacciones.

Estas desigualdades coexisten y son sumamente perjudiciales para la garantía de los derechos humanos, pero los acuerdos existentes terminan cuando se pasa del "qué" hacer al "cómo" hacerlo, esfera en la que coexisten enfoques diferentes y hasta contradictorios. Se destacan al menos dos grandes posicionamientos:

- El que centra las respuestas en asegurar "igualdad de oportunidades" (sin diferenciar los diversos puntos de partida con que los diferentes grupos poblacionales, tratan de aprovechar las oportunidades existentes).

- El que centra las respuestas en asegurar —previamente— una igualdad "de posiciones" (Dubet) o "de capacidades" (Sen), que permita encarar la competencia por el acceso a las oportunidades, en condiciones de mayor igualdad efectiva.

1.3 Derechos humanos y su operacionalización en el contexto sindémico

En el desarrollo de nuestras reflexiones colectivas, hemos identificado en nuestros países varios escenarios donde se dinamizan importantes disputas políticas, filosóficas, ideológicas, programáticas e institucionales, en cuyo marco se despliegan los principales problemas vinculados con la sindemia del COVID-19 y las correspondientes respuestas.

En tal sentido, parecen existir dos grandes enfoques —que también coexisten— en este escenario: (i) por un lado, el que centra los diagnósticos de situación, los diseños programáticos y las respuestas institucionales, desde el enfoque de riesgo (esto es, prevenir riesgos y/o atender sus consecuencias) aplicado a las poblaciones selectivas de NNA "en riesgo" o "vulnerables"; y (ii) el que centra en el enfoque de derechos, que postula que la protección de NNA en todas las esferas de su desarrollo personal y social, que hay que garantizar derechos y no solo atender riesgos y que procura trabajar con el conjunto de NNA (abordaje universal).

El Estado y todas sus entidades tienen la obligación de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo de estos derechos, los cuales no dependen de la nacionalidad de la persona ni de la cultura a la cual pertenezca; son derechos universales que corresponden a todo habitante de la tierra.

Todos los gobiernos y organizaciones tienen responsabilidades y todos los

ciudadanos y ciudadanas son titulares, que deben fortalecer sus capacidades de exigibilidad de sus derechos.

En este sentido, en la Declaración Universal de Derechos Humanos se afirma (en el artículo 1) que:

> Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros. Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. (ONU, 1948, p. 1)

Los Estados asumen las obligaciones y los deberes (en virtud del derecho internacional) de respetar, proteger y realizar los derechos humanos. La obligación de respetarlos significa que los Estados deben abstenerse de interferir en el disfrute de los derechos humanos o de limitarlos. La obligación de protegerlos exige que los Estados impidan los abusos a individuos y grupos. La obligación de realizarlos significa que los Estados deben adoptar medidas positivas para facilitar el disfrute de los derechos humanos.•

Nuestra inquietud fue tratar de visualizar en qué medida los postulados de universalidad e irreversibilidad en materia de derechos pudo estar o no afectada durante el fenómeno sindémico.

1.4 Convención sobre los Derechos del Niño

En este marco, nuestro trabajo se ha guiado por el marco ético y normativo establecido en la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), y hemos organizado nuestra reflexión en torno a los derechos allí establecidos (en nutrición, salud, desarrollo, educación, protección integral y específica, y participación). Si bien todos los derechos son equijerárquicos, para los fines del presente estudio fueron seleccionados un conjunto de derechos relacionados con aspectos de salud, desarrollo, protección y participación de NNA.

Para ello hemos adoptado los cuatro principios centrales de la Convención:

- El interés superior del niño, que establece que todas las decisiones que se tomen y las medidas que se apliquen por parte de los responsables (Estado, familia y sociedad) deben priorizar las que garanticen plenamente sus derechos.

- El de protección integral, que establece que se deben garantizar de manera integral y simultánea todos sus derechos.

- El de participación, que establece que las medidas tomadas para ellos deben tener en cuenta su opinión.

- El de no discriminación, que considera que la pobreza, la desigualdad y las inequidades son expresión de exclusión social que es prioridad superar.

Recordemos que la Convención sobre los Derechos del Niño se firmó en 1989, consta de 54 artículos y reconoce a todos los seres humanos, desde el nacimiento hasta los 18 años de edad, como sujetos de derechos.

La CDN, como primer tratado internacional sobre los derechos de las niñas, los niños y adolescentes, es de carácter obligatorio para los Estados firmantes. Desde su aprobación, en el mundo, se han producido avances considerables. Sin embargo, todavía queda mucho por hacer para lograr la garantía de todos sus derechos.

1.5 La sindemia COVID-19 y los derechos de niñas, niños y adolescentes

Partimos, entonces, de considerar que las vidas de niños, niñas y adolescentes no se desarrollan en un espacio neutro y universal, sino que son "situadas" en el tiempo y en el espacio, esto es, son específicas de cada grupo, en cada contexto y en cada circunstancia temporal concreta (por ejemplo, NNA de tal o cual localidad, en los últimos dos años, etc.).

Del mismo modo, consideramos que los vínculos que se generan hacia afuera (con otras generaciones) como hacia

adentro (entre los diferentes grupos específicos) son "relacionales", esto es, se influencian mutuamente, en medio de distribuciones desiguales de poder, de oportunidades y de atributos.

Por ello, la salud no puede considerarse aislada del contexto, sino más bien, en estrecho y dinámico contacto con el mismo, en todo momento y circunstancia. Asumimos entonces que no basta con considerar al conjunto de NNA como un todo homogéneo y aislado de su entorno, sino como un grupo poblacional que tiene especificidades y diferencias marcadas, tanto en relación a otras generaciones (jóvenes, adultos, adultos mayores) como en su interior (en términos de estratificación social, pero también en términos de género, de raza/etnia y de territorios, en situación de migración o discapacidad, en diferentes condiciones climáticas y ecológicas, en países con más o menos recursos, entre otros) con evidentes contrastes entre NNA indígenas, afrodescendientes, rurales, urbanos, mujeres, hombres, migrantes, etc.

Diversos estudios (UNICEF, CEPAL, ISSOP, ALAPE, The Lancet, entre otros) constatan que la sindemia hizo más evidentes los problemas estructurales de vieja data de la región: grandes desigualdades, altos niveles de desprotección, inequidad de género y lento crecimiento.

Como lo afirma el informe del (PNUD, 2020):

> América Latina y el Caribe (ALC) se encuentra en una trampa de desarrollo. A pesar de décadas de progreso, mucho del cual podría desaparecer con la pandemia de COVID-19, dos características de la región se han mantenido en gran medida inalteradas: la alta desigualdad y el bajo crecimiento. Estos dos factores están cercanamente relacionados e interactúan entre sí para crear una trampa de la que la región no ha podido escapar. (p. 2)

Antes de la pandemia COVID-19, las niñas, niños y adolescentes ya eran una población con una mayor incidencia de la pobreza, respecto de los demás grupos etarios, y se veían afectados por múltiples desigualdades en diversas dimensiones, por lo tanto, era predecible que los efectos de la sindemia iban a afectarlos significativamente.

▸▸ 1.6 La sindemia por COVID-19 y un llamado a la acción

La Sociedad Internacional de Pediatría Social, a la cual está vinculado el Comité de Pediatría Social de ALAPE, produjo en mayo de 2020 una comunicación en la que expresaba: "La pandemia de COVID-19 es una crisis mundial de los derechos del niño que afectará a los niños y a los jóvenes durante años en el futuro" (ISSOP, 2020).

Se alertaba que las consecuencias indirectas del COVID-19 y de las medidas tomadas por los gobiernos para controlar la pandemia, amenazaban con

crear y profundizar graves desigualdades en su salud y bienestar, dados los problemas de pobreza, subempleo, violencia, inseguridad alimentaria, desnutrición, inestabilidad de la vivienda, analfabetismo, interrupción del aprendizaje temprano, la escolarización, la recreación, los programas de rehabilitación y educación especial y las actividades sociales, así como la disminución del acceso a la educación, la salud y otros servicios esenciales resultantes.

Efectivamente, como se puede ver en la información presentada en este informe, la sindemia ha tenido múltiples efectos sobre la garantía de los derechos y el bienestar de la niñez, entre los que están: incremento significativo de la población que vive en pobreza y en pobreza extrema, deterioro de la seguridad alimentaria que conlleva el aumento de la desnutrición, incremento en las muertes maternas, aumento de las defunciones neonatales por complicaciones obstétricas, aumento del sobrepeso y la obesidad, incremento de los conflictos intrafamiliares, así como de los casos de maltrato infantil, deterioro de la salud mental tanto de padres y cuidadores como de los niños, niñas y adolescentes, dificultades para el acceso a la educación virtual, aumento de la deserción escolar, disminución del tiempo de juego, el deporte y las actividades al aire libre, orfandad por muerte de los cuidadores e incremento de exposición a la pornografía, el ciberacoso y el grooming (Durán-Strauch, 2021).

Igualmente, la sindemia ha afectado la cantidad y calidad de las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, atención y rehabilitación dirigidas a NNA, como los controles de salud, la vacunación, el seguimiento a NNA con enfermedades crónicas o en situación de discapacidad, los procesos de rehabilitación, los controles de la gestación, las consultas de planificación familiar y el acceso a métodos anticonceptivos, la interrupción voluntaria del embarazo, la asistencia oportuna a urgencias, los controles de salud oral y salud visual, las consultas por nutrición, entre otras (Durán-Strauch, 2021).

Estas situaciones y los demás problemas que afectaban previamente a NNA, fueron relativamente invisibilizados durante la sindemia; su voz que era poco tenida en cuenta en la toma de decisiones en los espacios de la vida política, social, escolar y familiar, fue, con algunas excepciones, tenida en cuenta en esos momentos.

Si bien se han afectado de alguna manera todos los NNA, el impacto ha sido mayor en NNA en situación de pobreza, desplazamiento, migración, campesinos, afectados por la violencia, pueblos indígenas y otras minorías étnicas, así como quienes están en instituciones de protección y quienes están en situación de discapacidad (Durán-Strauch, 2021).

La variación entre países se puede relacionar con los avances en la construcción de Estados de derecho y bienestar, la fortaleza de sus sistemas de protección social previos, así como con las decisiones políticas de los Gobiernos nacionales.

1.7 Sindemia y políticas públicas

Si bien el objetivo central de este trabajo no fue el análisis de las políticas públicas, necesariamente el análisis de lo ocurrido con la infancia y la adolescencia durante la sindemia pasa por la mirada de lo que hicieron o dejaron de hacer los Gobiernos durante la misma, para ello retomamos elementos del análisis efectuado por los integrantes del Comité de Pediatría Social Ampliado de ALAPE, cuyos resultados se publicaron en el artículo Respuesta con enfoque de derechos de la niñez frente a la pandemia por COVID-19 en Chile, Colombia y Perú (González, et al, 2021).

Las dinámicas bajo análisis están atravesadas por "enfoques" que implican explicaciones diferentes y hasta contradictorias sobre los mismos hechos, destacando tres, particularmente relevantes:

- El enfoque neoliberal: basado en una apuesta decidida a los mercados, fomenta la libertad de los actores y en teoría la igualdad de oportunidades, por lo cual, los más poderosos controlan "naturalmente" el poder y la toma de decisiones.

- El enfoque neoconservador: en línea con el anterior, tiene como premisa

dejar hacer a los mercados, pero a su vez controla a los excluidos, prioriza la seguridad pública o ciudadana y criminaliza la protesta social.

- El enfoque neodesarrollista: en este enfoque, alternativo a los anteriores, el Estado es imprescindible, tanto en su rol regulador de los mercados como en su rol de ejecutor de políticas públicas, opera desde la búsqueda de reglas de juego más igualitarias e inclusivas.

Se trata de un campo particularmente sensible desde el punto de vista político e ideológico, sobre el que existe una abundante literatura, imposible de presentar en el marco de este informe, de la que se destacan aportes académicos, políticos e ideológicos diversos (Araníbar & Rodríguez, 2013; Casullo, 2019; Levitsky & Ziblatt, 2018; Stefanoni, 2021)[5] que presentan diferentes clasificaciones y caracterizaciones de los distintos enfoques, pero que coinciden en destacar estos tres como los más relevantes.

Los tres enfoques (así como otros de menor incidencia) están presentes en los países analizados e interactúan permanentemente, ya sea mediante estrategias convergentes o en el marco de conflictos relevantes en el debate de concepciones ideológicas, así como en el desarrollo de prácticas operativas en el campo de las políticas públicas.

[5](Araníbar & Rodríguez, 2013); (Casullo, 2019); (Levitsky & Ziblatt, 2018); (Stefanoni, 2021).

En el proceso de la investigación se recogió y sistematizó la información de cada país en torno a los impactos en los derechos (nutrición, salud, desarrollo, educación, protección y participación) de niños, niñas y adolescentes en el contexto de la sindemia. Con la información disponible se compararon los datos obtenidos.

El estudio comprobó que antes del inicio de la sindemia, existía un preocupante acumulado histórico de vulneración de derechos en todos los países, con diferencias en la magnitud de estas. La situación se agravó críticamente en los primeros años de la sindemia, con niveles variables entre los países y al interior de estos. En un marco de profundización de las desigualdades múltiples, si bien se ha presentado alguna mejoría en la mayor parte de indicadores, se está lejos de recuperar los niveles que se tenían antes de la sindemia.

Una de las conclusiones del estudio es que las políticas públicas dirigidas a NNA, desarrolladas en los tres años de la sindemia COVID-19, han sido fundamentalmente de carácter asistencialista y reparador y han resultados insuficientes, y en algunos casos desacertadas, para responder al impacto negativo generado en el desarrollo y la garantía de los derechos de niños, niñas y adolescentes. La región tiene entonces hoy, el reto de pagar la deuda acumulada con sus nuevas generaciones, dado que después de 33 años de leyes y discursos sobre el respeto a los derechos de NNA, ellos y ellas siguen siendo las principales víctimas de las catástrofes nacionales y sociales como la vivida recientemente.

Esperamos realizar un aporte para que se entienda que tenemos el deber, como sociedades, de cuidar a todos y cada uno de los seres humanos en sus primeros años de vida, más aún en los momentos de crisis, garantizándoles plenamente sus derechos, porque en esto se juega el futuro de ellos y de toda la especie.

2. LA SINDEMIA ASOCIADA A COVID-19 Y LOS DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES. REFLEXIONES A PARTIR DE LOS ESTUDIOS NACIONALES

Este capítulo se construyó partiendo del análisis de la información presentada en los informes de los seis países participantes: Argentina, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Uruguay, así como de la información regional recogida, con la intención de comprender la magnitud e intensidad del impacto de la sindemia COVID-19 en la garantía de los derechos de niños, niñas y adolescentes (NNA).

Desde un marco heterodoxo asumimos que estamos en presencia de una sindemia, en el contexto de la cual, los efectos tanto directos (muertes, morbilidades, secuelas) como indirectos (orfandad, afectación de los servicios de salud, efectos de las medidas de mitigación, etc.) del COVID-19, se ven potenciados por las desigualdades múltiples existentes en la región.

La situación se agravó a causa de las consecuencias de la pandemia COVID-19 y las medidas tomadas para controlarla. Se generó más pobreza, mayores brechas entre los diferentes sectores sociales, así como brechas intergeneracionales.

La sindemia se apoya en dos conceptos base. La coexistencia simultánea de enfermedades y su interacción con los resultados de políticas, condiciones económicas y sociales; así como los efectos en la salud y el bienestar atribuibles a situaciones sociales inequitativas.

En este sentido, en el marco de los derechos de NNA, presentamos a continuación el análisis de la sindemia, los cambios en el entorno global y regional y los grupos poblacionales prioritarios. Se entiende que nuestro deber debe ir más allá de documentar las grandes problemáticas que afectan a la niñez. A este respecto, al final del capítulo reflexionamos sobre los aprendizajes, retos y perspectivas para avanzar en la garantía de los derechos de NNA.

▸▸ 2.1 Tiempos de sindemia

Cuando se declaró oficialmente la llegada del COVID-19 en nuestros países, la sensación generalizada estaba ampliamente cargada de incertidumbre y de un gran desconocimiento, tanto sobre las implicancias de dicho virus como de las medidas para enfrentarlo. Desde entonces, los debates han recorrido diversas etapas, que importa recordar esquemáticamente.

2.1.1 Los primeros diagnósticos: entre el apocalipsis y la eventual oportunidad

Las primeras reacciones estuvieron marcadas por la perplejidad frente al virus, oscilando entre posturas diversas, pero frecuentemente convergentes. En general, el acuerdo sobre el agente y su mecanismo de transmisión refería que, estábamos ante un virus que se trasmitía por el aire y que afectaba más fuertemente a la población adulta mayor.

Las medidas de prevención establecidas fueron el distanciamiento físico, usar mascarilla (cubreboca o tapaboca), lavarse periódica y cuidadosamente las manos, evitar los espacios cerrados, congestionados o que entrañen contactos cercanos, entre otras (OMS, 2022).

Para muchos, desde miradas estrictamente sanitarias, estábamos ante un verdadero apocalipsis, recordando otras grandes epidemias ocurridas en la historia contemporánea (como la "gripe española"), frente a lo cual no había mucho que hacer. Para otros, en cambio, estábamos ante una crisis sanitaria con importantes consecuencias económicas y sociales, que no se podían desconocer y que obligaban a imaginar respuestas integrales, indagando en los impactos diferenciados que este virus podría llegar a tener sobre diversos grupos poblacionales y en diversas esferas de nuestras sociedades (la educación, el empleo, la seguridad, etc.).

Pero existía, en todo caso, un diagnóstico común, que asumía que estábamos ante una grave crisis, que tendría impactos muy fuertes en casi todos los planos de la vida cotidiana. Solo algunas posturas sin fundamentos científicos caracterizaban esta pandemia como una simple "gripe", frente a la cual había que asumir con resignación, que algunas personas morirían (sobre todo los más débiles) y que ese sería el costo que pagar para salvar al conjunto de la población.

Los debates más relevantes, de todos modos, se centraban en cuáles deberían ser las respuestas por impulsar, sobre la base de diagnósticos diferentes, que ubicaban a dos grupos: (i) por un lado, quienes concentraban el diagnóstico en el ámbito de la salud, que requeriría respuestas principalmente sanitarias; y (ii) por el otro, quienes asumían que su impacto sería mucho más amplio y diverso, y que afectaría seriamente a una amplia gama de derechos humanos. Cabe destacar que algunos sectores asumieron ambas posturas: priorizar la vida y la salud, considerando que las consecuencias económicas y sociales serían muy graves, y era necesario tomar las medidas para garantizar los derechos a la población.

En paralelo, se desplegaba otro debate que contraponía las miradas que observaban estos temas solo en su dimensión catastrófica, respecto de quienes asumían que la llegada de este virus podría ser una gran oportunidad para

analizar a fondo los problemas estructurales vigentes en nuestros países (incluyendo los vinculados con la fragmentación y la segmentación de los sistemas de salud), de los sistemas de salud), tomando en consecuencia otras medidas para combatirlo

2.1.2 Las primeras respuestas

Durante esta etapa de la sindemia se tomaron diversas medidas de emergencia, que incluyeron las adaptaciones necesarias del propio sistema de salud (equipar más y mejor los centros de atención en general y los de tratamiento intensivo en particular). Se decretó el distanciamiento físico a través del cierre de espacios públicos y se pasó a la modalidad de trabajo remoto.

Estas medidas motivaron, a su vez, algunos debates relevantes. Así, en un marco en el que casi todos los actores institucionales asumían la pertinencia de generar respuestas integradas, en algunos países se optó por priorizar la economía (apoyando a las empresas para mantener puestos de trabajo, decretando exenciones impositivas para ciertos sectores en particular, etc.), mientras en otros se priorizó la población (ampliando los programas de protección social, generando nuevos fondos de emergencia para los sectores más afectados por las medidas generales decretadas, etc.).

A partir de la generación de recomendaciones sanitarias, se constató que las

medidas generales (aislamiento, higiene, etc.) no se podían aplicar del mismo modo en contextos sin acceso al agua potable y en hogares con hacinamiento. Paralelamente, se construyeron importantes consensos respecto al impacto positivo que podrían lograr las vacunas que se estaban desarrollando y aplicando.

Fue así que se logró avanzar sustancialmente en la vacunación masiva de la población (con diferencias importantes entre países y poblaciones), y se pudo constatar que estas impactaron positivamente en la disminución de la letalidad del coronavirus, por otro lado, hemos asistido a nuevas "olas" de contagios (menos graves, pero igualmente preocupantes) de la mano del relajamiento de las medidas de mitigación impuestas, entre las que destacaron la reapertura de las escuelas y de los espacios públicos en general.

2.1.3 Las primeras alternativas: entre salidas reparadoras y transformadoras

Este balance provisorio, respecto a los diferentes impactos de la pandemia registrados hasta el momento, nos obliga a asumir las correspondientes responsabilidades respecto a cuáles son y serán las mejores alternativas a procesar a futuro, pensando en la eventual pospandemia, no esperándola como un destino prefijado, sino construyéndola colectivamente.

En tal sentido, se plantearon debates en torno a "volver a la normalidad" o "construir una nueva normalidad", en la cual las alternativas a construir deberían tener centralmente en cuenta los problemas estructurales que ya estaban presentes en nuestras sociedades antes de la llegada del COVID-19, procurando sociedades más justas, inclusivas y sostenibles.

En este último grupo se ubican las propuestas de diferentes organizaciones sociales, la academia, entidades internacionales y regionales. En este aspecto, la CEPAL presentó el informe Construir un nuevo futuro, ante los gobiernos de la región a fines de 2020, concebido en términos de "una recuperación transformadora con igualdad y sostenibilidad" (CEPAL, 2020).

Así se destacó en el prólogo de dicho informe:

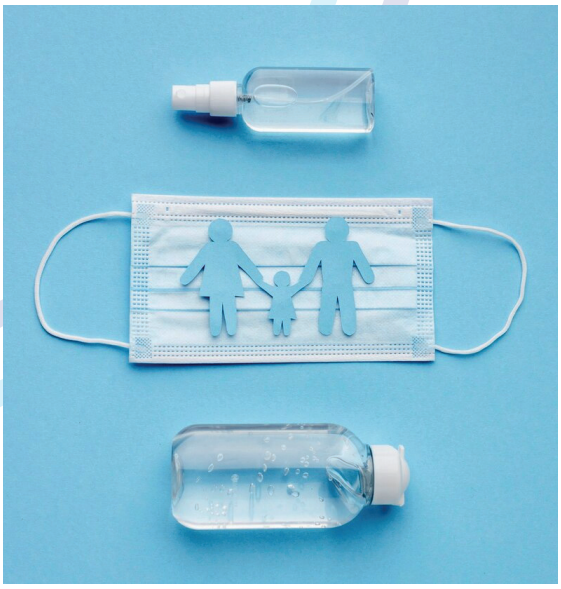
> Ante un cambio de época, es preciso avanzar más allá de medidas puntuales. Se deben redefinir estructuras económicas y patrones de comportamiento, y sustituir la cultura del privilegio por una cultura igualitaria que garantice derechos, construya ciudadanía y difunda capacidades y oportunidades [...] Es necesario canalizar las energías de las sociedades y el aprendizaje que genera la crisis en una dirección constructiva, en que se promueva un nuevo estilo de desarrollo, sostenible en sus dimensiones social, económica y ambiental. Solo

así será posible alcanzar el bienestar social inclusivo, la protección de la integridad ecológica del planeta y un mundo más justo. (CEPAL, 2020, p. 17)

En este sentido, algunos países están procurando crear y/o fortalecer sistemas universales de salud, que superen las principales limitaciones de los sistemas actuales (en particular, su segmentación, fragmentación y subfinanciamiento). Para lo cual es fundamental fortalecer en los ministerios de Salud sus funciones rectoras, generando políticas universales de salud de obligatorio cumplimiento para todos los subsectores asistenciales (públicos y privados), y cubrir con servicios oportunos y de buena calidad al conjunto de la población.

Esto implica, entre otras cosas, la superación de la dicotomía vigente entre sistemas de financiamiento contributivos y no contributivos, que independicen el acceso a servicios de calidad de las respectivas capacidades de pago, al tiempo que implica el fortalecimiento de los sistemas integrales de protección social, que articulen dinámicamente los aportes de todas aquellas políticas públicas que impactan en estas esferas, más allá de las que operan en el campo estrictamente sanitario.

Ello implica, además, la generación de modelos de justicia tributaria para el aseguramiento de derechos, sin cuyo procesamiento los discursos correspondientes quedan vacíos de contenido real.



▸▸ 2.2 Impactos de la sindemia

Transcurridos los primeros tres años desde el inicio de la sindemia, aún no se dispone de suficiente información actualizada y desagregada que permita identificar sus principales impactos, principalmente sobre la población de NNA. Si bien, al momento de la elaboración del presente informe, los organismos internacionales de salud están proponiendo el fin del fenómeno pandémico, aún quedan interrogantes por resolver en materia del tránsito hacia el comportamiento endémico del problema y las consecuencias sindémicas en el largo plazo.

2.2.1 Pobreza y desigualdades crecientes

En relación con la dinámica económica y social de América Latina y el Caribe (ALC), los informes Panorama Social de América Latina y el Caribe (CEPAL, 2020, 2021 y 2022) muestran que los impactos de la pandemia en el crecimiento económico y el desarrollo social han sido devastadores. Así, mientras que la economía mundial retrocedió en 2020 en un –3.2 %, ALC retrocedió en un –6.8 %, siendo la más afectada de todas (las economías desarrolladas retrocedieron un –4.6 %, y las emergentes lo hicieron en torno al –2 %).

Esto tuvo, naturalmente, fuertes impactos en el empleo, esfera en la cual ALC volvió a mostrar los peores indicadores. Mientras que, en el promedio mundial el

retroceso se ubicó en el –3.5 %, nuestra región retrocedió casi tres veces más, en –9.0 % (las economías desarrolladas lo hicieron en torno a –3.7 %).

En este marco, la evolución de los indicadores económicos en los seis países del proyecto muestra similitudes y diferencias, tal como puede visualizarse en las siguientes tablas estadísticas, especialmente en el campo del crecimiento económico, la distribución de ingresos y la pobreza:

Tabla 1. Crecimiento del PBI entre 2010 y 2022 en América Latina y países seleccionados

Países	2010	2015	2020	2021(*)	2022(*)
América Latina	6.3	0.2	-6.9	6.6	2.6
Argentina	10.1	2.7	-9.9	9.8	3.5
Chile	5.8	2.2	-6.0	11.7	1.9
Colombia	4.3	3.0	-7.0	10.7	6.5
Ecuador	3.5	0.1	-7.8	4.2	2.7
Perú	8.3	3.3	-11.0	13.3	2.5
Uruguay	7.8	0.4	-6.1	4.4	4.5

(*) Estimaciones
Fuente: Adaptado de Estudio Económico de América Latina y el Caribe (CEPAL, 2022).

En materia de crecimiento económico, el contraste entre los años 2010-2015 y el 2020 es evidente, así como entre el 2020 y el 2021, siendo este último más marcado en Colombia, Chile y Perú. Otro tanto ocurre en el contraste entre lo ocurrido en 2021 y 2022, en la medida en que la reducción del crecimiento es visible en cinco de los seis países (Uruguay muestra una leve tendencia contraria), pero se nota más en Chile y Perú.

Por su parte, la evolución registrada en la distribución de los ingresos desciende sistemáticamente en los seis países entre 2002 y 2017, pero cambia de signo en 2020. El aumento más destacado en 2020 es el de Colombia, aunque este mejoró ligeramente en 2021, llegando a 0.52.

Tabla 2. Distribución del ingreso en América Latina (coeficiente de Gini) en países seleccionados

Países	2002	2008	2014	2017	2020
América Latina	0.54	0.50	0.47	0.46	0.46
Argentina	0.50	0.42	0.39	0.39	0.40
Chile	0.51	0.48	0.45	0.45	0.47
Colombia	0.57	0.58	0.54	0.51	0.55
Ecuador	0.54	0.49	0.45	0.44	0.47
Perú	0.54	0.49	0.45	0.45	0.46
Uruguay	0.47	0.45	0.39	0.39	0.40

Fuente: Adaptado de Panorama Social de América Latina 2021 (CEPAL, 2022).

En todo caso, dada la relevancia de las desigualdades generacionales en nuestro estudio, importa comprobar que la pobreza en NNA es más elevada que en el resto de los grupos poblacionales (adultos y adultos mayores) en todos los países y particularmente en Argentina, Chile y Uruguay.

Tabla 3. Tasas de pobreza por grupos de edad, alrededor de 2020, en porcentajes

Países	0 a 14 Años	15 a 39 Años	40 a 64 Años	65 Años y más
Argentina	53	37	26	6
Chile	21	15	13	6
Colombia	53	39	32	27
Ecuador	44	30	22	16
Perú	39	29	23	16
Uruguay	11	6	3	1

Fuente: Adaptado de Los impactos de la pandemia sobre la salud y el bienestar de niños y niñas en América Latina y el Caribe (Castillo y Marinho, 2022).

2.2.2 El COVID-19 y la afectación poblacional

El impacto de la pandemia ha sido muy relevante en todos los países incluidos en nuestro estudio comparado, pero, también, ha mostrado especificidades muy marcadas, tal como lo muestra la siguiente tabla:

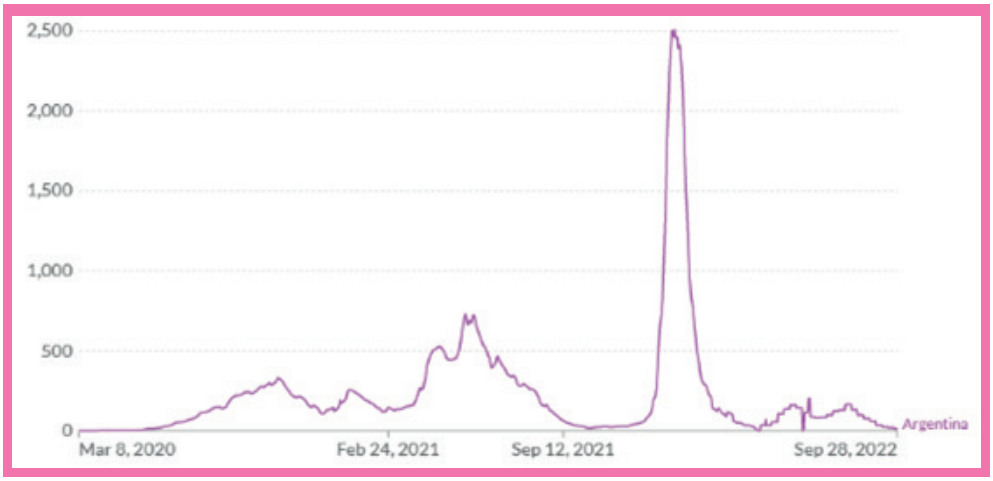
Tabla 4. Indicadores seleccionados sobre COVID-19 al 26 de septiembre de 2022

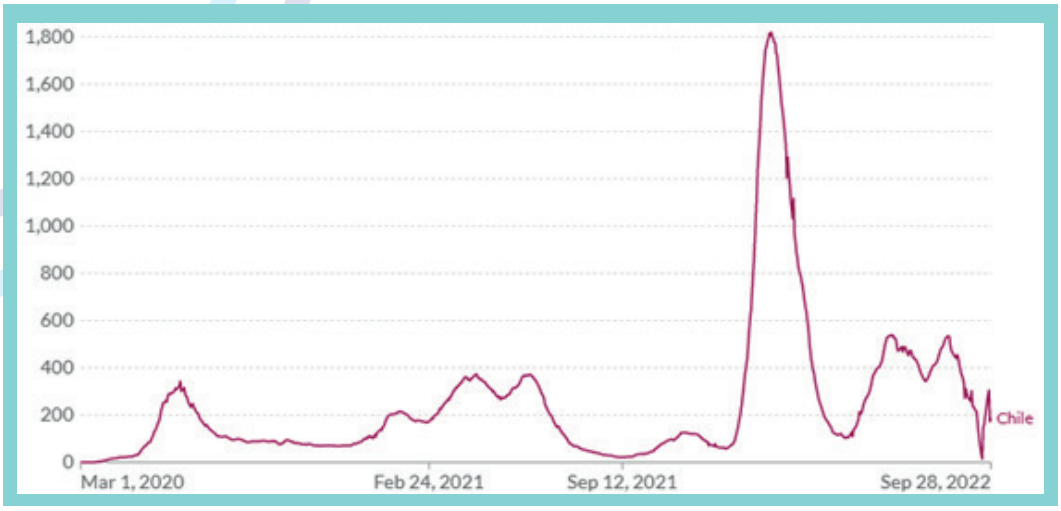
Países	Casos totales	Muertes totales	Total casos / 1 millón de habitantes	Muertes / 1 millón de habitantes
Mundo	620.347.023	6.540.542	78.795	831
Argentina	9.708.420	129.897	210.504	2.817
Chile	4.620.377	61.141	240.017	3.176
Colombia	6.307.372	141.794	122.443	2.753
Ecuador	1.003.778	35.894	55.416	1.982
Perú	4.143.869	216.548	123.021	6.429
Uruguay	984.152	7.473	281.142	2.135
Total:	**26.767.968**	**592.747**	**105.435**	**2.875**

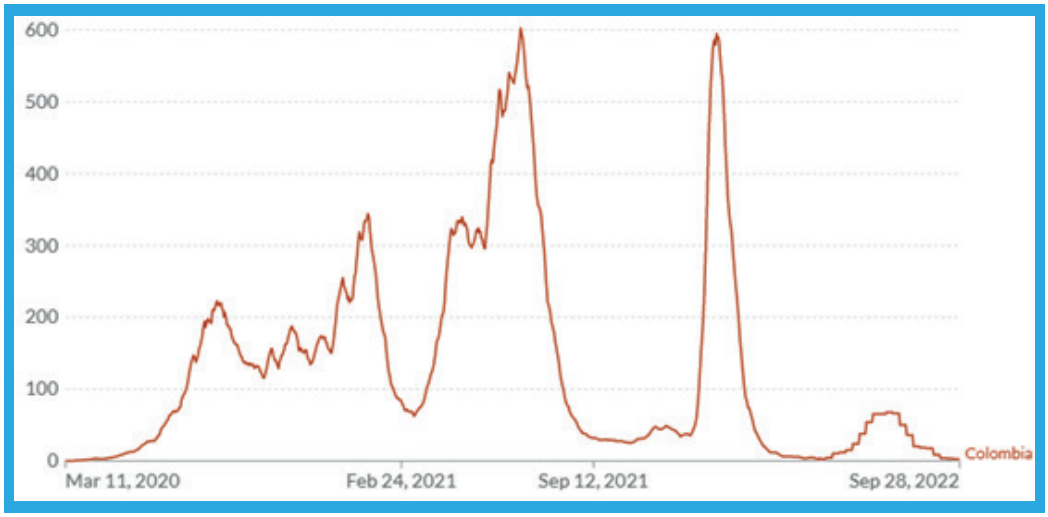
Fuente: COVID Live. Estadísticas de coronavirus (Worldometer, 2022).

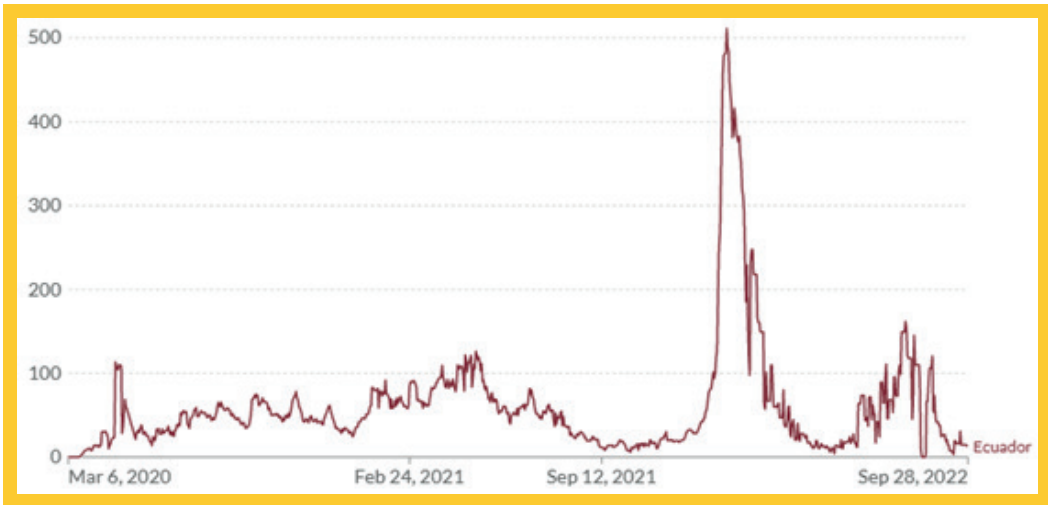
Como puede apreciarse, mientras el número de casos por millón de habitantes ha sido más elevado en Uruguay, Chile y Argentina (respecto a los otros tres países), el número de muertes por millón de habitantes ha sido particularmente elevado en Perú, pero también en Chile, Argentina y Colombia. Esto podría ser más o menos real, dadas las diferencias existentes en la toma de pruebas.

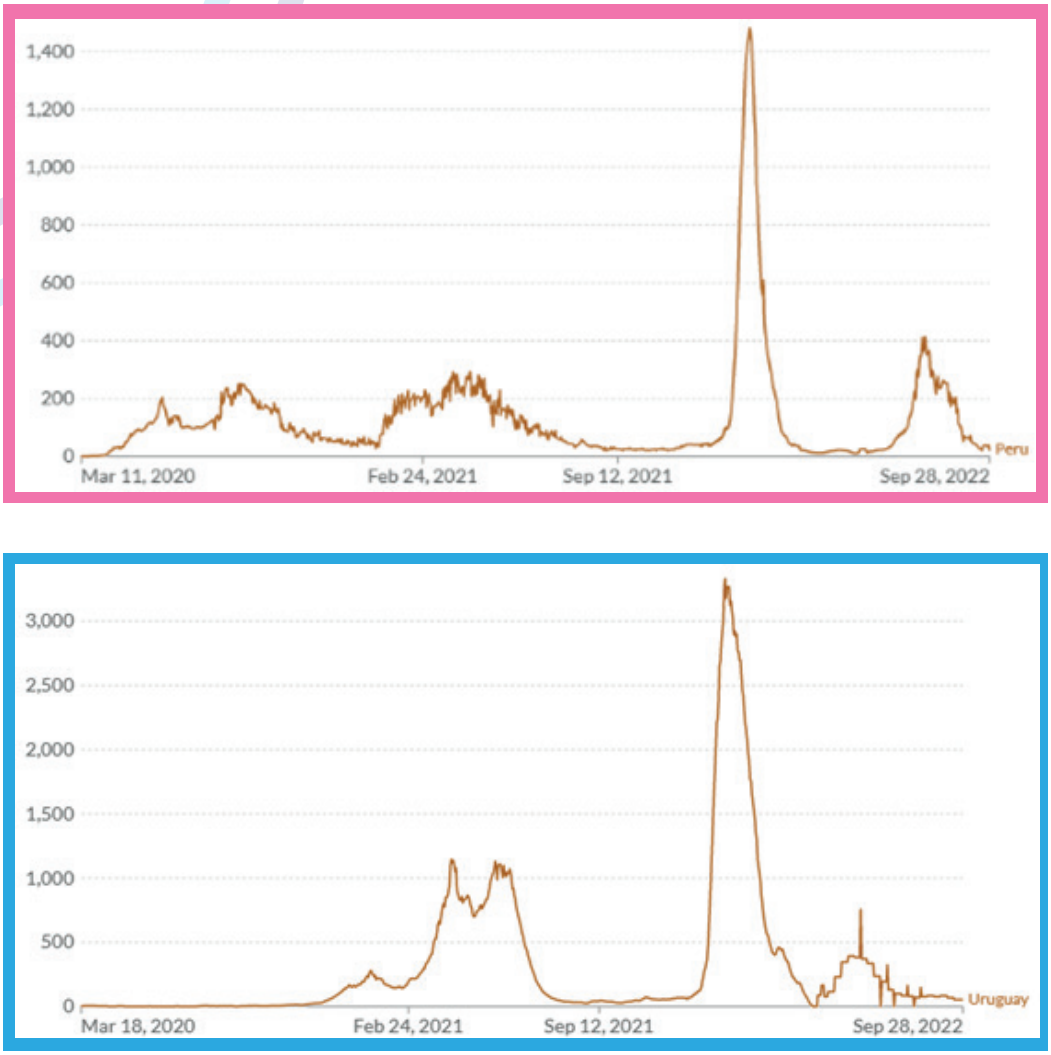
Gráfico 1. Nuevos casos confirmados diarios de COVID-19 por millón de personas




1,800
1,600
1,400
1,200
1,000
800
600
400
200
0
Mar 1, 2020
Feb 24, 2021
Sep 12, 2021
Sep 28, 2022
Chile


600
500
400
300
200
100
0
Mar 11, 2020
Feb 24, 2021
Sep 12, 2021
Sep 28, 2022
Colombia


500
400
300
200
100
0
Mar 6, 2020
Feb 24, 2021
Sep 12, 2021
Sep 28, 2022
Ecuador



Fuente: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data. En: (OurWorldinData, 2022).

El gráfico, obviamente, refleja un "estado de situación" en la fecha indicada, por lo que importa recordar que la evolución que estos datos han tenido a lo largo del tiempo, nos muestra oscilaciones, con "olas" reiteradas de aumento de casos.

Estas oscilaciones han tenido que ver con múltiples factores, entre los que se han destacado los vinculados con el grado de cumplimiento por parte de la población de las medidas restrictivas impuestas, y las políticas gubernamentales para que la población pueda cumplirlas, así como con las diversas capacidades de los sistemas de salud (acceso, calidad, aceptabilidad, disponibilidad de recurso humano, dotación e infraestructura) para enfrentar la pandemia, en particular, las capacidades para la compra y aplicación de las vacunas contra el COVID-19, la respuesta a las circunstancias cambiantes con que se expande el virus, así como frente a sus nuevas variantes.

2.2.3 De la pandemia a la sindemia

La combinación de los temas tratados en los dos ítems anteriores (problemas estructurales y coyunturales) nos ubica ante un escenario caracterizado, en lo fundamental, por el pasaje de la centralidad del COVID-19 en tanto "pandemia", a la centralidad de este (sumando sus nuevas variantes) en tanto "sindemia", esto es, a la vinculación más clara y evidente entre la crisis sanitaria (estrictamente considerada) y la crisis económica, social y ambiental (con impactos diversos entre los diferentes conglomerados poblacionales).

Como se sabe, la pandemia ha impactado de modos muy diversos según los respectivos contextos socioeconómicos. Como afirma Canales (2020), la desigualdad social hace que las condiciones y los recursos para enfrentar los efectos de la pandemia sean muy diferentes. El virus no reconoce clases, géneros, etnias ni nacionalidades.

Para este autor, los datos son claros y no hacen más que ratificar la afirmación del sociólogo Göran Therborn (2015), cuando señala que la desigualdad social mata, y en estos tiempos de pandemia, todo indica que el COVID-19 se ha convertido en su instrumento más eficaz. Dicho de otra manera, así como la preexistencia de morbilidades y enfermedades de base constituyen un factor de riesgo que potencia la mortalidad a

causa del COVID-19, las desigualdades múltiples incrementan los riesgos de la población y potencian los impactos negativos del COVID-19 sobre la salud y la vida de las personas.

En este marco, las desigualdades generacionales perjudican más marcadamente a NNA, sobre todo a aquellos que pertenecen a hogares de escasos recursos, afectados por agudos cuadros de exclusión social, en las áreas rurales y urbano-marginales, habitadas por pueblos originarios, campesinos, migrantes y afrodescendientes.

2.3 Cambios en el entorno global y regional

América Latina y el Caribe se caracteriza, en la actualidad, por economías en crisis, sistemas de protección social precarios y democracias frágiles, con una integración regional débil y una inserción en el mundo incierta.

A nivel global, la crisis del COVID-19 vino a correr dos grandes velos íntimamente vinculados. El primero de ellos fue el "velo de la ignorancia" (se sabía que algo así podía ocurrir, aunque no se supiera cuando y donde iba a concretarse) y, el segundo fue el "velo de la complacencia" (el mundo era una verdadera olla a presión antes del COVID-19, hasta que su aparición rompió la válvula de escape) y ambos fenómenos tienen que ver directamente con la ausencia de un sistema eficiente de "gobernabilidad" global (Actis & Creus, 2021).

Estamos, sin duda, ante disyuntivas históricas, que marcarán en gran medida las próximas décadas, en medio de elevados niveles de incertidumbre en casi todos los planos.

2.3.1 Contextos de restricciones económicas

A las limitaciones de la precaria inserción internacional de nuestra región, se suman varias dificultades en el plano interno, entre los cuales se destaca claramente las restricciones económicas existentes, enfrentadas a expectativas de cambio crecientes en buena parte de la población, lo cual puede constituir una combinación explosiva.

Del lado de las restricciones, una de las principales es la vinculada con el creciente endeudamiento externo procesado en los últimos años, en parte, para cubrir la factura generada a partir de la llegada de la pandemia. Así, como lo destacan los principales organismos internacionales (CEPAL, BID, Banco Mundial, entre otros) la deuda pública de nuestros países casi se ha duplicado, pasando del 29.9 % del PIB en 2011 al

56.4 % en 2020. Asimismo, resulta preocupante el aumento de la proporción de recursos destinados al pago de intereses de dicha deuda, que pasó del 1.7 % del PIB en 2010 al 2.5 % en 2020, al tiempo que el gasto destinado a inversión pública bajó del 4.3 % del PIB en 2013 al 3.5 % en el primer trimestre de 2021 (CEPAL, 2021).

Todo esto, junto a otros datos similares, comprometen significativamente la disponibilidad de recursos para financiar los principales programas sociales a impulsar, a efectos de paliar los problemas generados (o amplificados) durante la pandemia. Así, las cifras disponibles indican que el gasto público total se ubicó en el 21.4 % del PIB en 2019, subiendo al 24.7 % en 2020 y bajando al 23.6 % en 2021, en tanto el ingreso total se ubicó en 18.5, 17.8 y 18.6 % respectivamente. El saldo correspondiente, por tanto, se ha ido achicando, previéndose que este año continúe esta tendencia.

El descontento que se genera en la población es tan grande como inevitable, es un proceso que se registra en casi todos los países de la región, dado el fuerte contraste existente entre las expectativas generadas y las políticas públicas efectivamente implementadas. Se trata, sin duda, de procesos que podrían desembocar en estallidos sociales impredecibles, respecto a sus impactos efectivos en todas estas dinámicas económicas, sociales y políticas.

El panorama tributario de América Latina y el Caribe es, en la actualidad, francamente deficitario. De acuerdo con el Informe conjunto del BID, CEPAL y la OCDE (2022) la recaudación tributaria en 2020 se ubicó en el 21.9 % del PIB (0.8 % menos que en 2019). Adicionalmente, la evasión tributaria se ubicó en el 6.1 % del PIB, equivalente a 325 000 millones de dólares. Por su parte, los gastos tributarios representan el 3.7 % del PIB o el 17 % de los gastos presupuestarios del gobierno central. En la comparación con los países de la OCDE, América Latina y el Caribe recaudan mucho menos, tienen niveles mucho más elevados de evasión tributaria y utilizan los recursos en prioridades diferentes (básicamente, pago de deuda en ALC frente a inversión social en países de la OCDE).

En cualquier caso, ALC ha avanzado respecto al pasado, sin embargo, enfrenta desafíos de gran magnitud, entre los que la CEPAL (2022 b) identifica —en el corto plazo— tres en particular: (i) eliminar la evasión tributaria; (ii) revisar y ajustar los gastos tributarios; y (iii) adecuar los códigos tributarios a nuevas prácticas en la tributación de la economía digital.

Por su parte, en el mediano plazo, identifica cuatro desafíos adicionales (CEPAL, 2022 b):

- Consolidar el impuesto a la renta de las personas físicas (2.2 % del PIB en ALC, 8.0 % en la OCDE).
- Extender el alcance de impuestos sobre el patrimonio y la propiedad.
- Revisar y actualizar los marcos fiscales para la explotación de recursos no renovables.
- Considerar impuestos ambientales y relacionados con problemas de salud pública.

Estamos ante dinámicas económicas, pero también políticas e institucionales. Así, organismos internacionales como OXFAM (entre otros) han denunciado estas situaciones, caracterizando el problema estructural como "secuestro de la democracia por parte de las élites" (desempeñan puestos de mando e inciden en la selección de quienes los ocupan; financian partidos políticos y campañas electorales, por ejemplo), que evaden el pago de impuestos en sus países (envían sus ingresos a paraísos fiscales) e invierten en especulación financiera, más que en proyectos de desarrollo productivo.

Desde las políticas públicas, estas tendencias inciden centralmente en la limitación de los recursos potencialmente disponibles, por ejemplo, para la inversión social en general y la destinada a NNA en particular. A esto se suman recortes adicionales, cuando se trata de distribuir los recursos disponibles, procurando cumplir metas

estrictas en materia de déficit fiscal (por la vía, nuevamente, de recortes en la inversión en áreas claves como la salud, la educación y la protección social) y aún rechazos a la inversión en los sectores sociales más necesitados (con argumentos manifiestamente aporofóbicos) de parte de las clases medias (ya no solo en las clases altas), que no valoran la inversión pública como un bien público del que pueden beneficiarse, recurriendo a servicios privados en estas esferas.

2.4 Escenarios futuros posibles

Lo dicho hasta aquí, permite corroborar que las características de la salida de la crisis en la que nos encontramos están en disputa, y resulta difícil pronosticar cuáles enfoques primarán en los diversos contextos nacionales y locales. Importa, por tanto, imaginar "escenarios" alternativos al respecto.

2.4.1 El escenario pesimista: mantenimiento del modelo excluyente e insostenible

Desde luego, una de las alternativas más probables es la simple continuidad de las tendencias recientes, esto es, el mantener los principales problemas estructurales, administrados en el marco de políticas públicas definidas en el contexto de modelos de desarrollo excluyentes e insostenibles. Dichos modelos, se basan en estructuras socioeconómicas que perpetúan las desigualdades y condenan a amplios contingentes de población a la pobreza y la exclusión, y en modelos políticos que combinan la participación democrática meramente formal, con mecanismos de control social y político de las clases subalternas, de parte de los sectores dominantes.

En palabras de la CEPAL, esto implicaría la perpetuación de la "cultura del privilegio", centrada en la eliminación de impuestos que gravan la riqueza y/o en la exoneración de grupos de altos ingresos de pagar efectivamente los que están establecidos. En sus contenidos sustantivos, esta cultura del privilegio seguiría priorizando la especulación financiera por sobre la inversión productiva, la explotación intensiva de los recursos naturales, la concentración de los ingresos en los sectores altos de la sociedad y el mantenimiento de ingresos bajos en los sectores excluidos, sobre todo a través de salarios bajos y pensiones también sumergidas.

Para ello, nuestras sociedades continuarían sin contar con sistemas de protección social universales, asegurando (parcialmente) solo a quienes están integrados a los mercados formales de trabajo que, en la mayor parte de los países de ALC, apenas cubren de un tercio a la mitad de la población activa. En dicho marco, las tareas vinculadas con el cuidado de NNA y de adultos mayores (entre otros sectores) seguirían dependiendo mayoritariamente de las familias, sin respaldos estatales, concentradas en las mujeres sin recibir compensación económica por ello. Si, además, se asume que los programas de transferencias no contributivas seguirían cubriendo a una escasa proporción de la población potencialmente necesitada de las mismas, la situación actual solo podría agravarse, condenando a los sectores actualmente excluidos a continuar en dicha condición, sumergiendo en paralelo a sectores que se ubican apenas por encima de las líneas de pobreza.

En este marco, los sistemas de salud seguirían funcionando a través de estructuras segmentadas, fragmentadas y subfinanciadas, ofertando servicios diferenciados en función de la capacidad de pago de los eventuales usuarios, lo que implicaría el mantenimiento de servicios pobres para pobres (sobre todo en el sector público) y de servicios de alta calidad para quienes puedan pagar por ellos.

A su vez, estos sistemas seguirían funcionando con base en estrategias que privilegian la atención de enfermedades específicas, con poca priorización de la atención primaria de salud, la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Así como a través de inversiones en centros de tratamiento intensivo, con amplia inversión en equipamientos tecnológicos de alto costo, con lo que se perpetuaría la concentración de dicha inversión en el final del curso de vida, desatendiendo la atención masiva de las generaciones más jóvenes.

2.4.2 El escenario optimista: transformación estructural con inclusión y sostenibilidad

Alternativamente, la CEPAL (entre otros organismos internacionales y subregionales) ha levantado la propuesta de ir hacia una "recuperación transformadora con igualdad y sostenibilidad" (CEPAL, 2020). Dicho de otro modo, no cualquier recuperación, sino una basada en la igualdad de derechos y la sostenibilidad, que todos nuestros países están evaluando y tratando de implementar de un modo u otro.

El punto de partida de la propuesta está claramente establecido:

> La pandemia ha evidenciado problemas estructurales que América Latina y el Caribe enfrenta desde hace décadas: lento crecimiento, estructura productiva heterogénea y poco diversificada, elevados niveles de informalidad y desprotección, desigualdades sociales y asimetrías globales. La región se encuentra ante un cambio de época que entraña procesos de transformación estructural inciertos, largos y complejos, que revolucionan la base tecnológica, la manera de producir, distribuir, habitar, consumir, acumular, pensar y convivir. (CEPAL, 2020, p. 211)

El desafío a encarar también está pertinentemente caracterizado: "Enfrentar este cambio de época requiere de políticas públicas para inducir el cambio estructural, pues frecuentemente los mercados no dan las señales que lleven a un cambio estructural progresivo y no solucionan los problemas de coordinación" (CEPAL, 2020, p. 200).

2.4.3 Escenarios intermedios: de las disputas actuales a los acuerdos a construir

Desde luego, los dos "escenarios" planteados son apenas "modelos puros", que se verificarán o no de acuerdo con la correlación de fuerzas que se manifiesten en las disputas planteadas entre diversos sectores de nuestra sociedad, lo que —a su vez— se relacionará con el predominio de fórmulas más conservadoras o transformadoras en el diseño y la implementación de políticas públicas, desde la gestión de los diferentes gobiernos. Estamos, por tanto, ante procesos en pleno desarrollo, en cuyo marco se construyen las fórmulas que finalmente predominarán en tal sentido.

A este respecto, es preocupante que la actual "gobernanza" de nuestros países ofrezca bases muy endebles para procesar los debates y generar los acuerdos correspondientes. En sociedades polarizadas como las que actualmente predominan, prácticamente, en todos los países de la región, las previsiones que pueden realizarse apuntan al desarrollo de procesos en los que los cambios permanezcan bloqueados y los conflictos se agraven aún más de lo que ya se han agravado últimamente.

En este marco, la dinámica de poderes ejecutivos sin mayorías parlamentarias que los respalden y muchas veces con sectores económicos importantes ubicados en posturas opositoras radicales, con poderes mediáticos con posturas opositoras que promueven el desprestigio de las principales instituciones democráticas y hasta con poderes judiciales ocupando roles similares, politizando la justicia y judicializando la política hasta niveles altamente desestabilizadores, nos ubica en escenarios poco propicios a la construcción de acuerdos mínimos para operar las transformaciones imprescindibles en estas materias.

Tal como lo expone magistralmente François Dubet (2020):

> Vivimos en un tiempo de pasiones tristes. Emociones como la ira, la indignación y el resentimiento atraviesan las redes sociales y la opinión de los panelistas televisivos. Ese enojo toma la forma de la denuncia o la catarsis por un orden que se siente injusto, y suele encarnizarse con los que reciben asistencia del Estado (¡todos inútiles!) pero también con los políticos y las élites (¡todos corruptos!). Acá y allá, un lenguaje paranoico acusa a los pobres, los inmigrantes y los desempleados por no esforzarse lo suficiente, a las finanzas por hacer negocios a costa de las economías nacionales y a éstas por no abrirse a la globalización, a los gobiernos por desmantelar las políticas sociales o, al contrario, por abusar de ellas demagógicamente. Cada uno tiene razones para sentirse abandonado, amenazado y para sospechar que el otro -cualquier otro- recibe ventajas indebidas. (p. 1)

Un panorama complejo y muy preocupante, que habrá que enfrentar decididamente, promoviendo la solidaridad en lugar de la competencia salvaje, las salidas colectivas y no solo las individuales, y siempre sobre la base del reconocimiento de la diversidad como un valor y no como un problema. Es fundamental promover, de todos modos, la concreción de acuerdos básicos para fortalecer la gobernabilidad democrática y, sobre esa base, suscitar las transformaciones impostergables, desde el enfoque de derechos, con la mirada puesta en la construcción de sistemas de protección social universales, sistemas públicos de cuidado y sistemas de salud no mercantilizados, como se verá más adelante.

2.5 Los derechos de niñas, niños y adolescentes amenazados

Las niñas, los niños y adolescentes enfrentaban, antes de la pandemia, la vulneración de sus derechos, pero con su llegada se agravó notoriamente.

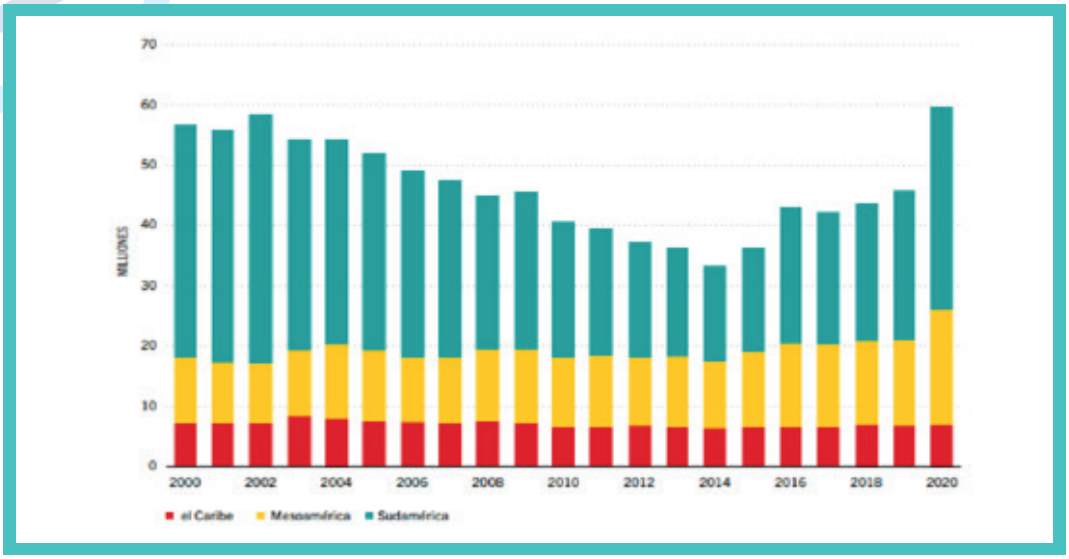
2.5.1 Derecho a la alimentación: retrocesos y proyecciones preocupantes

En lo que atañe a los derechos ligados a la alimentación, hemos constatado que la desnutrición crónica, así como la inseguridad alimentaria y la malnutrición por exceso (tres indicadores claves en estas materias) se han resentido notoriamente en los últimos dos años, tal como lo muestran los informes regionales que la FAO y otros organismos elaboraron. El correspondiente al año 2021 destaca, entre otros, tres mensajes relevantes en el plano global:

> Tras permanecer relativamente estable desde 2015, la prevalencia de la subalimentación se incrementó del 8.0 % al 9.3 % de 2019 a 2020 y creció a un ritmo más lento en 2021 hasta llegar al 9.8 %. En 2021 padecían hambre entre 702 y 828 millones de personas. La cifra ha aumentado en unos 150 millones desde la irrupción de la pandemia de la COVID-19: 103 millones entre 2019 y 2020 y 46 millones de personas más en 2021.
>
> Según las previsiones, cerca de 670 millones de personas seguirán padeciendo hambre en 2030, es decir, el 8 % de la población mundial, igual que en 2015, cuando se puso en marcha la Agenda 2030. De cara al futuro, los progresos realizados en la reducción de un tercio de la prevalencia del retraso del crecimiento infantil en los dos decenios anteriores están en peligro por la triple crisis del clima, los conflictos y la pandemia de la COVID-19. (FAO, FIDA, OPS, WFP y UNICEF, 2021)

El panorama para América Latina es muy preocupante, en el año 2020 padecieron hambre 42.7 millones de personas, el mayor número en los últimos 20 años, presentándose un aumento de 13.8 millones de personas con respecto al año 2019, tal como se presenta en la Gráfico 2.

Gráfico 2. Número de personas subalimentadas en millones en ALC según subregión



Fuente: FAO, FIDA, OPS, WFP y UNICEF (2021). Panorama regional de la seguridad alimentaria y nutricional LAC (p. 7).

El panorama en América del Sur (como conjunto) y en los seis países aquí considerados en particular, muestra similitudes y diferencias importantes, dependiendo de los indicadores que se utilicen, tal como puede apreciarse en las siguientes tablas estadísticas, que presentan importantes limitaciones[6].

• DESNUTRICIÓN

Tabla 5. Prevalencia del retraso en el crecimiento en niñas y niños menores de 5 años (%)

Países	2000	2005	2010	2015	2018	2019	2020
Sudamérica	14.7	12.8	10.9	9.3	8.8	8.7	8.6
Argentina	10.5	9.0	8.0	7.8	7.7	7.7	7.8
Chile	2.9	2.3	2.0	1.8	1.6	1.6	1.6
Colombia	17.5	15.4	13.3	12.4	11.8	11.6	11.5
Ecuador	28.2	27.9	25.4	23.3	23.5	23.4	23.1
Perú	31.7	28.0	21.8	15.0	12.1	11.4	10.8
Uruguay	14.6	12.2	9.8	7.8	6.9	6.7	6.5

Fuente: Adaptado de FAO, FIDA, OPS, WFP y UNICEF (2021). América Latina y el Caribe. Panorama regional de la seguridad alimentaria y nutricional 2021: estadísticas y tendencias (p. 25).

Como puede apreciarse, la tendencia general 2000-2020 es positiva, pero la misma es más visible entre 2000 y 2015, notándose cierto estancamiento a partir de entonces, que no cambia de signo en 2020. Con las limitaciones de información existentes podría especularse que los principales impactos no se pueden notar en los promedios nacionales, mientras que los mismos son mucho más evidentes en los sectores de NNA marginados, que viven en hogares en situación de pobreza y exclusión, pueblos originarios, población afrodescendiente y población de áreas rurales.

Estas limitaciones son más agudas aun, en el caso de los datos referidos a emaciación o desnutrición aguda (esfera en la cual tampoco se cuenta con la desagregación necesaria para identificar los impactos diferenciales anteriormente mencionados), dado que —además—, se cuenta con muy poca información agregada a nivel nacional (con la excepción de Perú). Para 2020, se cuenta con el dato agregado para América del Sur, pero no para cada uno de los países aquí considerados en particular.

[6] Un problema del estudio en referencia es el vinculado con el modo en que estos informes están confeccionados, esfera en la cual se destacan tres aspectos particularmente críticos: (i) se basan en información oficial proporcionada por los países, pero esta no siempre se aporta en tiempo y forma similar (suele haber retrasos difíciles de superar); (ii) sobre esta base, se realizan estimaciones, observando las tendencias históricas y agregando escenarios prospectivos con modelos generales (que no son muy útiles cuando se presentan acontecimientos imprevistos como el COVID-19); y (iii) los propios países han asumido actitudes reservadas respecto a qué datos aportar y cómo hacerlo, dada la dimensión y la complejidad de la crisis. Con todas estas salvedades, se incluyen aquí las informaciones disponibles, con algunos comentarios generales al respecto, comenzando por la prevalencia del retraso en el crecimiento en niños y niñas menores de cinco años.

Tabla 6. Prevalencia de la emaciación o desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años

Países	2000	2005	2010	2015	2018	2019	2020
Sudamérica	---	---	---	---	---	---	1.4
Argentina	---	1.2	---	---	---	1.6	---
Chile	---	---	---	---	---	---	---
Colombia	1.0	1.6	0.9	---	---	---	---
Ecuador	---	---	---	---	---	3.7	---
Perú	1.1	1.0	0.7	0.6	0.5	0.4	---
Uruguay	---	---	---	---	1.4	---	---

Fuente: Adaptado de FAO, FIDA, OPS, WFP y UNICEF (2021). América Latina y el Caribe. Panorama regional de la seguridad alimentaria y nutricional: estadísticas y tendencias (p. 25).

Complementariamente, la información referida a inseguridad alimentaria moderada o grave, muestra aumentos absolutos en todos los países aquí considerados, salvo Uruguay que mantiene el volumen correspondiente en los dos últimos trienios considerados.

Tabla 7. Inseguridad alimentaria moderada o grave (en millones)

Países	2014 - 2016	2016 - 2018	2017 – 2019	2018 - 2020
Sudamérica	97.4	128.1	130.3	141.4
Argentina	8.3	14.2	15.9	16.0
Chile	1.9	2.5	2.9	3.4
Colombia	---	---	---	---
Ecuador	3.4	4.4	5.0	5.7
Perú	11.3	13.5	14.4	15.5
Uruguay	0.7	0.9	0.8	0.8

Fuente: Adaptado de FAO, FIDA, OPS, WFP y UNICEF (2021). América Latina y el Caribe. Panorama regional de la seguridad alimentaria y nutricional: estadísticas y tendencias (p. 25).

• SOBREPESO Y OBESIDAD

El sobrepeso y la obesidad en NNA han ido aumentando en la región en los últimos años, 7.5 % de niñas y niños menores de 5 años tenían exceso de peso para el año 2020 en América latina y el Caribe (casi 4 millones de niñas y niños en la primera infancia), lo que está por encima del promedio mundial que era del 5.6 %. (FAO, FIDA, OPS, WFP, UNICEF, 2021).

Suramérica tenía la tasa más alta con 8.2 %. Para los seis países del estudio estos datos eran de 12.9 % para Argentina, 10.3 %, para Uruguay, 9.9 % para Chile, 9.8 % para Ecuador, 8.0 % para Perú y 5.8 % para Colombia, como se ve en la Tabla 8.

Tabla 8. Prevalencia de sobrepeso en niñas y niños menores de 5 años en porcentaje 2010-2020

Países	2000	2005	2010	2015	2018	2019	2020
Sudamérica	7.0	7.3	7.6	7.9	8.1	8.1	8.2
Argentina	11.6	12.1	12.3	12.5	12.8	12.9	12.9
Chile	11.3	11.3	10.6	10.1	9.9	9.9	9.8
Colombia	4.7	4.8	5.1	5.4	5.6	5.7	5.8
Ecuador	4.5	5.3	6.6	8.3	9.3	9.6	9.8
Perú	9.8	9.5	9.0	8.4	8.1	8.1	8.0
Uruguay	9.0	9.4	9.6	10.0	10.2	10.3	10.3

Fuente: FAO, FIDA, OPS, WFP, UNICEF. América Latina y el Caribe. Panorama regional de la seguridad alimentaria y nutricional: estadísticas y tendencias, 2021.

El exceso de peso va aumentando con la edad, 30 % de niñas, niños y adolescentes de 5 a 19 años de América Latina y el Caribe tenían exceso de peso en el año 2020. Los tres países del sur que se estudiaron estaban por encima de este promedio: Argentina con 36.4 %, Chile son 35.5 % y Uruguay con 33.5 %; los otros países analizados estaban por debajo del promedio regional: Ecuador con 28.2 %, Perú con 27.0 % y Colombia con 24.3 %.

Las cifras son alarmantes y están muy por encima de las metas planteadas para el cumplimiento de los ODS en el año 2030. Como ya se ha mencionado, con la sindemia aumentó la pobreza y el desempleo y disminuyó la capacidad adquisitiva de muchas familias, como consecuencia de ello se afectaron las prácticas nutricionales de las familias pobres, dadas las dificultades para acceder a alimentos nutritivos de la canasta básica. Varios reportes en el mundo y en la región evidenciaron disminución del consumo de proteínas, así como de frutas y verduras en estas poblaciones y el aumento de productos ultraprocesados, especialmente de bebidas listas para consumir.

Igualmente se afectó el acceso a servicios de nutrición, como los programas de atención integral a la primera infancia, alimentación escolar, suplementación y recuperación nutricional, entre otros, los cuales fueron cambiados por entrega de paquetes de alimentos, o se suspendieron. Se vieron también afectados los programas de control de crecimiento y desarrollo.

Por otra parte, también se presentó una disminución de la actividad física que es clave para el control del exceso de peso, debido al confinamiento, el cierre de los parques y sitios de recreación, así como de las actividades deportivas tanto en las comunidades como en las instituciones educativas.

Si bien los datos disponibles son insuficientes hasta el momento para evaluar adecuadamente este impacto, los datos existentes en los países analizados evidencian un aumento del sobrepeso en todos los grupos etarios y particularmente en niñas, niños y adolescentes.

Como lo expresó la directora regional de UNICEF para América Latina y el Caribe: "Antes de la COVID-19, prevenir la obesidad era imprescindible y ahora es más urgente que nunca" (UNICEF, 2021a).

Los informes nacionales correspondientes a estos seis países, por su parte, lograron reunir alguna información en estas materias, pero a través de mecanismos disímiles (encuestas, registros administrativos, patrones de medición diferentes, etc.), lo que no hace aconsejable la comparación respectiva. En cualquier caso, importa consignar estos datos, al menos en términos indicativos, presentándolos por separado:

A) En Argentina, aunque no se trata de información oficial, la proveniente de la Encuesta de la Deuda Social que realiza regularmente la Universidad Católica (informa que la inseguridad alimentaria total, se ubicaba en 21.5 en 2016, pasando a 29.3 en 2018, a 30.5 en 2019 y a 36.2 en 2020, bajando luego (en 2021) a 29.2. Por su parte, la inseguridad alimentaria severa se ubicó, en los mismos años, en 9.8, 13.5, 14.0, 15.2 y 14.9 respectivamente.

B) En Chile, por su parte se informa que la prevalencia en el rezago en el crecimiento de las niñas y los niños menores de 6 años no varió sustancialmente (1.7 en 2017 y 1.6 en 2019 y 2020). En tanto la prevalencia de la desnutrición en menores de 5 años pasó del 2.9 al 4.6 entre 2019 y 2020. La prevalencia en la desnutrición crónica de prescolares, escolares y adolescentes pasó del 1.8 al 2.6 en el mismo período. Por su parte, mientras que en 2019 la inseguridad alimentaria moderada se ubicó en el 15.5 y la severa en el 3.8, la suma de ambas se ubicó en el 20.4 en 2020 (siempre en hogares con NNA). La prevalencia de sobrepeso y obesidad en prescolares, escolares y adolescentes pasó del 23.5 al 25.4 entre 2019 y 2020.

C) En Colombia, no se dispone de información de nivel nacional, pero datos oficiales de algunas de las principales ciudades muestran tendencias preocupantes. Así, datos de Bogotá muestran que la desnutrición crónica en menores de 5 años pasó del 12.1 %

en 2019, al 15.5 % en 2020 y al 11.0 % en 2021. En tanto (en el mismo período) los datos de Medellín pasaron del 7.4 % en 2019 y 2020, al 7.8 % en 2021. Por su parte, el sobrepeso y la obesidad en Bogotá en el mismo grupo poblacional pasó del 3.6 al 5.1 y al 4.5 % en los mismos años. En el grupo de 6 a 17 años, las cifras correspondientes fueron 21.4, 29.3 y 28.0 %, respectivamente.

Adicionalmente, en el primer semestre de 2022, la Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ESIN) realizada por un conjunto de universidades en 11 ciudades del país, ubicó a la inseguridad alimentaria (IA) en 71.6 % (31.6 leve, 26.0 moderada y 14.1 severa). Las cifras nacionales de referencia se ubicaban en el 57.4 % en 2010 y 54.2 % en 2015, en ese periódo, la IA severa bajó del 11.1 al 8.5 %, la moderada de 17.7 a 13.8 % y la leve subió del 28.6 al 31.9 %. Aunque no son datos comparables, dan una imagen de lo que debe haber ocurrido en estos últimos años en todo el país.

D) En Ecuador, una encuesta de UNICEF aplicada en octubre de 2020 y en febrero de 2022, muestra que, en el total de hogares, la inseguridad alimentaria pasó del 45.1 al 48.5 %; pero mientras en los hogares sin NNA pasó del 38.0 al 40.8 %, en aquellos que sí tienen NNA, pasó del 50.9 al 54.7 %. Por su parte, este indicador pasó del 39.8 al 49.8 % en hogares urbanos, en tanto, pasó del 54.2 al 58.3 % en hogares rurales. Asimismo, en términos de estratificación social, la IA pasó del 67.4 al 70.3 % en la clase baja y del 57.0 al 67.0 % en el medio bajo, asimismo, pasó del 51.6 al 49.8 % en el estrato medio, del 34.1 al 34.9 % en el estrato medio alto y del 14.9 al 17.2 % en el estrato alto. Las diferencias son notorias.

E) En Perú, la desnutrición crónica en menores de 5 años se ubicaba en el 18.8 % en 2015, bajando a 17.1 en 2018 y a 16.4 en 2019, aumentando levemente (al 16.5 %) en 2020. Por su parte, la desnutrición global pasó del 4.7 % en 2015 a 3.8 en 2018 y 2019, bajando levemente al 3.5 % en 2020. Asimismo, la desnutrición aguda pasó del 1.5 % en 2015, al 1.3 en 2018 y 2019, subiendo levemente al 1.6 %. En lo que atañe al sobrepeso en menores de 5 años, este pasó del 6.4 al 6.6 % entre 2019 y 2020, en tanto la obesidad pasó del 1.6 al 1.7 % en el mismo grupo Las cifras oficiales muestran que la situación es más precaria en las áreas rurales, en relación con las áreas urbanas. Así, por ejemplo, la desnutrición crónica era cuatro veces más alta en el primer caso (6.8 % versus 24.4 %).

F) En Uruguay, finalmente, la inseguridad alimentaria es baja (en la comparación internacional), ubicándose en el 17.4 % de los hogares con NNA (12.9 % moderada y 4.5 % grave), pero su distribución por diversas variables muestra contrastes de gran relevancia. Así, clasificando al conjunto de la población en tres categorías (seguridad alimentaria, inseguridad moderada e inseguridad leve), las cifras oficiales muestran

que mientras los porcentajes en el nivel socioeconómico bajo se ubicaban en 11, 28 y 53 % respectivamente, en el estrato alto se ubicaban en 24, 6 y 1 % respectivamente. Por su parte, según niveles educativos, en los hogares con solo primaria mostraban porcentajes ubicados en 13, 31 y 46 % respectivamente, en tanto las cifras en los hogares con educación terciaria, se ubicaban en 34, 10 y 9 % respectivamente.

Como ya se comentó anteriormente, no son cifras comparables , pero permiten brindar evidencias para sostener que los indicadores vinculados con la alimentación se han deteriorado significativamente en estos últimos años. Se han agravado problemas relacionados con el hambre y la malnutrición. Estos cuadros golpearon en niveles alarmantes a los sectores marginados (hogares con NNA de niveles socioeconómicos bajos, en áreas rurales y urbano-marginales), habitados en gran medida por grupos étnicos (pueblos originarios) y raciales (afrodescendientes y otros).

2.5.2 Derecho a la salud: problemáticas globales con impactos diferenciales sobre generaciones

- **VACUNACIÓN**

Por su parte, en el campo de la salud, UNICEF y otras organizaciones han hecho un fuerte llamado de atención en relación con la existencia de más de 2.4 millones de niñas, niños y adolescentes que no han sido vacunados en América Latina y el Caribe, destacando que, desde 2019, hay 400 000 niñas y niños más que no han recibido el esquema completo de vacunación que les protege de enfermedades graves, todo lo cual muestra que estamos ante el mayor descenso sostenido en la vacunación de la infancia de los últimos quince años (UNICEF, 2022).

Si bien la cobertura de vacunas en los seis países aquí considerados no se ha visto afectada significativamente (ver los datos de la siguiente tabla), es preocupante la disminución en algunas dosis de vacunas de hasta 12 % entre 2019 y 2020 y es más preocupante, aunque estos descensos hayan continuado para el año 2021, en los países de los que se dispone información (OPS/OMS, 2022).

Tabla 9. Porcentaje de cobertura reportada de vacunaciones en seis países de América del Sur (%) 2018 - 2021

2018								
Argentina	93	91	86	82	94	100	88	84
Chile	96	99	95	---	93	93	93	95
Colombia	89	92	92	77	95	88	94	92
Ecuador	90	86	85	70	83	74	85	85
Perú	81	90	84	73	85	66	82	83
Uruguay	98	96	91	---	97	91	93	91
2019								
Argentina	85	87	83	77	86	84	80	83
Chile	98	97	96	94	95	91	95	96
Colombia	80	95	94	81	95	89	93	93
Ecuador	86	85	85	71	83	76	83	85
Perú	94	97	88	82	85	66	80	87
Uruguay	99	100	94	---	96	99	95	93
2020								
Argentina	75	79	74	72	77	71	75	74

Chile	100	98	93	100	91	83	89	93
Colombia	89	92	88	88	90	88	89	88
Ecuador	81	74	70	62	81	70	76	80
Perú	87	93	72	75	77	52	74	61
Uruguay	100	98	92	---	95	91	94	91
2021								
Argentina	80	80	74	70	77	79	71	72
Chile	---	---	---	---	---	---	---	---
Colombia	87	91	87	---	86	86	84	86
Ecuador	---	---	---	---	---	---	---	---
Perú	---	---	---	---	---	---	---	---
Uruguay	99	95	89	---	96	84	94	89

Fuente: Adaptado de Vaccine Coverage, de Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2022.

A este cuadro general, hay que sumar la cobertura lograda con la vacunación del conjunto de la población respecto a la vacuna contra el COVID-19, esfera en la cual se comenzó a trabajar lentamente en 2020, pero se pudo acelerar el proceso durante 2021 y el 2022 (ver los datos correspondientes en la siguiente tabla).

Tabla 10. Avances en la vacunación contra el COVID-19 en seis países de Suramérica

País	Dosis única	Primera dosis	Segunda dosis	1ª Dosis adicional	2ª Dosis adicional	Esquema completo	Total de dosis	Esquema completo por cada100 habitantes
Argentina	314.562	40.776.081	37.124.095	23.756.258	0	37.438.657	101.970.996	82.1
Chile	574.692	17.380.630	16.940.384	14.468.571	6.582.815	17.515.076	55.097.052	91.2
Colombia	6.517.932	35.697.076	29.260.985	12.068.192	42.573	35.77.117	83.585.958	69.8
Ecuador	560.807	14.600.639	13.406.601	6.183.562	343.219	13.967.408	35.094.828	78.1
Perú	0	29.325.953	27.279.225	17.408.863	754.013	27.279.725	74.768.554	81.8
Uruguay	0	2.990.446	2.874.789	2.027.923	482.436	2.874.789	8.375.594	82.5

Fuente: Adaptado de Vacunación contra la COVID-19 en la región de las Américas (OPS/OMS, 2022).

• CONTROLES DE SALUD

Una segunda dimensión relevante en estas materias es la referida a la asistencia a controles de salud, por parte de NNA, así como de sus madres, esfera en la cual, se cuenta con percepciones de parte de los actores vinculados a estas dinámicas, pero no con información que permita medir con precisión si esta asistencia se vio o no afectada a consecuencia de la pandemia.

En cualquier caso, los estudios sobre "percepciones" de parte de informantes claves (personal médico, personal técnico de instituciones gubernamentales y/o de la sociedad civil) muestran retrocesos en la atención que se ha brindado (al menos durante 2020) a NNA, a mujeres y a sus familias referentes. El estudio Interrupción de servicios de salud para embarazadas, recién nacidos, niños y niñas, adolescentes y mujeres durante la pandemia de COVID-19: Proyecto ISLAC 2020 (Villalobos, et, al. 2021), que se construyó sobre la base de casi 700 entrevistas a referentes especializados de 22 países, con 35 preguntas generales y específicas constata los retrocesos aludidos. El objetivo del estudio consistió en describir la percepción de actores clave sobre la interrupción de los servicios de salud para poblaciones no priorizadas por la pandemia (gestantes, recién nacidos, niñas y niños, adolescentes y mujeres) en ALC, durante la primera etapa de la pandemia de COVID-19.

En cuanto a los resultados, en las 691 respuestas predominó la percepción de una reducción de la cobertura y la calidad de los servicios. La mayoría estimó que todos los servicios seguirían con una menor cobertura, tanto a los 3 como a los 12 meses (53.1% y 41.3%, respectivamente).

Por tanto, garantizar la cobertura y el acceso a los servicios de salud es el principal desafío político, seguido del financiamiento de iniciativas para mujeres, niñas, niños y adolescentes, así como la protección y promoción contra la violencia. El estudio concluyó que es prioridad invertir en sistemas de información nacionales que permitan monitorear los distintos servicios e identificar las poblaciones más necesitadas.

La información administrativa correspondiente (que podría brindar datos más "objetivos" en este sentido) es de difícil acceso, en general está desfasada en el tiempo y no se puede comparar fácilmente entre países, por lo cual, no es posible contar con este tipo de fuentes complementarias.

- **SALUD MENTAL**

Como lo afirma el informe Estado Mundial de la Infancia del año 2021 (UNICEF, 2022), hay una enorme preocupación en el mundo por la salud mental de toda una generación de niñas, niños y adolescentes, así como de sus padres y cuidadores en tiempos de sindemia. Asimismo, preocupa las repercusiones que esto traiga en el mediano y largo plazo. Muchos niños están sumidos en la tristeza, el dolor o la ansiedad. Algunos se preguntan hacia dónde se dirige este mundo y cuál es su lugar en él, afirma el citado informe.

La sindemia ha evidenciado que la salud mental se ve afectada por las condiciones del contexto que rodea a NNA y sus familias, y este ha sido muy difícil para los NNA latinoamericanos, por el aumento de la pobreza y del hambre, así como por el cierre de las escuelas, la enfermedad y muerte de familiares, el aumento de la violencia al interior de los hogares y las limitaciones para su socialización.

El informe de UNICEF estima que en 2021 el 15 % de adolescentes y jóvenes entre los 10 a 19 años en América Latina y el Caribe, lo que equivale a 16 millones de personas, tenía un trastorno de salud mental diagnosticado, porcentaje que es mayor que el promedio mundial, que es del 13 %.

Por edades el 12,8 % de las mujeres y el 14,8 % de los varones de 10 a 14 años de la región presentaba algún problema de salud mental; porcentaje que aumenta al 16,6 % de las mujeres y el 15,7 % de los hombres de 15 a 19 años. Entre los problemas de salud mental están en primer lugar la ansiedad y la depresión, que constituyen el 47.7 % de los problemas de salud mental en estas edades, le siguen el déficit de atención con hiperactividad con 26.8 %, el trastorno de

comportamiento con 18.2 %, el trastorno bipolar en 5.3 % y otros trastornos mentales en un 9.7 % (UNICEF, 2022).

El suicidio es la tercera causa de muerte en los adolescentes y jóvenes de 15 a 19 años en la región (a nivel mundial es la cuarta causa), produciéndose 6 defunciones por cada 100 000 habitantes (UNICEF, 2022a).

El Estado Mundial de la Infancia 2021 presenta varios mensajes claves, como los siguientes:

- En todo el mundo, los trastornos mentales son una causa importante de sufrimiento que a menudo se pasa por alto y que interfiere en la salud y la educación de niñas, niños, adolescentes y jóvenes, así como en su capacidad para alcanzar su pleno potencial.

- El costo de la inacción es elevado debido a sus repercusiones en términos de vidas humanas, y a los efectos que tiene sobre las familias, las comunidades y la economía. A pesar de la demanda generalizada para obtener respuestas que promuevan, protejan y cuiden la salud mental de las niñas y los niños la inversión sigue siendo insignificante.

- La salud mental está estigmatizada en gran medida y no se comprende adecuadamente: es, de hecho, un estado positivo de bienestar y una base que permite a las niñas, niños, adolescentes y jóvenes construir su futuro.

- La crianza es crucial para sentar unas bases sólidas de la salud mental de NNA, pero muchos progenitores necesitan más apoyo.

- Las escuelas y los entornos de aprendizaje pueden ofrecer oportunidades para apoyar la salud mental, pero también pueden exponer a NNA a determinados riesgos, como el acoso y la presión excesiva de los exámenes.

- Los factores socioeconómicos y culturales del mundo en general, así como las crisis humanitarias y los acontecimientos como la pandemia de COVID-19, pueden perjudicar la salud mental.

- Las intervenciones en toda una serie de sistemas y sectores a través de la protección social –incluyendo las familias, las comunidades y las escuelas– pueden ayudar a promover y proteger la salud mental.

Esto es corroborado por los diferentes hallazgos referidos en los estudios realizados en los seis países estudiados, los cuales ponen en evidencia los hallazgos de agresividad, temor, desgano, enojo, irritabilidad, soledad, tristeza, problemas de sueño y problemas de alimentación (UNICEF Ecuador, 2022). También se destacan cambios de estado del humor, altibajos emocionales y síntomas de ansiedad y depresión presentados por NNA de diferentes edades (UNICEF Argentina, 2021), y en algunos casos el aumento de las tasas de suicidio que se presentan desde el inicio de la sindemia, con un mayor impacto en adolescentes (Durán, 2021).

Lo preocupante es que los estudios de seguimiento de la salud mental de NNA en la región, evidencian que el problema no solo no disminuyó después de pasar el periodo de confinamiento y aislamiento, sino que ha ido en aumento (DANE, 2021).

Lo anterior contrasta con la baja cobertura y las dificultades de acceso a los servicios de salud mental en la región, con grandes inequidades según el nivel socioeconómico de las familias, el lugar donde se vive (ciudades o zonas rurales), la etnia a la que se pertenece o la condición de migrante que, si bien es un problema histórico, se exacerbó durante la sindemia. Se requieren urgentemente decisiones políticas y recursos (UNICEF Ecuador, 2022).

El mencionado estudio de Argentina encontró que los "determinantes del sufrimiento" destacados son:

- Ausencia de ceremonias de cierre de etapas escolares.
- Sentimiento de discriminación y estigmatización.
- Ausencia de apoyo para las tareas escolares.
- Dificultades o ausencia de contacto con la escuela.
- Distanciamiento en el vínculo con los docentes.
- No sentirse escuchado y/o comprendido.
- Clima familiar violento y violencias institucionales.
- Falta de participación en la toma de decisiones respecto a sus vidas.
- Precaria situación económica de la familia.
- Situaciones de violencia en la escuela.
- Debilitamiento de lazos sociales con pares y familias por el distanciamiento físico.
- Déficit habitacional.
- Deficiencias o insuficiencias de adultos significativos que acompañen el proceso de crianza.

Por su parte, los "factores protectores" destacados son:

- Participar y ser protagonistas en las decisiones concernientes a su vida.
- Reconocimiento y respeto de la diversidad.
- Capacidad de construcción de lazos afectivos y compartir con otros.
- Capacidad para jugar y construir sentidos de forma creativa.
- Empatía por el sufrimiento del otro.
- Respeto por los Derechos Humanos.
- Sentirse acompañado/a y escuchado/a.
- Capacidad de cuidarse y cuidar a otros.
- Contar con el apoyo de vínculos intersubjetivos con adultos/as.
- Capacidad para simbolizar emociones.

La mencionada encuesta continuada, realizada en Ecuador encontró que los conflictos internos en los hogares con NNA tuvieron un pico importante al comienzo de la pandemia (25.4 %, comparado con el 19.2 % en los hogares sin NNA), descendiendo paulatinamente hasta octubre de 2021 (con cifras ubicadas en el 13.1 y el 13.6 % respectivamente), para volver a subir en febrero de 2022 (a 17.6 y 15.9 %, respectivamente).

Así mismo, se registraron cambios emocionales relevantes en NNA (reportados por sus padres, madres y adultos referentes) en varios planos destacados, comparando octubre 2020 con febrero 2022 en cada caso, respectivamente:

- Más agresivos o tercos (32.0 y 34.3 %).
- Pesadillas (12.3 y 10.7 %).
- Dolor de cabeza (22.1 y 27.0 %).
- Triste y sin ánimo (37.1 y 38.5 %).
- Comió en exceso (26.4 y 16.7 %).
- Se despierta (24.6 y 10.7 %).
- Miedos nuevos (27.9 y 30.6 %).
- Dejó de comer (14.6 y 29.5 %).

Adicionalmente, se han agravado otras manifestaciones de la crisis, por ejemplo, en relación con las tendencias vinculadas con el suicidio en adolescentes, los antecedentes prepandémicos mostraban el siguiente estado de situación (OMS, 2020):

Tabla 11. Tasas de suicidio en adolescentes de 15 a 19 años en seis países de Suramérica (2019)

Países	Total	Hombres	Mujeres
Argentina	9.9	13.06	6.64
Chile	5.09	7.38	2.73
Colombia	5.51	7.2	3.76
Ecuador	11.7	13.38	9.95
Perú	2.76	2.79	2.74
Uruguay	12.21	17.97	6.22

Fuente: Adaptado de Suicide rates, crude, 15-29 and 30-49 years of age, de Organización Mundial de la Salud, 2021

Aunque todavía no se dispone de un cuadro comparado como este para 2020 y 2021, datos de algunos de estos países muestran que la situación se ha agravado. Así, por ejemplo, en el caso de Perú, las cifras proporcionadas por el Ministerio de Salud muestran que mientras las tasas por 100 000 habitantes en la población en general pasaron del 2.0 (en 2019 y 2020) al 2.2 en 2021, las cifras correspondientes en la población de 10 a 17 años pasaron del 1.8 en 2019 al 2.9 en 2020 y 2021.

Asimismo, en Uruguay, la tasa de suicidios en adolescentes de 15 a 19 años aumentó un 45 % entre 2019 y 2020, de acuerdo con cifras proporcionadas por el Ministerio de Salud Pública, lo que ha llevado a hablar de "la otra pandemia". En Chile, en cambio, habría ocurrido lo contrario, registrándose un descenso entre 2019 y 2020, también según cifras oficiales.

• EMBARAZO EN ADOLESCENTES

América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo en adolescentes y jóvenes entre 15 a 19 años. Antes de la sindemia cerca del 19 % de los nacimientos en la región eran en madres menores de 20 años, con variaciones importantes entre los países y al interior de estos (en el mundo este porcentaje era del 11 %). Cada año, alrededor de un millón y medio de adolescentes de entre 15 y 19 años dan a luz en la región (OPS, UNFPA, UNICEF, 2018).

Las niñas y adolescentes en la región enfrentan barreras para acceder a métodos anticonceptivos, también con variaciones significativas entre los países y al interior de estos.

El estudio Impacto del COVID-19 sobre el acceso a anticonceptivos en países de América Latina y el Caribe. Oficina Regional para América Latina y el Caribe (UNFPA, 2020), encontró discontinuidad en el uso de métodos anticonceptivos modernos de 17 millones de usuarias por causas vinculadas al COVID-19, las que se suman a 19.7 millones de mujeres

que se estimaba tenían necesidades insatisfechas de métodos anticonceptivos modernos. Se calculó, a partir de ese estudio, que el porcentaje de mujeres de la región con necesidades insatisfechas de acceso a los métodos anticonceptivos retrocedería 27 años, pasando de 11.4 % a 16.3 %.

Estudios realizados en países de la región, evidenciaron una importante disminución significativa en la entrega de métodos anticonceptivos a mujeres entre 15 y 19 años (41 % en Guatemala y 75% en Bolivia). El estudio: Out-of-pocket spending for contraceptives in Latin America (Godoy-Garraza, L; Tobar, F; Rodríguez-Bernate, I, 2020), concluyó que por cada punto porcentual que se incrementa el desempleo, cae dos puntos y medio el consumo de anticonceptivos adquiridos en farmacias, mientras que por cada punto que aumenta la población viviendo con USD 3.2 o menos al día, el consumo se retrae dos puntos, situaciones ambas que se agudizaron con la sindemia.

El informe Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe (UNFPA, 2020a), calculó que la pandemia causaría un retroceso de cinco años en la tasa de fecundidad adolescente en América Latina y el Caribe, con un aumento de 61 a 65 por cada mil adolescentes entre 15 y 19 años.

Si bien la información disponible no permite calcular el cambio producido a nivel de la región, en tres de los países analizados (Colombia, Ecuador y Perú), si bien no hubo cambios significativos en la tendencia histórica en el grupo de 15 a 19 años, sí se presentó en 2021 y se ha continuado observándo en 2022 un aumento de los embarazos en niñas de 10 a 14 años, lo que tiene una relación clara con el abuso sexual.

- **MORTALIDAD Y ORFANDAD**

Adicionalmente, otros dos factores asociados a la mortalidad muestran cuadros de situación preocupante: (i) las cifras vinculadas con el exceso de mortalidad por COVID-19; y (ii) el número de NNA en situación de orfandad generada por la muerte de adultos referentes.

En relación con la primera de dichas dimensiones, datos presentados en la Reunión Internacional de Especialistas en Protección Social (CEPAL, 2022), destacan que la pandemia sigue vigente con impactos que trascienden los contagios y muertes por COVID-19 y se traducen en un exceso de mortalidad, especificando que el promedio de América Latina es más del doble que el de Europa durante 2020 y 2021 (207 versus 107 por 100 000 habitantes).

Por su parte, la OMS estima que la región tuvo cerca de 2.3 millones de muertes en exceso durante los dos primeros años de la pandemia, lo que corresponde al 15.3 % del exceso de mortalidad mundial (OMS, 2022).

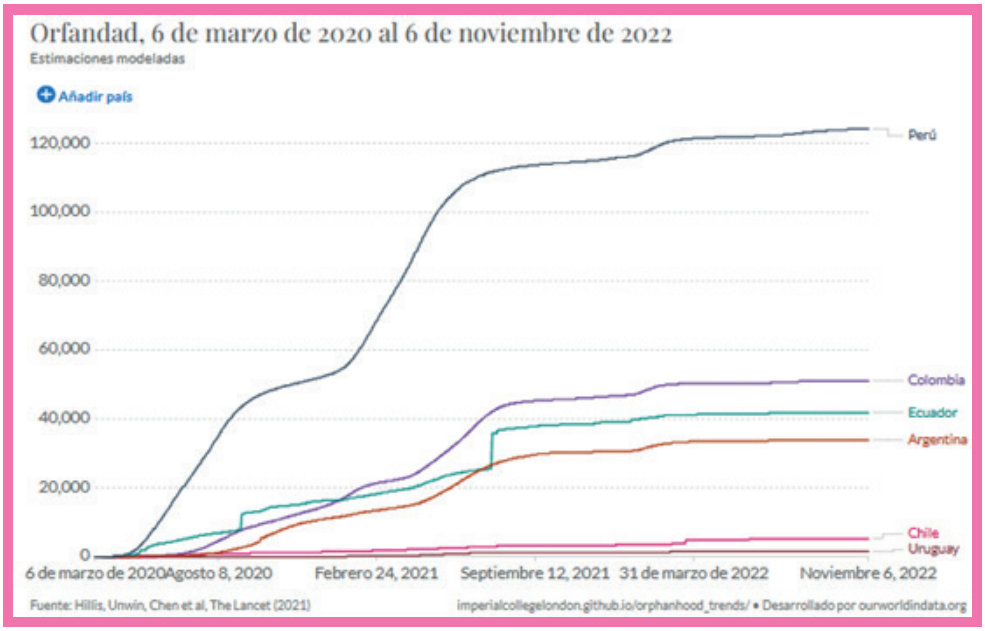
Los niveles de orfandad de NNA generados por la muerte de adultos referentes, son muy significativos. Las cifras muestran el volumen global y la evolución registrada en los seis países aquí considerados, de acuerdo con el siguiente detalle:

Tabla 12. Estimación de orfandad en NNA generada por muerte de adultos referentes

Países	Estimación de orfandad. Muerte de uno o ambos padres	Estimación de pérdida del cuidador principal[7].	Estimación de pérdida de cuidadores primarios o secundarios[8].
Argentina	34.000	36.100	46.300
Chile	5.500	6.100	11.900
Colombia	51.200	56.700	83.800
Ecuador	41.900	45.500	59.700
Perú	125.000	133.600	184.700
Uruguay	1.500	1.700	2.700
Total	259.100	279.700	389.100

Fuente: Orfandad COVID-19. (Imperial College London, 2022).

Gráfico 3. Estimación de orfandad en NNA generada por muerte de adultos referentes



Fuente: Orfandad COVID-19 (Imperial College London, 2022).

[7] Muerte de uno o ambos padres o muerte de abuelos con custodia.
[8] Muerte de uno o ambos padres, muerte de abuelos con custodia y/o muerte de otros abuelos corresidentes.

Como puede apreciarse, estamos ante cifras preocupantes, que muestran el fuerte impacto de la pérdida de adultos referentes (madres, padres, abuelos, etc.). NNA que pierden cuidadores primarios tienen mayores riesgos de experimentar problemas de salud mental, violencia física, emocional y sexual y la pobreza familiar. Estas experiencias aumentan los riesgos de suicidio, embarazo, enfermedades infecciosas y crónicas (The Lancet, 2021).

Perú es el país con mayor tasa de NNA huérfanos por la pandemia del mundo (uno de cada 100 NNA menores de 18 años), lo que implica que corren mayor riesgo de caer en la pobreza, interrumpir sus estudios y sufrir problemas de salud mental y violencia física, emocional y sexual. Estos datos muestran la necesidad de fortalecer la respuesta y cuidar a las niñas, niños y adolescentes.

2.5.3 Derecho a la educación: clave en el desarrollo humano

Se cuenta con estudios rigurosos que muestran que el acceso universal a una educación de calidad es la mejor herramienta para asegurar la inclusión social de las nuevas generaciones.

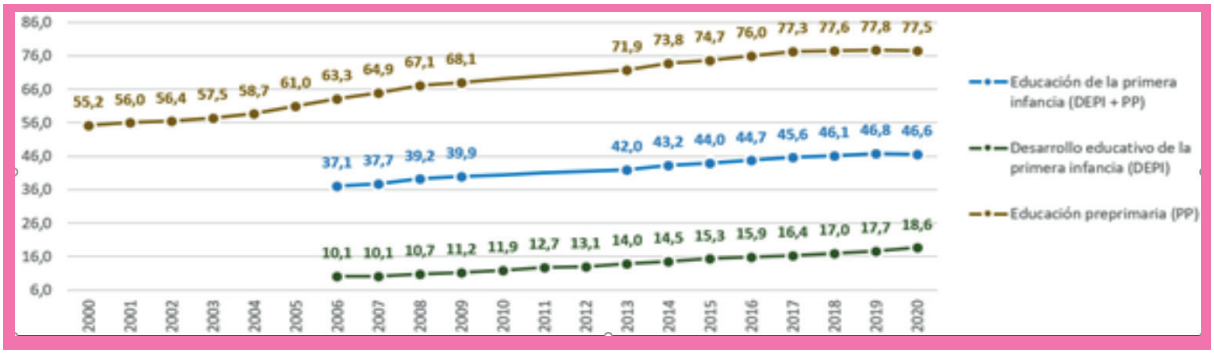
- **BRECHAS EDUCATIVAS**

En cuanto a la educación primaria y secundaria, aún persisten brechas e injusticias educativas que nos alejan de cumplimiento de las metas educativas de la Agenda 2030. Se estima que cerca

de 10.5 millones de NNA se encontraban fuera de la escuela primaria y secundaria en 2019. Aproximadamente uno de cada tres adolescentes no culmina la educación secundaria, según muestra información reciente de 25 países de la región. El 97 % de la población en edad de asistir a la primaria se encontraba escolarizada en la región, con muy poco crecimiento desde el año 2015. En secundaria baja el porcentaje, era del 93.2% y mostraba cierta reducción en el último quinquenio. Solo la tasa de cobertura de secundaria alta mostraba una tendencia creciente de 1.4 %, alcanzando al 78.7 % de la población en el último año (UNESCO, CEPAL, UNICEF, 2022).

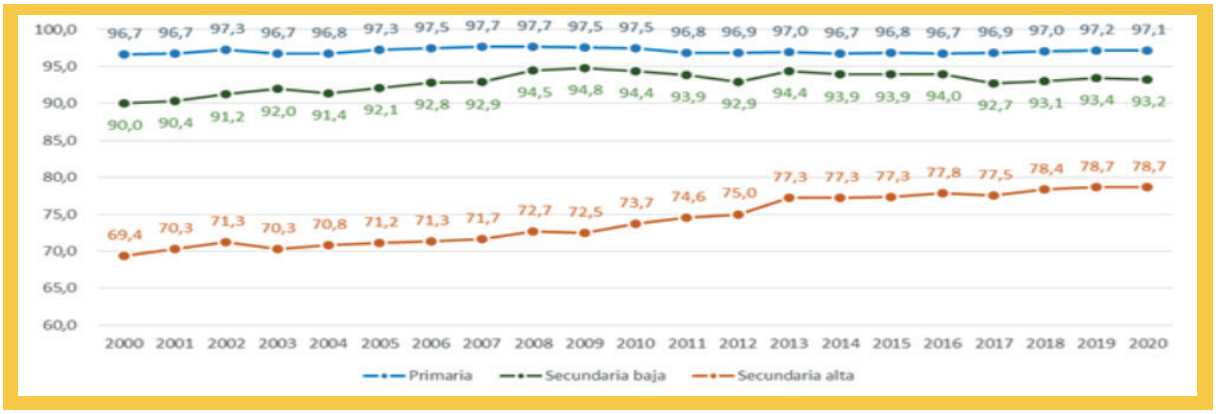
Los dos gráficos siguientes brindan la información correspondiente:

Gráfico 4. Tasa bruta de matrícula de la primera infancia en la educación preprimaria y en el desarrollo educativo de la primera infancia. América Latina y el Caribe. Años 2000-2020



Fuente: Informe Regional de Monitoreo ODS4: Educación (UNESCO, CEPAL, UNICEF, 2022).

Gráfico 5. Tasa neta total de asistencia, educación primaria, secundaria baja y alta. América Latina y el Caribe. Años 2000-2020



Fuente: Informe Regional de Monitoreo ODS4: Educación, (UNESCO, CEPAL, UNICEF, 2022).

La publicación La encrucijada de la educación en América Latina y el Caribe. Informe regional de monitoreo ODS4-Educación 2030 (UNESCO, CEPAL, UNICEF, 2022) brinda datos más precisos y por países, que permiten profundizar en este análisis comparado, en torno a otros tres indicadores relevantes (tasa de NNA fuera de la escuela, tasa de finalización de la escuela y porcentaje de NNA con sobre edad), tal como puede apreciarse en las siguientes tablas.

En cuanto a la tasa de NNA fuera de la escuela, comparando 2015 y 2020, diferenciando niveles (primaria, secundaria baja y alta) pueden notarse aumentos en primaria en todos los países (en esta fuente no se tienen datos para Argentina), al tiempo que se notan aumentos en secundaria baja en Colombia y Ecuador (con descensos en Perú y Uruguay), y descensos en secundaria alta en todos los países (a excepción de Colombia que muestra la tendencia contraria).

Tabla 14. Tasa de NNA fuera de la escuela en ALC 2015–2020

	Educación primaria		Secundaria baja		Secundaria alta	
	2015	2020	2015	2020	2015	2020
Argentina	1.7	---	3.2	---	11.0	---
Chile	0.5	1.2	0.5	0.5	3.8	3.5
Colombia	1.9	3.0	3.6	4.8	13.2	14.9
Ecuador	1.0	1.5	3.4	4.8	14.7	13.0
Perú	1.0	1.1	2.3	1.6	12.5	10.6
Uruguay	0.5	0.7	3.8	2.0	18.0	11.0

Fuente: Adaptado de La Encrucijada de la Educación en América Latina y el Caribe Informe Regional de Monitoreo ODS4-Educación 2030 (UNESCO, CEPAL, UNICEF, 2022).

Por su parte, las tasas de finalización de la enseñanza (con la misma comparación y desagregación) muestra leves aumentos en todos los países y niveles.

Tabla 15. Tasa de finalización de la enseñanza de NNA en países de ALC 2015–2020

	Educación primaria		Secundaria baja		Secundaria alta	
	2015	2020	2015	2020	2015	2020
Argentina	95.3	96.1	71.0	73.0	61.3	64.0
Chile	96.3	96.7	95.1	95.9	84.5	85.8
Colombia	92.0	93.0	76.1	76.6	72.0	72.7
Ecuador	98.1	98.6	88.7	91.5	67.1	72.3
Perú	96.5	96.5	87.4	87.7	81.2	82.5
Uruguay	96.9	97.3	66.5	68.7	35.1	42.3

Fuente: Adaptado de La Encrucijada de la Educación en América Latina y el Caribe Informe Regional de Monitoreo ODS4-Educación 2030 (UNESCO, CEPAL, UNICEF, 2022).

La sobre edad, por su parte, también desciende en todos los países y en ambos niveles, a excepción de Uruguay que registra un aumento en la secundaria baja.

Tabla 16. Porcentaje de NNA con sobre edad en países de ALC 2015–2020

Países	Educación primaria		Secundaria baja	
	2015	2020	2015	2020
Argentina	3	2	15	12
Chile	5	4	9	8
Colombia	15	13	23	21
Ecuador	5	2	10	5
Perú	7	4	11	7
Uruguay	6	3	13	19

Nota. Adaptado de La Encrucijada de la Educación en América Latina y el Caribe Informe Regional de Monitoreo ODS4-Educación 2030 (UNESCO, CEPAL, UNICEF, 2022).

• CIERRE DE INSTITUCIONES

El estudio Dos años después: Salvando a una generación (Banco Mundial, UNICEF, UNESCO, 2022) destaca que América Latina ha sufrido uno de los cierres de escuela más prolongados del mundo, por lo que toda una generación de estudiantes (170 millones de NNA) se vio privada de educación presencial por uno de cada dos días efectivos de clase hasta la fecha. Las pérdidas de aprendizaje implicarán una disminución estimada en 12 % en los ingresos a lo largo de la vida de un estudiante actual. La salud psicosocial y el bienestar de los estudiantes también se vieron afectados.

La situación en los seis países aquí considerados muestra similitudes y diferencias que importa tener en cuenta, tal como se puede visualizar en la siguiente tabla:

Tabla 17. Intensidad del cierre de escuelas: de marzo 2020 a marzo 2022 (%)

Países	Totalmente cerrada	Mayormente cerrada	Parcialmente abierta/cerrada	Mayormente abierta	Totalmente abierta
Argentina	24	19	---	48	9
Chile	15	55	9	7	14
Colombia	26	30	25	3	16
Ecuador	41	46	9	---	4
Perú	41	51	---	---	8
Uruguay	13	---	25	15	47

Nota: Adaptado de Dos Años Después: Salvando una Generación (BANCO MUNDIAL, UNICEF, UNESCO, 2022).

Por ello, estos tres organismos (Banco Mundial, UNICEF, UNESCO, 2022) plantearon como prioridad el regreso a la escuela y, sobre todo, la recuperación del aprendizaje. Además, especificaron que la agenda de retorno a la escolaridad debe abarcar la reapertura segura y sostenible de todas las instituciones educativas, la reinscripción de todos los estudiantes y la prevención del abandono escolar. La agenda de recuperación y aceleración del aprendizaje debe comprender la priorización y consolidación de los planes de estudio, la evaluación de los niveles de aprendizaje y la implementación a escala de estrategias y programas de recuperación del aprendizaje. Documentos nacionales han dado prioridad a la salud mental y atención a NNA en situación de orfandad.

En este sentido, la agenda requiere la aplicación de cuatro compromisos:

- Uno para que la recuperación educativa esté en la agenda pública.
- Reintegrar a todos los NNA que han abandonado la escuela.
- Asegurar el bienestar socioemocional de los NNA.
- Valorar, apoyar y capacitar al personal docente.

El informe destaca asimismo que, a pesar de las significativas inversiones realizadas para garantizar la continuidad del servicio educativo, el diseño de la educación a distancia enfrentó varias limitaciones, las cuales afectaron especialmente a NNA marginados.

En este sentido, la pandemia mostró las enormes brechas digitales existentes en los seis países del estudio, por ejemplo, en el campo de la conectividad de los hogares en los que viven NNA, clasificados por niveles de ingreso (ver la siguiente tabla). También permitió constatar los enormes y calificados aportes que realizaron los modelos de educación remota, apoyados en los más modernos desarrollos tecnológicos, en aquellos contextos donde la conectividad permitía trabajar de este modo.

Tabla 18. Niñas y niños de 5 a 12 años que viven en hogares no conectados por quintil de ingreso

Países	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5
Argentina	27.7	11.2	7.1	3.9	2.5
Chile	25.7	11.6	6.4	2.6	0.7
Colombia	79.9	59.4	35.0	18.4	5.6
Ecuador	88.5	73.2	53.7	36.2	16.0
Perú	95.8	83.9	66.7	45.0	19.6
Uruguay	57.7	27.6	13.1	4.9	2.4

Fuente: Datos y hechos sobre la transformación digital (CEPAL, 2021).

Por ello, a futuro, prácticamente todos los organismos nacionales, regionales e internacionales, así como la mayor parte de los países de la región, recomiendan y apoyan la construcción de sistemas "híbridos". Estos sistemas deberán combinar creativamente la enseñanza presencial con la remota, lo que exigirá mayores y mejores inver-

siones en el campo de la tecnología (para asegurar que nadie se quede atrás), así como planes más ambiciosos en el campo de la formación docente y en la adaptabilidad de las metodologías de trabajo y las prácticas pedagógicas a estas nuevas dinámicas educativas.

Esto implica tener centralmente en cuenta la evolución de la matrícula educativa en la región, que muestra contrastes importantes, tanto en materia de cobertura como en avances registrados por niveles educativos. Así, mientras la oferta educativa en primera infancia muestra un incremento sostenido en los últimos 20 años, la cobertura efectiva todavía no llega al 50 % (46.6 % en 2020), lo que muestra que todavía hay mucho camino por recorrer.

- **IMPACTOS EN CALIDAD DE LA EDUCACIÓN Y PROCESOS DE APRENDIZAJE**

Los resultados de distintas pruebas estandarizadas aplicadas en la región de América Latina y el Caribe antes de la sindemia mostraban resultados preocupantes en términos de competencias cognitivas, como lo dice el informe de la CEPAL (2022) Educación en tiempos de pandemia. Una oportunidad para transformar los sistemas educativos en América Latina y el Caribe:

> En concreto, los datos muestran que niñas, niños, adolescentes y jóvenes de la región no estaban adquiriendo durante la etapa escolar los conocimientos y competencias necesarios para desarrollarse como ciudadanos plenos y productivos. En otras palabras, previo a la pandemia, la educación en la región venía experimentando una profunda crisis de aprendizajes. (Huepe, Palma, & Trucco, 2022, p. 36)

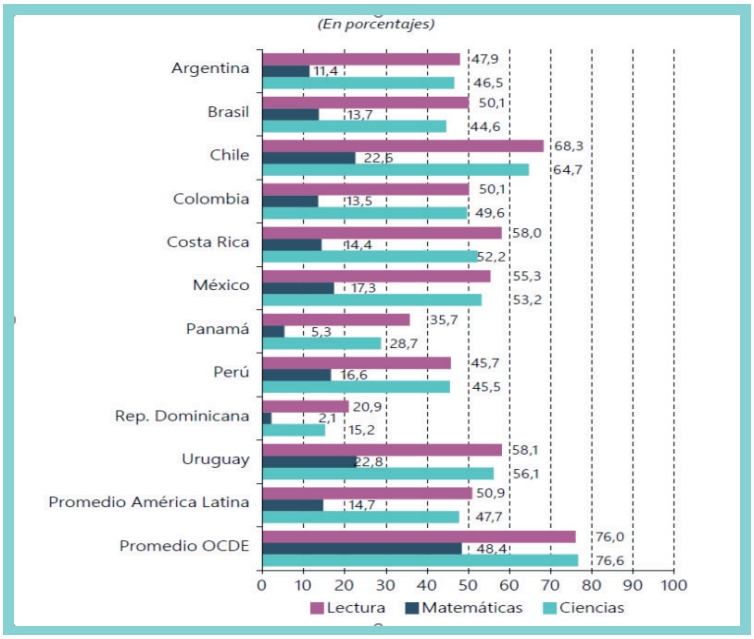
Los resultados del estudio Los aprendizajes fundamentales en América Latina y el Caribe. Estudio Regional Comparativo y Explicativo (ERCE 2019) (2021) realizado en 16 países de la región (incluidos los países del estudio, excepto Chile), mostraron que solo 52.3 % de los estudiantes de tercer grado lograron alcanzar niveles mínimos de competencia en lectura y solo 55.7 % lograron alcanzar niveles mínimos de competencias en matemáticas.

La situación era más preocupante para el grado 6º, en que solo el 17.4 % logró alcanzar los niveles mínimos de competencias en matemáticas, el 31.2 % logró alcanzar niveles mínimos de competencia en la lectura y el 20.7 % logró alcanzar los niveles mínimos de competencia en ciencias. Estos resultados son similares a los obtenidos en la misma prueba realizados en el año 2013, lo que evidencia que el avance en el desarrollo de estas competencias, que había mejorado hasta el 2013, estaba relativamente estancado en los años anteriores a la sindemia. (UNESCO, UNICEF, 2021).

En los resultados de las pruebas del Programa Internacional de Evaluación de los Alumnos (PISA 2018), que se rea-

lizaron en 10 países de la región (incluyendo los países del estudio, excepto Ecuador), el 75 % de los estudiantes de 15 años no alcanzó el nivel básico de rendimiento en matemáticas y cerca del 50 % no alcanzó el nivel básico de rendimiento en lectura y en ciencias, estando estos resultados bastante por debajo del nivel promedio de la OCDE (ver gráfico).

Gráfico 6. Porcentaje de estudiante que alcanza el nivel 2 o mayor en las pruebas pisa 2018 en ciencias, matemáticas y lectura



Fuente: Educación en tiempos de pandemia. Una oportunidad para transformar los sistemas educativos en América Latina y el Caribe (CEPAL, 2022).

Al comparar los resultados encontrados, nuestros estudiantes estarían cerca de 3 años por debajo en el desempeño en matemáticas, lectura y ciencias, que los estudiantes de los países de la OCDE (Huepe, Palma y Trucco, 2022). Tres países del estudio (Perú, Chile y Colombia) mostraban una ligera mejoría frente a resultados anteriores, mientras que dos países (Argentina y Uruguay) permanecieron estables en sus resultados (UNESCO-UNICEF, 2021).

Se encontraron, en las citadas pruebas, brechas significativas entre los países de América Latina, que pueden llegar a ser, en el caso de las pruebas PISA 2018, de tres años de diferencia de escolaridad en el desempeño en sus resultados. Situación similar ocurre al interior de los países, el porcentaje de estudiantes que alcanza un nivel 2 o mayor es más del doble entre los estudiantes del nivel socioeconómico 4 y el nivel socioeconómico 1 (65% Vs. 29.5%), variando estos resultados entre los diferentes países. Se encontraron igualmente diferencias significativas entre colegios privados y colegios públicos y entre colegios urbanos y rurales.

A lo anterior hay que sumar que antes de la sindemia, solo el 78.26 % de los estudiantes en la región terminaban la educación básica secundaria y solamente 62.16 % terminaban la secundaria, promedios que ocultan grandes diferencias entre países, así como entre sexos, procedencia rural o urbana y percentiles socioeconómicos (García, 2020).

Se puede decir, entonces: "Antes de que la pandemia del COVID-19 azotara la región, América Latina y el Caribe ya sufría una profunda crisis educativa" (Banco Mundial, UNICEF, UNESCO, 2022, p. 67). Afirmación que se reitera en la publicación conjunta del Banco Mundial, UNICEF, FCDO, USAID, la Fundación Bill y Melinda Gates, y en asociación con la UNESCO (Banco Mundial, 2022). Este nuevo informe enfatiza que los cierres de escuelas relacionados con la pandemia COVID-19 y otras problemáticas han aumentado drásticamente la pobreza de aprendizaje, una medida de las niñas y los niños que a los 10 años no pueden leer y comprender un texto sencillo. El cierre prolongado de escuelas, la disminución de ingresos, y las consecuencias de la sindemia COVID-19 tuvieron el mayor impacto en la pobreza de aprendizaje en América Latina y el Caribe, con un 80 % de niñas y niños que no pueden entender un texto escrito simple, en comparación con alrededor del 50 % antes de la pandemia.

Estas situaciones pueden llevar a dos tipos de pérdidas del aprendizaje: el "aprendizaje olvidado"' y el "aprendizaje no logrado". Se calcula que la suma de las dos lleva a pérdidas de aprendizaje muy altas, más graves en estudiantes de menor edad.

En los estudios del Banco Mundial y otros, se afirma que los resultados de los estudiantes que no obtienen un nivel básico de rendimiento en las pruebas PISA podría pasar del 55 % al 71 %, e igualmente que la brecha en estos resultados entre estratos socioeconómicos podría aumentar hasta en un 12 %. Igualmente calculó que las pérdidas podrían ser equivalente a 1.3 años de escolaridad, ajustados por calidad de aprendizaje (Banco Mundial, 2021).

En el estudio: Dos años después: Salvando a una generación (Banco Mundial, UNICEF, UNESCO, 2022) se habla de una "catástrofe educativa", pérdidas del aprendizaje muy altas, mayores en los primeros grados y la población en condición socioeconómica más baja. Se estima que habría una pérdida de entre 1 y 1.8 años de escolaridad ajustada por aprendizaje, los países tendrían peores puntajes en las pruebas del Estudio Regional Comparativo y Explicativo (ERCE) que, en el año 2013, se afectarían prácticamente todas competencias, se aumentarían las inequidades educativas. La región presentaría el mayor aumento en la pobreza de aprendizaje del mundo (23 %).

2.5.4 Derecho al desarrollo infantil

La región ha tenido los cierres más prolongados de centros de atención a la primera infancia, los centros preescolares de América Latina y el Caribe para niñas y niños de 3 a 5 años cerraron total o parcialmente un promedio de 76.4 semanas, lo que quiere decir que entre marzo de 2020 y octubre de 2021 las niñas y los niños asistieron menos de una cuarta parte del tiempo que deberían haberlo hecho a estos centros (BID, 2022).

También se interrumpieron los diferentes programas domiciliarios que benefician a niñas y niños desde la gestación. Por otra parte, disminuyó la asistencia a controles de crecimiento y desarrollo, perdiéndose oportunidades para la evaluación de este, la detección temprana de posibles afectaciones y la promoción de una adecuada estimulación.

Durante ese tiempo niñas y niños permanecieron al cuidado de sus madres, padres o de otros cuidadores, que podían ser adultos u otras niñas, niños y adolescentes. Los padres, pero sobre todo las madres que estuvieron en casa con sus hijos e hijas estaban con frecuencia bajo la presión de una triple carga: el trabajo virtual, el cuidado de la casa, la educación y la crianza.

Como lo alertaron desde un principio los expertos, estos cambios incidirían en el desarrollo de la generación de niñas y

niños que nacieron durante la sindemia o en los años anteriores. Se han realizado estudios en otros contextos y en la región sobre estos efectos (Guerrero, 2021).

En los países del estudio se encontraron algunas investigaciones que evidencian estos impactos:

Un estudio en Uruguay evidenció, en niñas y niños de 4 a 6 años, un impacto negativo en el desarrollo en las cuatro áreas que fueron evaluadas, mayor en el área motora (37 % menos que en población similar previa a la sindemia) y en el área cognitiva (25 % menos que en población similar previa a la pandemia). En este último caso con mayor efecto en habilidades lógico - matemáticas, lenguajes y discernimiento y menor impacto en el funcionamiento ejecutivo. Se encontró un menor efecto en las áreas de desarrollo socioemocional y disposición al aprendizaje (González, et al., 2022).

En un estudio en Chile con niñas y niños entre 3 y 4 años encontraron afectaciones en el desarrollo general, el desarrollo del lenguaje y socioemocional y no se encontraron diferencias en el desarrollo de las funciones ejecutivas. El mayor impacto encontrado fue en el desarrollo del lenguaje, equivalente a 0.25 desviaciones estándar menos que los resultados del estudio nacional de desarrollo de 2017, esto equivale a la diferencia que hay cuando se tiene una madre con cinco grados menos de estudio (Abufhele, Bravo, Lopez-Boo, & Soto-Ramirez, 2021).

En un estudio en Perú, con madres y padres de niñas y niños de primera infancia, se encontró que 44.6 % de las madres y los padres refirieron preocupaciones por el aprendizaje o el desarrollo de sus hijos e hijas (Fundación Baltazar Garzón-PUCP-COPERA Infancia, 2021):

- 33.5 % manifestaron estar muy preocupados por el aprendizaje o desarrollo.
- 46.7 % manifestaron preocupaciones por su comportamiento.
- 45.7 % manifestaron que no manejaba bien el cuidado y la crianza.
- 38 % expresó que desde el inicio de la pandemia era más difícil ser cuidador de un niño o niña debido al trabajo y estudio en casa.

Si bien no hay estudios nacionales o de grandes poblaciones que evalúen los impactos en el desarrollo infantil de la sindemia, sí hay evidencias en los estudios referidos y otros trabajos en la región (ver capítulos de los países) y en el mundo, que muestran que en las niñas y los niños preescolares hay impactos en su desarrollo que pueden afectar su aprendizaje, rendimiento escolar y desempeño social y laboral futuro.

2.5.5 Derecho a la protección

El derecho a la protección de NNA enfrenta grandes dificultades, entre las que se destacan la escasa cobertura de los sistemas (contributivos y no contributivos) de protección social vigentes en los países que aquí estamos considerando (ver la siguiente tabla).

Tabla 19. Hogares con NNA y con jefe de hogar activo/a según acceso a protección social 2018

Países	Con protección mixta	Con protección no contributiva	Con protección contributiva	Sin protección
Argentina	6	21	51	21
Chile	19	14	52	15
Colombia	3	16	37	44
Ecuador	5	12	42	41
Perú	0	17	24	58
Uruguay	15	15	63	7

Fuente: Adaptado de Los impactos de la Pandemia sobre la Salud y el Bienestar de NNA en ALC: la urgencia de avanzar hacia sistemas de protección social sensibles a los derechos de la niñez (Castillo y Marinho. CEPAL, 2022).

Como puede apreciarse, los mayores niveles de protección contributiva se dan en los tres países: Chile, Uruguay y Argentina. Particularmente preocupantes son los elevados porcentajes de población que no tiene ninguna protección, situación particularmente grave en el caso de Perú, Colombia y Ecuador. En contraste, los porcentajes de población sin protección son más bajos en Chile, Argentina y Uruguay (Castillo & Marinho, 2022).

Esto, a su vez, se relaciona con el gasto social en los seis países aquí considerados, esfera en la cual —de nuevo— la situación muestra cifras más elevadas en Chile, Uruguay y Argentina.

Tabla 20. Gasto social global en seis países de Suramérica (2019-2020)

Países	Como % del PIB		En dólares constantes de 2010	
	2019	2020	2019	2020
Argentina	13.0	17.2	1.278	1.492
Chile	17.3	20.2	2.584	2.965
Colombia	12.5	15.5	976	1.103
Ecuador	10.5	11.7	534	533
Perú	11.0	13.4	726	792
Uruguay	16.2	16.7	2.578	2.543

Fuente: Adaptado de Panorama Social de América Latina 2021 (CEPAL, 2022).

Por su parte, la distribución de dicho gasto social también es dispar entre países. Así, mientras que la inversión en "protección social" es elevada en Argentina y más baja en Ecuador y Perú (con niveles intermedios en Colombia, Chile y Uruguay), el gasto social en educación y salud es muy bajo en Argentina, en relación con el resto de los países donde los porcentajes respectivos son relativamente similares.

Los otros tres rubros muestran asignaciones más bajas en todos los casos, especialmente en lo que atañe a recreación, cultura y religión y a la protección del medio ambiente. La Tabla 21 muestra los datos correspondientes al bienio 2019 – 2020.

Tabla 21. Gasto social en seis países de Suramérica (2019-2020) por funciones del gasto

Países	Protección Social	Educación	Salud	Vivienda y servicios comunitarios	Recreación, cultura y religión	Protección del medio ambiente
Argentina	83.0	7.0	7.2	2.5	0.0	0.4
Chile	40.2	26.8	29.9	1.7	0.8	0.5
Colombia	48.3	23.5	24.8	2.0	1.0	0.4
Ecuador	34.0	35.7	23.4	4.7	1.2	1.0
Perú	31.4	30.3	25.3	3.5	1.7	7.8
Uruguay	46.0	27.9	21.9	2.9	1.1	0.2

Fuente: Adaptado de Panorama Social de América Latina 2021 (CEPAL, 2022).

En este marco general, se destacan dos áreas particularmente graves de desprotección de NNA: (i) las violencias, en particular la violencia sexual y (ii) la explotación laboral.

• DERECHO A VIVIR LIBRES DE VIOLENCIAS

América Latina y el Caribe es una región con una compleja situación de violencias, aquí se producen el 44 % de los homicidios, a pesar de que solo habita el 8 % de la población. La región tiene una alta incidencia de fenómenos como el feminicidio, la violencia urbana, el secuestro, la justicia por la propia mano y el maltrato físico, sexual, psicológico y abandono de NNA. La violencia contra los niños, niñas y adolescentes está generalizada en todos los países de América Latina y el Caribe, en donde se ha medido una revisión sistemática de la información sobre violencia contra NNA en la región (Universidad de Edimburgo, 2021).

El mismo estudio encuentra que entre los diferentes tipos de violencia la más frecuente es la agresión psicológica, con 54 % en promedio, le sigue la violencia física con un 31 % (al preguntar directamente por castigo la tasa sube cerca del 42 %), la violencia sexual con un 14 % y la violencia emocional con un 13 %. Todos estos datos tienen rangos importantes de variación entre los países. El promedio general de uso de disciplina violenta es del 61 % (Universidad de Edimburgo, 2021).

El acoso escolar tiene una prevalencia estimada en la región del 26 %, con grandes variaciones entre los diferentes países. La violencia en la comunidad es alta, siendo el

territorio con el mayor número de lesiones y homicidios en menores de 18 años (la tasa es cuatro veces mayor que la tasa mundial de homicidios). Entre el 15 y el 20 % de las adolescentes que alguna vez han tenido pareja reportaron violencia emocional y 4 % violencia sexual. Cerca de un tercio de las niñas y los niños manifestaron que habían recibido virtualmente mensajes desagradables o hirientes durante el último mes (Universidad de Edimburgo, 2021).

Por lo menos una tercera parte de NNA experimentan la polivictimización, viviendo dos o más de estas formas de violencia, lo cual agrava el problema y sus consecuencias a corto y largo plazo.

A este marco general se suman los estudios sobre el impacto de la sindemia en NNA. Los informes disponibles (CEPAL, UNICEF, 2020) muestran que problemas estructurales de larga data se vieron amplificados por el impacto de la pandemia, en la medida en que ha exacerbado los factores de riesgo:

> En las condiciones actuales, niñas, niños y adolescentes de la región están más expuestos que nunca a ser víctimas de violencia física o psicológica grave (como, por ejemplo, el uso del castigo físico y humillante como práctica de crianza), negligencia, violencia sexual y violencia en línea.
>
> La convergencia de estos factores genera a su vez condiciones para que los casos de violencia física, sexual y psicológica aumenten aún más. El aumento de los factores de estrés, como los socioeconómicos y los relacionados con la vida familiar en aislamiento, tienen consecuencias psicológicas que pueden sobrecargar a las personas adultas, afectar su habilidad para responder a las necesidades de niñas, niños y adolescentes, y llevarlos a responder de forma agresiva.
>
> En el marco de esta crisis, existen dos grandes amplificadores de riesgo de la violencia sexual: el cierre o reducción de la atención presencial en los entornos habituales de detección de casos, como las escuelas y los centros de salud, y el incremento de las horas que niñas, niños y adolescentes y los agresores pasan conectados en línea [...]. (CEPAL, UNICEF, 2020, p. 7)

Desde el inicio de la sindemia, diferentes organizaciones alertaron de los riesgos de que se aumentaría la violencia en los entornos familiares, ya sea porque no eran seguros o porque se tornaron así ante las condiciones de hambre, desempleo, tensión y estrés vividas por las familias. World Vision (2020) habló del riesgo de que la violencia contra la infancia se aumentará entre un 20 y un 32 %.

Otro factor que incidió en el aumento de las violencias fue el cierre de los servicios de protección social y, específicamente de protección de la niñez y la adolescencia, o su paso a la virtualidad, y el hecho de que los equipos de campo de estas instituciones tuvieron limitaciones para desplazarse a los lugares donde se presentaban las denuncias.

También se planteó el aumento del riesgo de la violencia sexual, dado el mayor tiempo de convivencia con los potenciales abusadores, así como el mayor tiempo de permanencia en internet y la mayor actividad de los abusadores en la red.

El Instituto Interamericano del Niño (2021) realizó por vía virtual una encuesta a adolescentes de la región que integran grupos organizados o redes de NNA, acerca de sus percepciones sobre la violencia contra NNA en esos momentos. Entre sus resultados llaman la atención lo siguiente:

- La forma de violencia que más perciben es la física (76 %), seguida por la psicológica (68 %), la sexual (52 %), la emocional (50 %), la de género (42 %), la económica (25 %), la laboral (21 %) y la institucional (15 %).

- Los ámbitos en que más perciben violencia son: ámbito familiar (60 %); ámbito escolar (58 %); espacios públicos (42 %), entorno virtual (34 %) e instituciones públicas (25 %).

- Consideran que el ámbito en que más violencia se ejerce es en la familia (54 %), seguido por la escuela (19 %), los espacios públicos (15 %), el ámbito virtual (6 %) y las instituciones públicas (6 %).

- En respuesta a la pregunta sobre su percepción de violencia en los espacios virtuales se presentó: el 50 % dijo que sí y el 50 % que no.

- A la pregunta sobre si sentían que los espacios virtuales eran seguros, 77 % contestó que no.

- A la pregunta sobre los factores que consideran incrementan el riesgo de sufrir violencia como NNA respondieron: Tener alguna discapacidad (65 %), orientación sexual (63 %), ser pobre (60 %), estar en situación de calle (56 %), género (56 %), ser migrante (47 %), tener padres con enfermedades mentales (45 %), ser de un pueblo originario (40 %), no estudiar (34 %), vivir en zona rural (29 %), tener una familia reconstituida (27 %) y ser un NNA institucionalizado (25 %).

En el caso de los países del estudio se evidenció un aumento de la violencia física y al abuso sexual, que se fue haciendo progresivamente más evidente al disminuirse las restricciones de movilidad y reabrirse los servicios.

Teniendo en cuenta este panorama, es importante actuar ya. Sobre el qué hacer, vale rescatar lo que dicen adolescentes que respondieron a la pregunta sobre cuáles eran, desde su perspectiva, las acciones que pueden prevenir y erradicar la violencia contra la niñez y adolescencia. Sus respuestas fueron (Instituto Interamericano del Niño, 2021):

- Promover los derechos de niñas, niños y adolescentes (70 %).
- Educación familiar respecto a temas de violencia e involucramiento en ellos (64 %).
- Educar a los adultos que están en contacto con la niñez y la adolescencia (64 %).
- Explicar a los niños, niñas y adolescentes los canales de denuncia (64 %).
- Mejorar la comunicación entre los adultos y los niños, niñas y adolescentes (63 %).
- Sancionar a quienes no cumplan con los derechos de la infancia y adolescencia (61 %).
- Consultar a los niños, niñas y adolescentes cómo atender los temas de violencia (51 %).
- Exigir el cumplimiento de las normas existentes en el tema de violencia (50 %).
- Crear un instrumento interamericano específico para la atención de violencia contra los niños, niñas y adolescentes (49 %).
- Prohibir por ley el castigo físico y psicológico (47 %).
- Destinar mayor presupuesto a la infancia (38 %).

• DERECHO A ERRADICAR EL TRABAJO INFANTIL

En paralelo, otro gran problema en el campo de la protección es el vinculado con el trabajo infantil (TI). La sindemia aumentó la deserción escolar, así como la pobreza; con ello se acrecentó el riesgo de explotación laboral y explotación sexual de NNA. Quienes desertaron de la escuela vinieron a aumentar las preocupantes tasas de trabajo infantil que tiene la región, como lo expresa el estudio Trabajo infantil: estimaciones mundiales 2020, tendencias y camino a seguir de la OIT y UNICEF (2021):

> La pandemia ha puesto claramente de relieve el riesgo de trabajo infantil, ante todo por el fuerte incremento de la pobreza que puede dar lugar a que las familias dependan en mayor grado del trabajo infantil, y por los cierres de las escuelas que deniegan a las familias una alternativa lógica para evitar a sus hijos a trabajar. (p. 7)

En América Latina y el Caribe, las estimaciones correspondientes a 2020 indican que hay 8.2 millones de NNA involucrados en el TI, es decir, el 6 % del total del respectivo grupo de edad (5 a 17 años). Las estimaciones de la (OIT, UNICEF, 2021) indican que, si se mantienen los progresos logrados entre 2008 y 2016, esa cantidad podría bajar hasta ubicarse en 6.6 millones en 2025 y en 5.3 millones en 2030, pero la situación podría empeorar si dichos logros no se mantienen.

Aún en el escenario "optimista", estaríamos lejos de las metas fijadas en el ODS 8: Trabajo decente y crecimiento económico (2015), en particular en la meta 8.7 que establece:

> Adoptar medidas inmediatas y eficaces para erradicar el trabajo forzoso, poner fin a las formas contemporáneas de esclavitud y la trata de personas y asegurar la prohibición y eliminación de las peores formas de trabajo infantil, incluidos el reclutamiento y la utilización de niños soldados, y, de aquí a 2025, poner fin al trabajo infantil en todas sus formas. (Naciones Unidas, 2015, p. 9)

Por ello, la OIT y UNICEF advierten que, para lograr estas metas, la tasa anual de reducción del TI debería ubicarse en el 35.8 % al 2025 y al 17.8 % al 2030 (la tasa observada entre 2008 y 2016 fue del 4 %).

Aunque no se dispone de cifras actualizadas en este campo, datos de Colombia y Ecuador permiten realizar algunos comentarios, particularmente centrados en el impacto de la sindemia. Así, un informe especial del DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística de Colombia) muestra que, si bien el trabajo infantil ampliado (incluye trabajo doméstico) aumentó en el año 2020, con respecto al 2019, el resto del trabajo infantil disminuyó en 2020 y 2021, continuando una tendencia que se venía verificando desde 2012 (DANE, 2021).

Este descenso se ha producido en ambos sexos, pero mantiene las diferencias correspondientes, que indican que el TI (estrictamente considerado) es más amplio entre varones que entre mujeres, mientras que, si se incluyen las tareas domésticas, el trabajo infantil ampliado es mayor entre las mujeres (lo que a su vez repercute en el aumento de las tasas globales, pero manteniendo la tendencia descendente a lo largo del período de tiempo considerado).

Por su parte, el TI también disminuyó en los dos grandes grupos de edades utilizados en este tipo de mediciones, esto es, tanto en el grupo de niños y niñas (entre 5 y 14 años) como en el grupo de adolescentes (entre 15 y 17 años).

En el grupo entre 5 y 14 años la proporción de niños y niñas que trabaja pasó del 5.8 % en 2012, a 4.3 % en 2016 y a 2.7 % en 2019, bajando aún más en 2020 (a 2.6 %) y en 2021 (a 2.1 %).

En el grupo de adolescentes (15 y 17 años), las cifras pasaron del 23.9 % en 2012, a 19.5 % en 2016 y a 15.5 % en 2019, bajando en 2020 (a 13.2 %) y subiendo en 2021 (a 13.9 %).

En el caso del Ecuador, por su parte, la información que brindan las Encuestas de Empleo, Desempleo y Subempleo (EMENDU) del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, UNICEF, 2021) de estos últimos años, es relevante. Así, tomando al grupo de NNA como conjunto (entre 5 y 17 años), puede

constatarse que el cruce entre trabajo infantil y asistencia escolar no ha tenido grandes variantes entre 2017 y 2021, lo que estaría indicando que, en general, la pandemia no ha tenido impactos significativos en este campo.

Cuando se desagrega la información, por área de residencia y por sexo, concentrando la mirada exclusivamente en NNA que trabajan, pueden constatarse algunas diferencias relevantes, tanto entre variables como en el recorrido en el tiempo (INEC, UNICEF, 2021).

Tabla 22. Trabajo infantil de NNA entre 5 y 17 años en Ecuador, por área de residencia y sexo (%)

Área urbana o rural	2017	2018	2019	2020	2021
Total	8.4	8.0	10.4	8.8	13.0
Área Urbana	3.2	2.5	1.9	2.3	3.1
Área Rural	17.9	17.6	25.5	20.4	30.8
Hombres	10.0	9.2	12.1	10.7	14.4
Mujeres	6.7	6.9	8.7	6.7	11.2

Fuente: Trabajo infantil de NNA entre 5 y 17 Años en Ecuador, por área de residencia y sexo (Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional y UNICEF Ecuador, 2021).

Como puede apreciarse, las cifras referidas al trabajo infantil rural son elevadísimas y crecientes, mientras que las diferencias de género son más acotadas. En cualquier caso, el impacto del COVID-19 no aparece tan claro en 2020, pero sí en 2021, dado el crecimiento de las cifras correspondientes. Estas tendencias se registran tanto en el grupo de 5 a 14 años como en el de 15 a 17 años, aunque con matices significativos.

Así, mientras que las cifras de 2020 muestran un descenso entre niñas y niños de hasta 14 años, se verifica lo contrario en el grupo de adolescentes. En cambio, las cifras de 2021 muestran un marcado crecimiento en ambos grupos de edad, duplicando las tasas del año anterior en el primer grupo, en tanto el aumento entre las y los adolescentes es más acotado

Complementariamente, preocupa también la explotación sexual y comercial, cuyas víctimas son mayoritariamente mujeres, con porcentajes también relevantes de NNA, afectados/as por abuso sexual (mayoritariamente de parte de familiares y personas allegadas) en un campo donde las mediciones son muy parciales y con una "cifra

negra" muy abultada: apenas tres de cada diez casos son denunciados, y de estos, apenas 15 a 20 % son tramitados como corresponde.

Estas formas de violencia contra NNA, generalmente se agrupan en la categoría de "trata de personas", bajo diferentes modalidades a través de las cuales se concreta, en función de los fines correspondientes, distinguiéndose, en general, cinco particularmente relevantes y que cuentan con importantes especificidades: (i) explotación laboral; (ii) mendicidad; (iii) servidumbre y prácticas análogas a la esclavitud; (iv) delictivos; y (v) matrimonio servil.

En este sentido, en la trata de personas con fines de explotación sexual, NNA son utilizados en la prostitución, el turismo sexual y la pornografía. En este marco, se controla el desplazamiento, horario, tarifas, clientes y servicios que debe prestar la víctima, no se tiene acceso al dinero producido y no se respetan los derechos sexuales y reproductivos de las víctimas. Por su parte, la trata vinculada con matrimonios forzados se centra en el establecimiento forzado de una relación de pareja, que ocurre con mayor frecuencia cuando se realiza con un NNA o con una persona ajena al contexto cultural. En estos casos el cónyuge es utilizado en servidumbre doméstica, explotación sexual por parte de terceros, o procreación.

Por todo lo dicho, estamos ante otro campo (el de la protección integral) en el que, a futuro, también habrá que ampliar y consolidar la presencia del Estado, asumiendo sus responsabilidades en estas materias, tanto en el marco de los sistemas de protección social más amplios, como con las herramientas más concretas disponibles en el campo más específicamente centrado en NNA.

2.5.6 Derecho a la participación

Finalmente, importa retomar tres esferas analizadas en nuestros informes nacionales, en relación con el derecho a la participación: (i) derecho a ser escuchados, (ii) derecho a que su opinión sea tenida en cuenta, y (iii) derecho a la participación en la dinámica social y política de nuestras sociedades.

Se trata de esferas en las que se cuenta con experiencias significativas pero escasa información sistematizada y posible de ser comparada, en un campo en el que las situaciones específicas varían entre niñas y niños, por un lado, y adolescentes por el otro.

En los seis países del estudio ha habido y hay iniciativas (de instancias gubernamentales, de organizaciones sociales, de organismos internacionales y regionales, entre otros) que incluyen o promueven la participación de NNA, tanto en el nivel nacional como en los niveles locales.

La mayor parte de estas iniciativas han trabajado en al menos tres esferas: (i) tratar de "darle voz a NNA" en espacios en que sea posible; (ii) realización de encuestas con NNA y (iii) promover y apoyar experiencias, por ejemplo, en el contexto escolar y redes de comunicadores infantiles.

Diversas experiencias han sido impulsadas por instituciones gubernamentales en asocio con organizaciones de la

sociedad civil, esfera en la cual se ha destacado la labor de los Comités Nacionales sobre Derechos del Niño (CND), los Consejos Consultivos de NNA, y las redes de promoción de derechos de la niñez y la adolescencia, entre otras instancias.

- Se muestra a continuación aspectos destacados en los informes de los países para el presente estudio:

- En el informe de Argentina (Garategaray, López-Casariego, Hammermúller, & Mercer, 2022), se argumenta que el derecho a la participación de NNA tiene jerarquía constitucional a partir de la CDN y es reforzado en numerosas legislaciones nacionales y jurisdiccionales. No obstante, su implementación se tensiona con posturas tutelares y adultocéntricas. El informe presenta, entre otras, formas de participación como las siguientes:

  - Derecho a la decisión sobre la salud y la vida: se alude a normas, parcialmente, resistidas por trabajadores de salud y en tensión con perspectivas adultocéntricas y tutelares en la cotidianeidad de las prácticas de salud. Se recalca la participación de adolescentes en movimientos feministas y transfeministas, que reconocen las militancias por las diversidades de géneros y corporales, antirracistas. El uso de las redes sociales es una importante modalidad de participación política y social de adolescentes.

  - Derecho a la participación política: en el año 2012 se sancionó el derecho al voto no obligatorio para adolescentes de 16 y 17 años. El registro de la participación adolescente se ha incrementado paulatinamente. Se subraya que en la pandemia se gestaron otras formas de participación como expresión de la lucha por la democracia. No obstante, la participación de organizaciones estudiantiles se vio acotada a partir de las políticas de restricción de la presencialidad y la circulación de la población.

  - La participación de NNA: en el contexto escolar es donde se manifiesta una mayor participación. En el marco de la pandemia COVID-19, la ciudadanía digital se ha vuelto clave. NNA sin acceso a internet y sin dispositivos digitales se vieron excluidos y con grandes obstáculos para el ejercicio de sus derechos.

- En el informe de Chile (Silva, Bórquez, Rost, & Bozo, 2022) se señala algunos estudios respecto del derecho a la participación:

- Encuesta Nacional de Juventud, realizada por el Instituto Nacional de la Juventud (INJUV, 2018): es un instrumento con alcance nacional que recoge opiniones de adolescentes y jóvenes entre 15 y 29 años de edad. Se encontró que el 82 % de adolescentes estaban nada o poco interesado en la política. Sin embargo, fueron las y los adolescentes participantes activos de los movimientos sociales vinculados al estallido social en octubre de 2019.

- Estudio realizado por la Defensoría de la Niñez (2020): con una muestra de 7081 NNA de 10 a 17 años encontró que el 70.5 % está de acuerdo: "cuando los niños y niñas se organizan pueden cambiar las cosas que no les gustan". Un 49.6 % considera que nunca ha participado en actividades que se realizan en sus barrios y/o condominios, y un 38.3 % participa de instancia de decisión a través del voto u otro método en su comuna o colegio. Otras formas de participación y sugerencias de NNA se explican en el capítulo de Chile.

Cabe señalar que, en Chile los Consejos Consultivos Comunales promueven la participación de NNA dentro de su territorio local y buscan incluir la opinión de NNA en decisiones que tengan impacto en su comunidad, identificar problemáticas que son de su interés y les afectan directamente, e incentivar su participación en espacios formales.

En el informe de Colombia (Durán, Mesa, & Gutiérrez, 2022), se enfatiza que en las últimas décadas hay un mayor reconocimiento de la participación de NNA, principalmente en el contexto familiar, en las instituciones educativas y en menor medida en el contexto político y social. Se anota que se expiden normas o se escriben extensos documentos sobre participación de NNA, pero esa participación es con frecuencia manejada por los adultos.

Asimismo, se presentan resultados de estudios que han consultado a NNA, en los cuales se encuentra que a nivel institucional y social han sido escuchados en momentos coyunturales, pero su voz muy pocas veces llega directamente a los espacios decisorios.

Al levantarse el confinamiento, se han reactivado algunos procesos de participación a nivel institucional y social, entre los que está el proceso desarrollado en alianza por los Ministerios de Educación y de Salud y Protección Social, para consultar la opinión de NNA en torno al nuevo Plan decenal de salud pública. También se han reactivado los organismos de gobierno escolar y espacios de participación entorno a las políticas, como por ejemplo la Política decenal de infancia y adolescencia de Bogotá.

En el informe de Ecuador (Rodríguez & Escobar, 2022), se presentan datos del estudio Situación de la niñez y adolescencia SITAN 2019 de UNICEF, que muestra las opiniones de NNA vinculadas con ser escuchados en los gobiernos estudiantiles y en el hogar, la pertenencia a colectivos sociales y la participación política en procesos electorales. Se argumenta que el presupuesto para promover la participación en escuelas y comunidades es bajo y predomina la perspectiva adultocéntrica:

> La participación está limitada a los beneficios e intereses adultocéntricos en los diferentes espacios donde se desarrollan los niños, niñas y adolescentes —el hogar, la escuela, la comunidad, entre otros—, lo que ha provocado su antipatía para expresar opiniones y vincularse a movimientos sociales, políticos, culturales o deportivos. La participación de la niñez y adolescencia está restringida a procesos que no inciden directamente en el desarrollo de las políticas públicas. Se desarrolla, por ende, un tipo de participación simbólica [...] no existen políticas específicas que promuevan y garanticen la participación de niños, niñas y adolescentes en los planes y programas de desarrollo nacional ni local. (Rodríguez & Escobar, 2022, p. 31)

En el informe de Perú (Calle & Pineda, 2022), se hace hincapié en la Política Nacional Multisectorial para las Niñas, Niños y Adolescentes al 2030, orientada a aumentar los niveles de participación de NNA tanto a nivel social y político, como en la toma de decisiones de políticas. Se destacan los esfuerzos orientados a promover espacios de participación de NNA en la toma de decisiones de políticas públicas en todos los niveles de gobierno. Por ejemplo, la experiencia del Consejo Nacional Consultivo de NNA, que ha logrado mantener activa una amplia red de espacios participativos (701 a julio de 2022) a nivel distrital (569), provincial (106) y regional (26), en cuyo marco han participado miles de NNA (MIMP, 2021).

Recuadro 1. Consejos Consultivos de Niñas Niños y Adolescentes en el Perú

Es un espacio de participación de carácter consultivo conformado por niñas, niños y adolescentes entre los 9 y 17 años que contribuye con autoridades del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables a nivel nacional, así como autoridades locales. Su objetivo es participar en la formulación de políticas públicas en materia de niñez y adolescencia.

Funciones:

- Elaborar y presentar propuestas de políticas en materia de niñez y adolescencia ante la Dirección General de Niñas, Niños y Adolescentes.
- Emitir opiniones sobre las consultas que se realicen en políticas sobre niñez y adolescencia.
- Vigilar y exigir el cumplimiento de derechos y políticas aplicadas por las instituciones u organismos que trabajen la temática de niñez y adolescencia.
- Vigilar toda propuesta de política pública que los afecte.
- Elevar propuestas en materia de niñez y adolescencia.
- Promover los derechos de las niñas, niños y adolescentes en coordinación con los Gobiernos regionales y locales.

Fuente: Consejos Consultivos de Niñas Niños y Adolescentes. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP, 2022).

En el capítulo de Uruguay (Rodríguez, Garibotto, & De Souza, 2022), se hace hincapié en que uno de los mecanismos más utilizados para "escuchar" a NNA ha sido la aplicación de cuestionarios, ya sea a través de encuestas generales representativas o aplicados a grupos específicos. Se presenta como ejemplo estudios con adolescentes en conflicto con la ley.

Se mencionan los procesos impulsados por el Comité de los Derechos del Niño, una coalición de organismos no gubernamentales, sociales y culturales creados en el año 1991.

Entre sus actividades recientes y desplegadas en el marco del Proyecto "Más Derechos" se mencionan:

- Programa de ciberactivismo y competencias digitales (mayo de 2020).
- Conversatorio sobre "infancias y adolescencias en cuarentena" (diciembre de 2020).
- Conversatorio "cortemos por lo sano: desmedicalizar y despatologizar a adolescentes y jóvenes" (abril de 2021).

En cuanto al análisis de la participación de NNA en los seis países, los resultados obtenidos han sido, en general, relevantes pero acotados a la vez. Significativos, en la medida en que contribuyen al empoderamiento de NNA, pero también limitados, en la medida en que muchas iniciativas no logran incidir en las transformaciones básicas correspondientes.

En conclusión, es prioridad realizar la sistematización de experiencias y analizar cómo se entiende la participación de NNA, de qué manera responde a un modelo de democracia participativa o restringida. Asimismo, se debe estudiar cuáles experiencias son dirigidas y orientadas por adultos, y cuáles han sido gestadas desde la propia lógica de los NNA, y si sus opiniones son tenidas en cuenta en la toma de decisiones.

Las encuestas de Latinobarómetro aplicadas en 2015 y 2020, han mostrado que cuando se le pregunta a quienes se encuesta sobre qué es más efectivo entre "votar" y "protestar" (con sus respectivas combinaciones), las respuestas de adolescentes y jóvenes (entre 15 y 24 años) son siempre mayoritarias en relación con la segunda opción más que con la primera, mientras que ocurre lo contrario con los mayores de esa edad. Estos resultados evidencian la poca credibilidad que tienen los y las más jóvenes en los mecanismos de participación formales de nuestras democracias.

La evolución en el tiempo, además, mostró que esto fue más acentuado en 2020 que en 2015, producto —muy posiblemente— del aumento de las medidas restrictivas de los

gobiernos nacionales y locales y de la invisibilización y acallamiento de las voces ciudadanas, en particular, de las nuevas generaciones en el periodo de la sindemia.

En su conjunto, además, estas consideraciones muestran la pertinencia y la relevancia de tratar de superar las limitaciones (cuantitativas y cualitativas) aludidas, que durante la pandemia se vieron agravadas (dado el cierre de muchos de los espacios de participación destacados) para que a futuro se pueda avanzar sustancialmente en el cumplimiento del derecho a la participación de NNA a todos los niveles.

2.6 Grupos poblacionales prioritarios

Si bien la sindemia tuvo efectos en la vida de todos los niños, niñas y adolescentes, en un contexto de desigualdades múltiples como el que se da en la región, los grupos en condición de mayor vulnerabilidad se vieron afectados de manera más crítica, como se puede ver en los tres grupos que se presentan en este aparte.

• NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES MIGRANTES

El desplazamiento masivo más grande en Suramérica en los últimos años, hacia los países vecinos, ha sido el de la población venezolana. A octubre de 2021, cerca de 6 millones de venezolanos/as estaban en condición de migrantes o refugiados y alrededor de 5 millones se habían dirigido hacia otros países de la región, la mayoría a Colombia, donde se estima que había 1.8 millones de dicho total, a mediados de 2022.

En este marco, un estudio reciente del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar muestra que —en 2020— el 36.3 % de la población migrante en Colombia estaba constituida por NNA. Algunos datos preocupantes son los siguientes (ICBF, 2022):

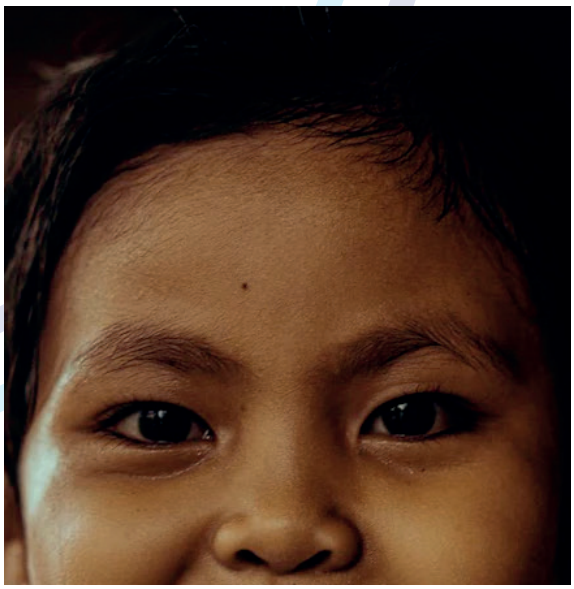
- Esta población mostraba una tasa de rezago escolar superior al 70 %, al tiempo que el 27 % estaba por fuera del sistema educativo.
- En pandemia, más del 90 % no utilizó computadoras o tabletas y 35 % no tuvo acceso a internet y por tanto a la educación virtual.
- El 55 % estaba por fuera de la cobertura del régimen de seguridad en salud y más del 20 % no contaba con esquema de vacunación completo.
- Las adolescentes migrantes que ya eran madres tuvieron su primer hijo en promedio a los 15 años, y la salud mental de este grupo poblacional se vio seriamente afectada por su condición de migrante y por el impacto de la pandemia.
- La atención de esta población por parte del ICBF (institución que se encarga de la protección de la infancia y la adolescencia) pasó de 9.170 casos en 2016 a 108.117 en 2021, esto es, un impresionante aumento del 1086 %.

Un informe del Banco Mundial destaca que desde 2015, 1.15 millones de venezolanos pasaron por Ecuador, en el marco de un "corredor humanitario" (era típicamente un "país de paso"), pero entre 2015 y 2019 cerca de 400 000 venezolanos decidieron quedarse en el país. Es una migración joven (más de la mitad tiene entre 19 y 35 años; 14.6 % eran menores de 18 años) casi tres quintos son hombres y la mayoría tiene educación secundaria en su haber educativo. Se han integrado muy precariamente al mercado laboral y más de la mitad no asiste a las escuelas (Banco Mundial, 2020).

En Perú, un estudio realizado por Acción contra el Hambre y financiado por la Unión Europea (2022) analizó el perfil de la "población refugiada y migrante venezolana que vive en Lima Metropolitana", se concluyó:

- La edad promedio es de 36.7 años; dos tercios tenían entre 25 y 40 años.
- 70.9 % eran mujeres.
- 50 % tenía estudios técnicos o universitarios.
- Solo el 21 % trabaja en una empresa privada o entidad pública que pueda garantizarle los derechos laborales (la mayoría trabajaba en la informalidad y 0.3 % no tenía empleo).
- 70.5 % de los hogares se encuentran en inseguridad alimentaria.
- 59.2 % viven en condiciones de hacinamiento.
- 65.2 % no cuenta con seguro de salud.
- 57.7 % de niños y niñas menores de 5 años no recibió vacunas.
- Un tercio de la población menor de 15 años presentó cambios emocionales importantes.

En Chile se reportó discriminación en el acceso a servicios de salud, aumento en el trabajo infantil y la violencia familiar, así como limitaciones de la población migrante para



acceder a educación virtual por no contar con dispositivos electrónicos y/o con conexión a internet. (Corporación Opción por los Derechos de Niños y Niñas, 2021)

Como se puede ver, si bien falta información sobre esta población, la situación de NNA migrantes es particularmente preocupante y plantea desafíos significativos y muy diversos, especialmente en el campo de la nutrición, la educación y la salud.

- **NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES INDÍGENAS**

En América Latina y el Caribe habitan casi 55 millones de personas pertenecientes a más de 800 pueblos indígenas, constituye el 8.5 % de la población; el 52 % de ellos ha migrado a los centros urbanos, sea porque han sido despojados de sus tierras, o porque los conflictos y la violencia, o el cambio climático y la afectación de su hábitat los han obligado a hacerlo, o simplemente porque van en busca de mejores oportunidades para ellos y sus hijos e hijas (Naciones Unidas, 2022).

El estudio Impacto del COVID-19 en los pueblos indígenas de América Latina-Abya Yala entre la invisibilización y la resistencia colectiva de la CEPAL, otras agencias de las Naciones Unidas y el FILAC (Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe) (2020), centrado en la evaluación del impacto del COVID-19 en los pueblos indígenas de América Latina analizó la situación de diferentes grupos específicos:

> En muchos países de la región, los niños indígenas se encuentran en una situación de alta vulnerabilidad, que en algunos países se ha convertido en una crisis humanitaria reconocida por los propios gobiernos nacionales (Argentina y Colombia, por ejemplo) ante las altísimas tasas de mortalidad infantil, los alarmantes niveles de desnutrición en contextos de inseguridad alimentaria, la precariedad en el acceso al agua y la alta prevalencia de las infecciones diarreicas. (CEPAL y otros, 2020, p. 36)

Si bien se trata de un segmento de la población menos expuesto a los riesgos de la pandemia, agrega el informe, se ve gravemente afectado por sus repercusiones socioeconómicas. Esas consecuencias se traducirán en un incremento significativo de la desnutrición infantil y en una mayor incorporación de NNA al mercado laboral, como una estrategia para asegurar la sobrevivencia familiar durante y después de la pandemia, entre otros factores.

Por eso, es necesario adoptar medidas especiales, para proteger a los NNA indígenas frente a la explotación económica y los trabajos que puedan resultar peligrosos o ser perjudiciales para su salud o desarrollo físico, mental y espiritual, en consonancia con las disposiciones de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas.

Cabe destacar que la modalidad de educación a través de canales virtuales pone en riesgo el acceso a una educación inclusiva, equitativa y de calidad para los estudiantes de los pueblos originarios. Una proporción extremadamente elevada de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes indígenas no cuentan con acceso a internet en el hogar, lo que generó una barrera para dar continuidad a los procesos educativos que llevaban.

En el caso particular de las niñas y las adolescentes indígenas, la carga de trabajo doméstico y de cuidados asumida durante la pandemia puede afectar su desempeño educativo. Igualmente, NNA indígenas también pueden enfrentarse a obstáculos diferenciados en ese ámbito, por tener que asumir un papel más importante en las actividades de subsistencia propias de las economías tradicionales indígenas. En ambos casos, esto puede convertirse en un obstáculo adicional a la hora de regresar a la escuela.

Además, es preciso tener en cuenta que, en el contexto de las medidas de educación remota aplicadas, se han acrecentado las limitaciones observadas ya antes de la pandemia, en lo que respecta a las estrategias de educación intercultural bilingüe que se vienen implantando en varios países de la región (CEPAL, et al., 2020).

Aunque no se cuenta con estudios específicos y actualizados en este sentido, las percepciones de quienes trabajan en este campo indican que todo este conjunto de limitaciones, identificadas al comienzo de

la pandemia, se fueron acentuando durante el desarrollo de esta, y se han transformado en serios y complejos desafíos presentes y futuros.

- **NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES AFRODESCENDIENTES**

En América Latina una de cada cinco personas es afrodescendiente, y en todos los países de la región en que se ha medido, con la excepción de Panamá, la pobreza y la pobreza extrema es mayor en esta población con respecto a la población no afrodescendiente, con una brecha que puede llegar a ser de más del doble en algunos países y con la característica de que esa diferencia se tiende a mantener e incluso a aumentar en los años previos al inicio de la pandemia.

Esta diferencia se ve reflejada en la calidad de las viviendas y en el acceso al agua potable y a servicios de alcantarillado, así como en una mortalidad infantil más alta y en mayor presencia de enfermedades infectocontagiosas, situaciones todas ellas que han incidido en los efectos tanto directos como indirectos de la sindemia (UNFPA-CEPAL, 2021).

En 2019, una entrega especial del Boletín Desafíos (UNICEF, CEPAL), estuvo dedicada al tema de los derechos de la infancia afrodescendiente en América Latina, en cuyo marco se informaba que el análisis de la situación de las niñas, niños y adolescentes afrodescendientes evidencia el entrecruzamiento de las desigualdades raciales y de aquellas basadas en la edad de las personas:

La evidencia señala significativas carencias, brechas y vulneraciones de derechos en áreas fundamentales del desarrollo y bienestar de este grupo, tanto en lo que se refiere a indicadores básicos de salud y nutrición, como en el acceso a la educación, a los servicios básicos de infraestructura y a la posibilidad de vivir una vida libre de violencia, en entornos seguros y con oportunidades efectivas de movilidad social ascendente y de realización personal. Aun considerando que las estadísticas disponibles son insuficientes para medir adecuadamente las desigualdades raciales en la mayoría de los países de América Latina y en todas las dimensiones del desarrollo social y de la agenda de derechos que debieran ser consideradas, los datos evidencian el largo camino que hay que recorrer para que los niños, niñas y adolescentes afrodescendientes no sean dejados atrás en la senda del desarrollo y para que sus derechos sean garantizados. (Abramo & Rangel, 2019, p. 1)

El informe Derechos económicos, sociales, culturales y ambientales de las personas afrodescendientes. Estándares Interamericanos para la prevención, combate y erradicación de la discriminación racial estructural (CIDH y OEA, 2021), señala el impacto desproporcionado de la pandemia del COVID-19 en las personas afrodescendientes, lo que ha afectado su derecho a la salud y de manera interdependiente y desproporcionada los demás derechos económicos, sociales, culturales y ambientales. No es el "ser afrodescendiente" lo que facilita el contagio del COVID-19, sino la discriminación estructural y sistemática, históricamente enfrentada por la población afrodescendiente, lo que la torna más vulnerable a la infección.

Los estudios encontrados sobre estos temas sirven para construir algunos parámetros centrales para caracterizar la particular situación de NNA afrodescendientes, al menos en algunos países de la región. Es el caso, por ejemplo, de un estudio de 2020 realizado por la CEPAL y el UNICEF en Uruguay[9], que aplicó un Índice de Privaciones Múltiples (IPM) a esta población, a partir de la revisión de cinco indicadores: hacinamiento, condiciones estructurales de vivienda, vida y salud, educación y confort; se encontró que la principal privación para NNA afrodescendientes en este país se refiere al indicador estructural de vivienda, seguido por el de hacinamiento y confort. Por su parte, las carencias en el plano educativo son mayores en adolescentes que en niños y niñas: "Durante el ciclo escolar las privaciones son prácticamente inexistentes; en la asistencia escolar casi no hay brechas por ascendencia étnico-racial" (UNICEF Uruguay, CEPAL, 2020, p. 9). El panorama cambia radicalmente en la educación media, ya que aumentan las tasas de repetición, cae la asistencia a centros educativos y aumentan las diferencias por ascendencia (aunque la evolución en el tiempo muestra avances en estos planos).

[9] En Uruguay la población afrodescendiente está estimada en el 10.5 % y está presentada por un "relato" que sostiene que está integrada a la sociedad, al menos comparativamente con otros países de la región.

Volviendo al plano regional y mirando países donde la población afrodescendiente es más numerosa, la Iniciativa Equidad para la Infancia en América Latina (2014) destaca que —además de las múltiples carencias y exclusión que afectan a NNA afrodescendientes—, el discurso racista de desvalorización o negación de los saberes y las prácticas culturales presente en todos los ámbitos de desarrollo de las niñas y los niños (familia, escuela y comunidad) afecta directamente su desarrollo psicosocial y los procesos de construcción identitaria, autorreconocimiento y autovaloración.

Como se evidencia con las tres poblaciones referenciadas, la sindemia aumentó la vulnerabilidad de los derechos de los grupos que históricamente han sufrido exclusión y desigualdad, exponiéndolos tanto a sus efectos directos como indirectos, hoy, estos grupos debería ser centrales en las políticas de protección social desarrolladas.

2.7 Reflexiones sobre los hallazgos

Terminado el recorrido por los diferentes indicadores, enfoques interpretativos y diversas lecturas alrededor del impacto de la sindemia en los derechos de niñas, niños y adolescentes en la región y en cada uno de los países participantes, es necesario realizar unas reflexiones finales sobre lo ocurrido en estos tres años, sobre las enseñanzas que nos deja, los retos y las tareas urgentes.

Parece claro que esta sindemia no solo nos ha puesto ante problemas nunca vistos anteriormente, sino que además ha agravado notoriamente problemas estructurales de larga data, vinculados centralmente con sociedades exageradamente desiguales, economías poco dinámicas, procesos de convivencia afectados por la violencia, democracias frágiles que no pueden lidiar exitosamente con tales problemas, sistemas de protección social precarios que no logran asegurar niveles m ínimos de bienestar para toda la población y sistemas de salud fragmentados, segmentados y subfinanciados.

La vulneración de los derechos a NNA durante la sindemia ha sido particularmente crítica en la región, aunque con diferencias notorias entre aquellos que pertenecen a hogares afectados centralmente por la pobreza y la exclusión social. Ello se ha expresado en el bienestar y la garantía de los derechos a la vida, la alimentación, la salud, la educación, el desarrollo, la protección y la participación.

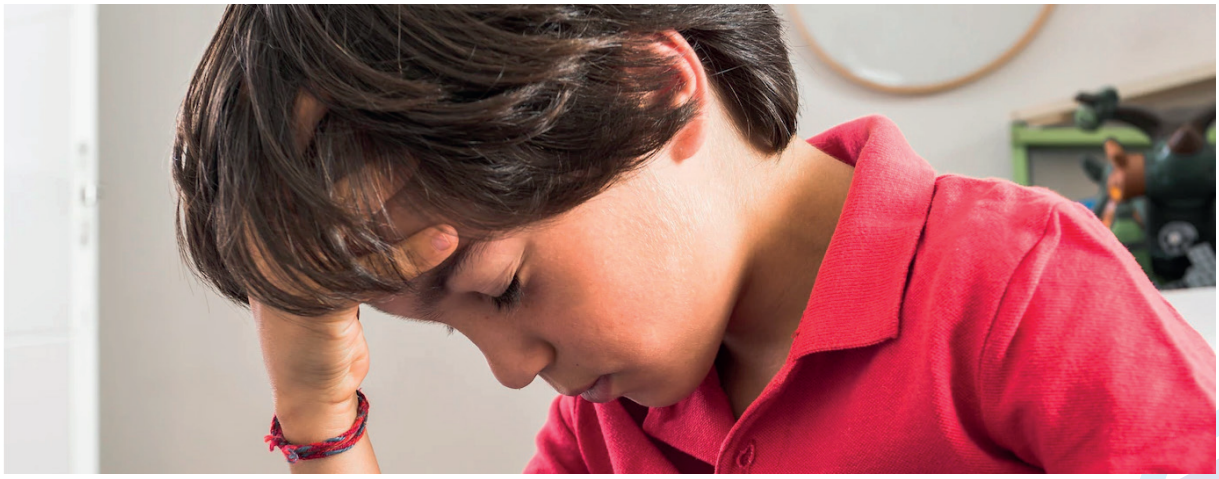
Súbitamente, millones de hogares que viven del subempleo o del rebusque, donde habita cerca de la mitad de los NNA de los países participantes en el estudio, se ven privados de sus fuentes de trabajo y sufren un deterioro importante de su ya precaria condición, mientras que los hogares de los sectores medios y altos reacomodan sus espacios para el trabajo y el estudio en casa, y aminoran los impactos del difícil momento.

Se vive la sindemia de maneras diferentes, si bien todos los NNA sufren las consecuencias directas del COVID-19 en ellos y en sus familias (enfermedad, muerte, secuelas), estas son mayores en quienes habitan en las más difíciles condiciones, donde muchas veces no es posible aislarse, o incluso cumplir las condiciones mínimas para la prevención de la enfermedad. NNA migrantes, indígenas, afrodescendientes y pobres sufrieron en mayor proporción todas las afectaciones descritas, los programas dirigidos a ellos fueron suspendidos o disminuyeron su cobertura y calidad.

El recorrido por la sindemia para niñas, niños y adolescentes nos muestra un primer momento en que se cierran las instituciones educativas y se realiza confinamiento sin una preparación para ello y con una reducida explicación de lo que ocurría. En un contexto del confinamiento poblacional y pánico colectivo, NNA son vistos como un peligro, por considerar que son transmisores de la enfermedad, siendo ellos y ellas sometidos a un mayor aislamiento.

Las consecuencias indirectas son claramente diferenciadas: debido al aumento de la pobreza y el desempleo se acrecientan las desigualdades, el hambre, las limitaciones para acceder a servicios básicos, incluidos los servicios de salud, a lo que se suman las dificultades para el acceso a la educación virtual y las consecuencias de ello, como el abandono o la precarización de la educación que reciben.

La sindemia puso en evidencia las grandes brechas tecnológicas y digitales existentes en la región, entre los diferentes estratos sociales y entre el campo y la ciudad, las cuáles limitaron el acceso a la educación durante el periodo de confinamiento y afectan hoy las posibilidades de acceso a la información, incidiendo en la calidad de la educación, estableciéndose así, diferencias que marcarán el presente y el futuro de NNA. Estas brechas no son solo en el acceso, sino también en el uso y en la calidad del uso (competencias digitales).



Posteriormente, en la reapertura, a través de un modelo de educación virtual, mixta o alternante según decisión de las autoridades educativas, "restringieron" los procesos de consulta de la opinión de los principales interesados: los estudiantes. También se aumentaron las profundas brechas en educación existentes; la primera infancia perdió oportunidades de acceso a servicios y programas de atención integral y/o de educación inicial; aumentó la deserción escolar y los retrasos en los procesos de aprendizaje. Con el retorno a las instituciones educativas se ha logrado recuperar la actividad escolar normal, pero no se ha hecho lo suficiente para recuperar lo perdido en los dos años anteriores.

Niños, niñas y adolescentes vieron más afectada su salud por las consecuencias indirectas del COVID-19 que por la misma enfermedad: se aumentaron los índices de malnutrición, tanto por defecto como por exceso; disminuyeron los índices de vacunación; se afectaron las diferentes actividades de atención primaria en salud, tanto las de promoción y prevención, como las de atención adecuada y oportuna de los problemas de salud y las de rehabilitación. Se perturbaron de manera significativa la salud mental y el desarrollo infantil; se descuidó la atención a otras epidemias y problemas de salud agudos y crónicos. Sus consecuencias, desde una perspectiva de curso de vida, afectarán la salud presente y futura de varias generaciones.

En medio de las tensiones familiares aumentó la violencia intrafamiliar, el abuso contra niños, niñas y adolescentes. Más NNA fueron expuestos a la violencia sexual. Otros impactos indirectos se refieren a la falta de actividad física, así como a las afectaciones en el desarrollo infantil.

Millones de NNA han experimentado la muerte de sus cuidadores principales en todo el mundo. NNA en situación de orfandad tienen mayores riesgos de experimentar problemas de salud mental, violencia y pobreza familiar.

Si bien la región venía avanzando en los últimos años en la generación de espacios de participación de NNA, en cumplimiento de lo establecido en la Convención sobre los Derechos del Niño, la sindemia evidenció la relativa fragilidad de estos procesos.

En los países del estudio se desarrollaron consultas y se mantuvieron algunos espacios formales, donde NNA pudieron dar su opinión sobre las políticas que los afectan, pero la participación en estos espacios sigue siendo mayoritariamente impulsada por lógicas adultas.

Las organizaciones y movimientos de NNA vieron limitados sus espacios de encuentro y reunión. Por lo general, la voz de NNA no fue tenida en cuenta en la toma de decisiones en los ámbitos de la política, la sociedad, las instituciones educativas y la vida familiar.

Pasado el momento inicial, se retiran algunas restricciones de circulación. No obstante, América Latina y el Caribe se caracteriza porque sus instituciones educativas permanecen cerradas (con educación a distancia) más tiempo que en otras regiones. Asimismo, los servicios de salud, tanto los de promoción y prevención, como los de atención a las enfermedades y los de rehabilitación continuaron con acceso restringido por más tiempo.

Cabe destacar, los esfuerzos realizados durante la pandemia, por reabrir o mantener programas de atención a la primera infancia y otros programas gubernamentales y no gubernamentales que suministran subsidios y ayudas alimentarias, con coberturas y calidades distintas en los diferentes países, los cuales contribuyeron a atenuar el impacto de la crisis.

Se inicia posteriormente el retorno gradual a las diferentes actividades laborales y a la vida escolar, con modalidades como la alternancia (virtual-presencial); los servicios de atención a la primera infancia se reabren progresivamente, así como los diferentes servicios de salud que se habían restringido. Retornamos, entonces, a situaciones de vida cotidiana similares a las que se vivían antes del inicio de la sindemia, pero con índices de desigualdad y pobreza mayores, con retrocesos en la garantía de los derechos de NNA, con un descontento social similar o mayor al que se vivió en los años previos, y con cambios en los gobiernos de algunos países.

Este es el marco general, pero es importante resaltar que se encontraron diferencias entre los países y al interior de cada uno de ellos, dependiendo de sus características demográficas, territoriales, culturales, de su historia, de la fortaleza de su economía, de sus políticas sociales y de sus realidades actuales. Las desigualdades, que como se ha expresado, son acumulativas y explican los mayores impactos de la sindemia en la garantía de los derechos de NNA.

Los hallazgos de este trabajo hacen evidente el hecho de que la niñez y la adolescencia por su condición de seres en desarrollo, dependientes de los adultos, son altamente susceptibles a las afectaciones que se producen en momentos de crisis, susceptibilidad que se ve aumentada en condiciones de inequidad y desigualdad como las que se viven en la región.

Las mencionadas afectaciones requieren de un esfuerzo articulado de reconocimiento, garantía, protección integral de los derechos de NNA, prevención de vulneraciones, así como el restablecimiento de derechos vulnerados y políticas públicas pertinentes. En esto se encontraron diferencias entre los países analizados, respecto al desarrollo previo de sistemas e instituciones de protección social fuertes, educación y cuidado de la salud que facilitan el desarrollo de intervenciones de calidad y con cobertura universal, necesarias en el momento de la crisis desencadena por la sindemia.

La invisibilización, para la mayor parte de la sociedad, de las afectaciones sufridas por NNA en la sindemia, hace evidente que, a 33 años de la firma de la Convención sobre los Derechos del Niño, se requiere aún de un fuerte trabajo para lograr que los adultos los consideren como sujetos plenos de derechos y asuman la obligación de garantizar todos y cada uno de sus derechos.

En general, los países con sistemas de protección social más desarrollados respondieron más adecuadamente a los retos de la crisis, logrando atenuar mejor sus impactos; aunque esto dependió también de las decisiones políticas de sus gobernantes, según priorizaran los programas sociales o el respaldo al sector productivo.

Por ello, como pediatras sociales, consideramos que es necesario hacer evidente lo ocurrido, aprender de lo acaecido, pero también de los errores y falencias para que estas no se repitan.

▸▸ 2.8 Aprendizajes, retos y perspectivas

A partir de las reflexiones que se han hecho en el mundo durante la sindemia, se habló de la necesidad de retornar a una nueva normalidad una vez cediera la pandemia COVID-19, se dijo de muchas maneras que no podíamos volver a la "normalidad" previa, la que en realidad era una situación de anormalidad, por las guerras, el hambre, la injusticia, la desigualdad y tantos otros problemas que padece la humanidad.

Los informes anuales sobre el estado de la infancia en la América Latina y el Caribe mostraban antes de la sindemia y muestran ahora una "normalidad". en la que existen grandes desigualdades que se dan desde la gestación y continúan en el nacimiento, así como a lo largo de la infancia y la adolescencia, lo que evidencia que el principio que estableció la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre de 1948, de que "Todos los hombres nacen libres e iguales", seguía y sigue siendo una declaración de intenciones.

Continúa, hoy, plenamente vigente la pregunta sobre cómo debe ser la nueva normalidad que soñamos, una nueva normalidad donde "nadie se queda atrás" como platean los ODS. De esto trata el presente capítulo, en respuesta a la pregunta ¿Qué podemos aprender de esta crisis, para no aplazar más el compromiso de asegurarle a NNA la obligación adquirida desde hace más de 30 años, de garantizarles todos sus derechos?

América Latina carga un lastre de vulneraciones de derechos que se hizo más evidente con la sindemia, esto se ha naturalizado. Necesitamos superar el fatalismo aprendido e imaginar escenarios futuros alternativos, donde quienes nazcan en estos territorios no estén condenados a repetir las situaciones de hambre, pobreza, violencia e inequidad que vivieron sus padres y abuelos.

Como pediatras sociales, somos conscientes de que la plena garantía de los derechos de NNA solo será posible en un marco de justicia social, en el contexto de modelos de desarrollo alternativos a los vigentes en las últimas décadas, que sean a la vez inclusivos y sostenibles, tanto en lo social como en lo ambiental. Para ello, se deben diseñar e implemen-

tar estrategias integrales e integradas, que partan de considerar a NNA como sujetos de derecho y no como un simple "grupo de riesgo". Para que dichas estrategias puedan implementarse efectivamente, habrá que asegurar las inversiones correspondientes, asumiendo que "sin presupuesto, no hay derechos".

La clave para asegurar el mayor bienestar de NNA es enfrentar decididamente las desigualdades múltiples y acumulativas existentes, con un énfasis particular en las desigualdades generacionales, de género, de etnia/raza y de territorio, con una perspectiva de derechos y con enfoques claramente solidarios e incluyentes, con estrategias de cobertura poblacional de calidad para todos y todas, lo cual implica definir y cumplir las reglas de juego, para la aplicación del marco normativo sobre los derechos de NNA.

Para esto hay que avanzar en sistemas de protección social efectivamente universales, que operen con enfoque de derechos. La sindemia hizo evidente lo que ya se había demostrado en décadas anteriores: el mercado en el terreno de la protección social, lo que hace es aumentar la segmentación y la fragmentación, ofreciendo salud y pensiones ricas para ricos y pobres para pobres.

Uno de los aprendizajes se refiere a la preeminencia dada al mercado como lo expresó el actual presidente de Colombia: **la creencia de que el mercado, actuando libremente, en el terreno de los derechos de la gente iba a llevarnos al máximo de bienestar. La creencia que si hacíamos un mercado en la salud, en la educación, en las pensiones, en el agua potable, etc., íbamos a vivir mejor. El balance, años después, es que nos equivocamos completamente. Lo que produjimos fue una de las sociedades más desiguales (Petro, 2022)**.

Las políticas públicas desarrolladas dentro de estos parámetros repercuten en la vulneración de los derechos de muchos NNA, como el acceso a una atención en salud de calidad, una alimentación y educación adecuada. Se desarrollan programas centrados en el combate a la pobreza, dirigidos a atenuar algunas de sus carencias, no a garantizar plenamente sus derechos.

Necesitamos avanzar con prontitud hacia sistemas de salud y protección social universales, sostenibles e inclusivos que garanticen los elementos esenciales del derecho a la salud (acceso, disponibilidad, aceptabilidad, atención oportuna y de calidad para todos los ciudadanos, sin ninguna discriminación).

La experiencia de lo ocurrido durante la primera fase de la sindemia llevó a que en varios países el Estado reasumiera el control (que nunca debió haber perdido), en la organización de la prestación de los servicios según necesidades de las personas, no según sus ingresos o el seguro con que cuentan, nos debe servir para entender que la garantía del derecho a la salud es responsabilidad indelegable del Estado, y que si bien los servicios de

salud pueden ser prestados por actores públicos o privados, todos los ciudadanos deben recibir servicios con igual calidad y oportunidad.

La OPS ha propuesto ubicar a la equidad como el corazón de la salud en su Plan Estratégico 2020-2025 (OPS, 2020), considerándolo como el principal instrumento para ejecutar la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (ASSA2030). Los servicios de salud no pueden continuar entonces generando nuevas inequidades, por el contrario, su papel es contribuir a corregir las inequidades existentes. Es prioridad avanzar en la soberanía sanitaria.

Necesitamos sistemas de salud y de protección social universales, integrales, sostenibles y resilientes; con una rectoría centralizada desde el Estado; financiados solidariamente; sustentados en redes integradas de salud que abarquen todos los niveles de atención, basados en Atención Primaria en Salud de muy buena calidad; que promuevan entornos saludables y seguros; que trabajen sobre los determinantes de la salud, no solo sobre sus consecuencias; donde NNA sean tratados como sujetos de derechos.

Requerimos, igualmente, políticas públicas de seguridad alimentaria y nutricional que garanticen a cada NNA el acceso a una alimentación suficiente, sana y segura, adaptada a las necesidades del momento del curso de vida en que están, que les den los aportes nutricionales básicos que requieren y les permitan un

crecimiento y un desarrollo adecuados. Una región que puede producir alimentos para más del doble de su población no puede permitir que ningún NNA sufra hambre, garantizar una adecuada nutrición debe ser un compromiso político regional.

Es necesario fortalecer los programas de atención integral a la primera infancia que se han venido desarrollando en la región, ampliando su perspectiva más allá de la nutrición, la educación inicial y el cuidado de la salud hacia la protección integral de todos los derechos. Estos programas vivieron durante la sindemia, afectaciones en su presupuesto y en la calidad de los servicios que prestaban; se deben recuperar y superar los niveles que se tenían al empezar el 2020, aumentando su presupuesto, universalizando su cobertura y garantizando servicios de igual calidad para todas las niñas, niños y adolescentes.

Los programas y estrategias dirigidos a los mil primeros días de vida (gestación y dos primeros años) que se han venido desarrollando, así como los llamados sistemas nacionales de cuidado requieren de un nuevo impulso de parte de los gobernantes. Para ello se necesita avanzar en garantizar tiempos para el cuidado (licencias de maternidad y paternidad, permisos para la lactancia, licencias por enfermedad de los hijos e hijas), espacios para el cuidado (viviendas dignas e instituciones para la primera infancia con condiciones adecuadas, accesibles geográfica, cultural y económicamente), conocimientos para el cuidado (educación a padres y cuidadores) y recursos para el cuidado (salarios justos y transferencias de ingresos).

Resaltamos los planteamientos hechos en la reunión de ministros y ministras de Educación de América Latina y el Caribe, que quedaron registrados en la "Declaración de Buenos Aires 2022" (Ministerio de Educación de la Argentina; UNESCO, 2022) de la cual es pertinente destacar los siguientes acuerdos:

- Acordamos tomar acciones urgentes para recuperar y para transformar nuestros sistemas educativos, de modo que permitan retornar la esperanza a una generación entera de niñas, niños y jóvenes que podrían ver su futuro comprometido si no actuamos con decisión y celeridad.

- Reconocemos que la recuperación no puede significar volver a lo mismo. La desaceleración y, en algunos casos, el estancamiento y/o retroceso en las metas del ODS 4, aún antes de la pandemia, tal como lo evidencia el Informe regional de monitoreo del ODS 4 - Educación 2030, presentan la necesidad de impulsar una transformación profunda que atienda los factores estructurales y sistémicos que han contribuido a la deuda e injusticia educativa que arrastra la región.

- Hacemos explícita nuestra voluntad de consolidar una voz regional que reconozca como un imperativo ético la necesidad de priorizar la educación en la agenda pública de nuestras naciones, garantizando el adecuado financiamiento estatal de la educación para realizar los objetivos propuestos, sin condicionamientos externos que limiten el acortamiento de las brechas y el logro de la justicia educativa, priorizando el uso eficaz de los recursos y la voluntad política para lograr la recuperación y transformación educativa.

- Nos comprometemos a fortalecer el servicio educativo y a coordinarlo con otros sectores del área social para garantizar el bienestar y el acceso a la educación a la totalidad de niñas, niños y jóvenes de nuestros países, y dotar a los estudiantes de conocimientos, valores y competencias para afrontar los desafíos globales que enfrentamos como humanidad y que amenazan la sustentabilidad de nuestra vida en el planeta.

- Nos comprometemos a seguir fortaleciendo los programas de alimentación escolar integral, de servicios de salud mental y física, agua y saneamiento, los relacionados con contenidos educativos y otros que apoyen la salud física y mental de niñas, niños y jóvenes, gravemente perjudicada por la pandemia. Entendemos que, en el proceso educativo, el desarrollo y cuidado socioemocional es inseparable del proceso de aprendizaje de las áreas de conocimiento. (pp. 3-4)

Esperamos que esta no sea solo una declaración de buenas intenciones y que se tomen urgentemente medidas que permitan recuperar lo perdido en la educación de NNA durante la sindemia y avanzar hacia modelos educativos incluyentes, que corrijan las grandes brechas educativas que se dan hoy entre la educación pública y la educación privada, así como entre la educación en las grandes urbes y en el resto del territorio de los países, las cuales se ahondaron con la sindemia.

Si bien el acceso al mundo digital no está establecido aun como un derecho, si limita el derecho a la información y a una educación de calidad, urge fortalecer las políticas dirigidas al acceso para todos los NNA al internet de alta velocidad, así como a la alfabetización digital.

- Respecto al trabajo infantil en UNICEF y OIT (2021), plantean los siguientes imperativos:

  - Extender la protección social para las niñas, los niños y sus familias, con el objetivo de mitigar la pobreza y la incertidumbre económica que subyacen al trabajo infantil.
  - Garantizar una educación gratuita y de buena calidad al menos hasta la edad mínima de admisión al empleo, a fin de proporcionar una alternativa viable al trabajo infantil y de brindar a las niñas y los niños una oportunidad para tener un futuro mejor.
  - Garantizar que se registre el nacimiento de cada niño/a, para que tengan una identidad legal y puedan gozar de sus derechos desde su nacimiento.
  - Promover el trabajo decente que permita obtener ingresos justos para los jóvenes (por encima de la edad mínima legal para trabajar) y los adultos, poniendo particular énfasis en los trabajadores de la economía informal, a fin de que las familias no recurran al trabajo infantil impulsado por la pobreza.

- La violencia contra NNA, así como la violencia de género se aumentó en los momentos del confinamiento, al retornar a las instituciones educativas se produjo también un aumento en el matoneo y un retorno a la violencia social contra NNA. Varios países de la región se habían comprometido desde antes de la sindemia con la iniciativa Alianza Global para Terminar con la Violencia hacia Niñas, Niños y Adolescentes, la cual asumiendo la iniciativa INSPIRE, propone trabajar en 7 estrategias (OPS, 2017):

1) Implementación y vigilancia del cumplimiento de las leyes.
2) Normas y valores.
3) Seguridad en el entorno.
4) Padres, madres y cuidadores reciben apoyo.
5) Ingresos y fortalecimiento económico.
6) Respuesta de los servicios de atención y apoyo.
7) Educación en habilidades para la vida.

Es importante retomar este tipo de iniciativas, para pasar del discurso a la acción efectiva en la promoción del buen trato, prevención, detección temprana e intervención oportuna de todas las formas de violencia contra NNA.

La invisibilización y limitada escucha de la voz de NNA durante la sindemia, mostraron que, si bien hay avances en sus derechos sociales y económicos, los avances son menores en sus derechos culturales, civiles y políticos, que se consideran derechos de los adultos, porque la minoridad es aún parte del imaginario común. La región tiene pendiente reabrir y mejorar plenamente los espacios de participación de NNA que se habían desarrollado en el transcurso de este siglo, con esfuerzo por parte de los mismos NNA y de las organizaciones que defienden sus derechos; así como retomar la discusión sobre cómo pasar de una participación formal e instrumentada a una participación protagónica, con incidencia en la toma de decisiones, en los espacios y temas que les conciernen, lo que incluye la familia, las instituciones educativas, culturales, de salud y de protección, así como la comunidad, la sociedad y las instituciones políticas de cada país.

Siguen siendo hoy muchos más los espacios cerrados que los espacios abiertos a su participación, y cuando esta se da, suele ser más simbólica que real; las experiencias de algunos países o territorios que han logrado espacios de participación significativos deben ser sistematizadas y difundidas ampliamente, para analizar sus logros y desafíos. La discusión sobre su participación, como lo ha sido para las mujeres y las minorías étnicas, es una discusión sobre el poder y la democracia, así como un reto a los modelos autocráticos y adultocéntricos.

Los discretos avances en el reconocimiento y garantía de los derechos de NNA migrantes que se habían dado en la región, pasaron a un segundo plano en tiempos de sindemia. El universalismo de los derechos de NNA, reconocido en leyes y constituciones nacionales, cuestiona las restricciones que los diferentes países aplican a la garantía de los derechos de los NNA migrantes, quienes están expuestos hoy a difíciles condiciones, donde se vulneran sus derechos a la identidad (nombre y nacionalidad), a la igualdad, a la protección especial, a la alimentación, a la vivienda digna, a la atención en salud, a la educación gratuita y de calidad, a la atención especial para aquellos con discapacidad, a crecer en el seno de su familia, al respeto a su cultura, a la atención y ayuda preferentes en caso de peligro, a ser protegidos contra toda forma de violencia, contra el abandono, la explotación laboral, la explotación sexual y la vida en la calle, a participar y a que su opinión sea tenida en cuenta.

Los países de la región deben avanzar en la discusión y firma de acuerdos conjuntos sobre el tema migratorio, el cual es hoy una urgencia humanitaria, pero sobre todo, deben cumplir el compromiso que establecieron al firmar la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, de proteger los derechos de todos los niños, niñas y adolescentes, sean ellos nacionales o extranjeros, sin ninguna discriminación.

Situación similar se da con la garantía de los derechos de las minorías étnicas, los países de la región han suscrito tanto la Declaración de las Naciones Unidas de los Derechos de los Pueblos Indígenas, como la Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas en las cuales se ratifican y desarrollan derechos establecidos para NNA en la CDN. La sindemia puso de nuevo en evidencia las condiciones difíciles en que viven la mayor parte de estas comunidades, lo que repercute en la salud y el bienestar de sus NNA. El respeto y garantía de los derechos de NNA indígenas debe ser una prioridad en la agenda de todos los países, y la vigilancia de que esto se cumpla debe ser prioritario para la ciudadanía y las entidades de control de los Estados.

Una consideración especial amerita las y los NNA en procesos de restablecimiento de derechos, separados de su medio familiar, sea en hogares sustitutos, albergues transitorios, instituciones de protección, espacios de "reclusión" u otros por el estilo. Ellos y ellas fueron afectados por la sindemia de múltiples maneras (mayor confinamiento, no contacto con sus familias, afectación de sus procesos de restitución de derechos vulnerados, mayor riesgo de enfermedad). El Estado debe garantizar que se acelere la restauración y garantía plena de todos sus derechos para compensar lo perdido en este tiempo y a futuro, tener más en cuenta que es una población altamente susceptible a los impactos negativos de las crisis y realizar acciones que los protejan de estos efectos.

La crisis de este tipo de modelos de institucionalización de NNA que han sufrido vulneraciones de sus derechos, hace hoy prioritario que la región fortaleza y desarrolle cada vez más los modelos de acogimiento familiar, sea en las familias de origen o en familias sustitutas.

La pandemia está hoy parcialmente controlada, la sindemia no, sus efectos durarán seguramente mucho más allá de lo que dure la pandemia, quedan el hambre, el abandono escolar, las afectaciones a la salud mental, la orfandad y muchas otras secuelas. La

salida de una crisis, como la desencadena por la sindemia asociada al COVID-19 implica realizar reformas estructurales, producto de un accionar que comprometa a toda la sociedad, incluidos los gobernantes, articulando para ello saberes, enfoques y experiencias.

Una de las transformaciones necesarias, es en los sistemas de protección social de los diferentes países de la región, los cuales tienen coberturas poblacionales limitadas, lejanas de la universalidad, criterio central de una perspectiva de derechos; son precarios en la calidad de los servicios que se prestan y segmentados desde el punto de vista operativo, lo cual hace que contribuyan, en ocasiones, a reforzar las desigualdades sociales existentes. Necesitamos avanzar hacia sistemas de protección social universales, no mercantilizados, en que los derechos de NNA sean una prioridad.

Para la protección integral efectiva de todos los derechos de NNA, es importante que exista una articulación entre todos los sectores e instituciones con responsabilidades en este campo a nivel de los tres poderes del Estado (legislativo, ejecutivo y judicial) en los diferentes niveles territoriales (nacional y subnacionales), que permita avanzar hacia políticas integradas e integrales de infancia y adolescencia, proceso en el que Latinoamérica tuvo avances en años recientes, pero que ha tenido dificultades para consolidar. Igualmente es importante que todas las políticas públicas tengan una perspectiva generacional, lo que implica que consideren e incluyan siempre a este grupo etario y a los subgrupos que lo componen (primera infancia, niñez y adolescencia).

Es necesaria, también, una mejor una articulación entre el Estado y la Sociedad Civil (ONG, movimientos sociales, medios de comunicación, academia, etc.), así como con las entidades de cooperación internacional, con un enfoque de corresponsabilidad, que tenga como eje el interés superior de NNA, para que evitando duplicar acciones o competencias entre ellas, superen enfoques auto referenciados y polarizantes y potencien sus acciones, aunando esfuerzos para encarar coordinadamente los múltiples desafíos existentes en la garantía de derechos de NNA.

La sindemia evidenció de nuevo la importancia de sistemas de salud de cobertura universal, inclusivos, sostenibles, que presten servicios de calidad, accesibles económica, geográfica y culturalmente a todas las personas, sin ninguna discriminación; que estén basados en la atención primaria y que lleguen a todas y todos los ciudadanos y en los que la promoción de la salud y el cuidado de la salud de NNA sea una prioridad. Igualmente se puso en evidencia que, si no se logran unas mínimas condiciones sociosanitarias, como el acceso universal a una vivienda digna, agua potable y saneamiento básico, no se pueden garantizar unos mínimos de salud para NNA.

Se hicieron visibles en la sindemia las grandes brechas educativas, lo que exige avanzar en la garantía del derecho a una educación de calidad para todos los NNA, independiente del lugar donde vivan, su origen o el nivel de ingresos de sus familias, que, cumpliendo los criterios de asequibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y adaptabilidad, garantice que ningún niño, niña o adolescente se quede excluido de la educación preescolar, primaria y secundaria, y que facilite el acceso a la educación postsecundaria.

Los países de la región aumentaron de manera importante su deuda externa en los primeros dos años de la sindemia, hoy están restringiendo la asignación de recursos al gasto público en general (incluyendo la inversión social), con el objetivo de disponer de más recursos para cumplir con el pago de intereses de la deuda externa (CEPAL, 2022), esto puede agravar la situación de NNA de los sectores menos favorecidos, debemos estar alertas en defender los recursos destinados a políticas y programadas dirigidos a NNA, exigiendo su aumento respecto a la presindemia, "sin recursos no hay derechos".

Es necesario transformar radicalmente la asignación de recursos en salud actualmente vigente y prácticamente en todos los países del mundo, concentrada abrumadoramente en las últimas etapas del curso de vida, e invertir más y mejor en las primeras etapas del curso de vida (gestación, primera infancia, infancia y adolescencia), centrando los esfuerzos y

los recursos disponibles en estrategias de promoción y cuidado de la salud y prevención de sus afectaciones, que prioricen el entorno familiar y comunitario en que residen NNA.

La búsqueda de información realizada para este trabajo, mostró que hay asimetrías entre los países en disponibilidad de información sobre la situación de la niñez y la adolescencia: hay países que cuentan con encuestas nacionales periódicas sobre las condiciones de este grupo etario, lo cual facilita disponer oportunamente de datos que permiten hacer un seguimiento en el tiempo de cómo está la garantía de sus derechos, mientras que en otros países esta información se recoge en encuestas generales, que dan información más limitada. Hacia futuro, todos los países deberían disponer de encuestas periódicas específicas de situación de niñez y adolescencia, e igualmente deberían mejorar los reportes de los registros periódicos que hacen los diferentes sectores que tiene que ver con la niñez y la adolescencia (educación, salud, protección, cultura), sobre los cuáles hay asimetrías en la calidad de la información que recogen y reportan.

Igualmente, es importante que la información sobre la situación de NNA se presente con un nivel de desagregación que permita caracterizar las desigualdades que se presentan (por ingresos, lugar de residencia, procedencia, género, etnia, condición social, etc.), así como realizar un cruce de las diferentes desigualdades y un análisis multidimensional de las mismas, en esto hay también diferencias entre los países, pero en todos, la información es insuficiente.

El malestar social que se manifestó durante la sindemia en los países de la región y el castigo que en los procesos electorales se dio a diferentes gobiernos en la región, son el reflejo de que el modelo de manejo dado a la crisis desatada por la sindemia, donde se apagó un incendio, generando otros y descuidando otras responsabilidades, es inadecuado, y que en situaciones similares futuras hay que asumir decisiones políticas distintas, en las cuales la protección integral de los derechos de NNA ocupe un lugar central.

Todos los estudios comparados en el plano regional latinoamericano, en particular los generados desde la CEPAL (2020, 2021, 2022), el BID (2021 y 2022) y el PNUD (2021 y 2022) destacan tres componentes centrales de la actual situación regional, recordando que estamos en la región más desigual y más violenta del mundo: (i) la crisis económica no cede significativamente, (ii) los sistemas de protección social siguen siendo extremadamente débiles y (iii) nuestras democracias son cada vez más frágiles estructuralmente.

Ante la fragilidad de nuestras democracias y la incapacidad de los gobiernos de turno para responder adecuadamente a las necesidades de las mayorías, particularmente de los sectores vulnerables y excluidos en el contexto de la crisis

económica y social que se disparó por la sindemia, han resurgido en la región respuestas conservadoras y autoritarias, que no aportan soluciones y si agravan las vulneraciones a los derechos humanos (incluidos los de NNA), ante esto es necesario estar alertas y defender los avances democráticos logrados, los cuales si bien son limitados, han permitido algún nivel de desarrollo y justicia social.

Como pediatras sociales, consideramos que son momentos para la empatía y la solidaridad, para avanzar hacia modelos de desarrollo incluyentes y resilientes, que pongan en el centro de las decisiones políticas las necesidades y derechos de todos y cada uno de los habitantes de cada territorio, sin dejar a nadie atrás; modelos de desarrollo que promuevan la sostenibilidad ambiental y la garantía de que las y los nuevos ciudadanos que inician su curso de la vida, crecerán en un entorno donde todas y todos tendrán iguales oportunidades y podrán gozar de todos sus derechos.

REFERENCIAS

Abramo, L., & Rangel, M. (30 de septiembre de 2019). Niñez y adolescencia afrodescendiente en América Latina. Obtenido de CEPAL: https://www.cepal.org/es/notas/-ninez-adolescencia-afrodescendiente-america-latina

Abufhele, A., Bravo, D., Lopez-Boo, F., & Soto-Ramirez, P. (2021). Developmental losses in young children from pre-primary program closures during the COVID-19 pandemic. IBD. Obtenido de https://publications.iadb.org/publications/english/document/-Developmental-Losses-in-Young-Children-from-Pre-Primary-Program-Closures-during-the-COVID-19-Pandemic.pdf

Actis, E., & Creus, N. (2021). La disputa por el poder global: China contra Estados Unidos en la crisis de la pandemia. Buenos Aires: Capital Intelectual.

Araníbar, A., & Rodríguez, B. (2013). América Latina, del Neoliberalismo al Neodesarrollismo?, PNUD.

Asamblea General de la ONU. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. París. Obtenido de https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights

Asamblea General de la ONU. (1989). Convención sobre los Derechos del Niño. Obtenido de https://www.plataformadeinfancia.org/derechos-de-infancia/convencion-derechos-del-nino/convencion-sobre-los-derechos-del-nino-texto-oficial/

Banco Mundial. (2020). Retos y oportunidades de la migración venezolana en Ecuador. Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento. Obtenido de https://documents1.worldbank.org/curated/en/453941593004490155/pdf/Retos-y-Oportunidades-de-la-Migracion-Venezolana-en-Ecuador.pdf

Banco Mundial. (2021). Actuemos ya para proteger el capital humano de nuestros niños. Los costos y la respuesta ante el impacto de la pandemia del COVID-19 en el sector educativo de América Latina y el Caribe. Washington.

Banco Mundial. (2022). The State of Global Learning Poverty: 2022 Update. Banco Mundial, UNICEF, FCDO, USAID, Fundación Bill, Melinda Gates, UNESCO. Obtenido de https://www.worldbank.org/en/topic/education/publication/state-of-global-learning-poverty

Banco Mundial, UNICEF, UNESCO. (2022). Dos años después: Salvando a una generación. Washington DC: Banco Mundial. Obtenido de https://www.unicef.org/lac/media/35631/file/Dos-anos-despues-salvando-a-una-generacion.pdf

Bárcena, A. (Noviembre de 2020). Un futuro distinto es posible, con la igualdad y la sostenibilidad en el centro.

BID. (2022). Cuando no ir al jardín era lo normal. Obtenido de https://blogs.iadb.org/-desarrollo-infantil/es/cuando-no-ir-al-jardin-era-lo-normal/

Bohoslavsky, J. P. (2020). COVID-19 y Derechos Humanos: La Pandemia de la Desigualdad. Buenos Aires: Editorial Biblios.

Busso, M., & Julián, M. (2020). La crisis de la desigualdad: América Latina y el Caribe en la encrucijada. BID.

Calle, M. d., & Pineda, B. L. (2022). Impacto de la sindemia del COVID-19 en los derechos de niños, niñas y adolescentes en Perú. Lima: Documento de trabajo de ALAPE, ORAS-CONHU, OPS/OMS, ISSOP.

Canales, A. (2020). La desigualdad social frente al COVID-19 en el Área Metropolitana de Santiago (Chile). Notas de Población, (111), 13-42).

Castillo, C., & Marinho, M. (2022). Los impactos de la pandemia sobre la salud y el bienestar de niños y niñas en América Latina y el Caribe: la urgencia de avanzar hacia sistemas de protección social sensibles a los derechos de la niñez. CEPAL. Obtenido de https://www.cepal.org/es/publicaciones/47806-impactos-la-pandemia-la-salud-bienestar-ninos-ninas-america-latina-caribe-la

Casullo, M. E. (2019). ¿Por qué funciona el populismo? El discurso que sabe construir explicaciones convincentes de un mundo en crisis. Siglo XXI.

CDC. (2022). Cómo se propaga el COVID-19. Obtenido de Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades. Obtenido de https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/how-covid-spreads.html

CEPAL. (2020). Construir un nuevo futuro: una recuperación transformadora con igualdad y sostenibilidad. Obtenido de https://www.cepal.org/es/publicaciones/46227-construir-un-nuevo-futuro-recuperacion-transformadora-igualdad-sostenibilidad

CEPAL. (2020). Construir un nuevo futuro: una recuperación transformadora con igualdad y sostenibilidad. CEPAL. doi:http://hdl.handle.net/11362/46227

CEPAL. (2021). Datos y Hechos sobre la Transformación Digital. Séptima Conferencia Ministerial sobre la Sociedad de la Información en América Latina y el Caribe: E-LAC 2022. Santiago.

CEPAL. (2021). Financiamiento para el desarrollo en la era de la pandemia de COVID-19 y después. Santiago. Obtenido de https://www.cepal.org/es/publicaciones/46710-financiamiento-desarrollo-la-era-la-pandemia-covid-19-despues

CEPAL. (2022 b). Estudio Económico de América Latina y el Caribe 2022: Dinámica y Desafíos de la Inversión para Impulsar una Recuperación Sostenible e Inclusiva. Santiago. Obtenido de https://www.cepal.org/es/publicaciones/48077-estudio-economico-america-latina-caribe-2022-dinamica-desafios-la-inversion

CEPAL. (10 de Agosto de 2022). CEPAL. Obtenido de https://www.cepal.org/es/comunicados/es-hora-transformar-sistemas-salud-america-latina-caribe-avanzar-universalidad?fbclid=IwAR1RZ2sIuCFOVRSVoZRB6DYJDb_Vrl9wUOdSgFsaRDNd9IMKlkaI5UAGON8

CEPAL. (2022). La región retrocede 27 años en materia de pobreza extrema. CEPAL. doi:https://www.cepal.org/es/publicaciones/47752-claves-la-cepal-desarrollo-11-panorama-social-america-latina-2021

CEPAL. (2022). Los ingresos tributarios en América Latina y el Caribe sufren un impacto histórico antes de mostrar los primeros signos de recuperación. CEPAL. Obtenido de https://www.oecd.org/tax/revenue-statistics-in-latin-america-and-the-caribbean-24104736.htm

CEPAL. (2022). Panorama Fiscal de América Latina y el Caribe 2022: desafíos de la política fiscal para un desarrollo sostenible e inclusivo. CEPAL. doi:https://www.cepal.org/es/publicaciones/47920-panorama-fiscal-america-latina-caribe-2022-desafios-la-politica-fiscal-un#:~:text=En%20el%20Panorama%20Fiscal%20de,gasto%20p%C3%BAblico%20para%20convertirlo%20en

CEPAL. (2022). Panorama Social de América Latina 2021. CEPAL. Obtenido de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47718/S2100655_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

CEPAL. (2022). Reunión internacional de especialistas. Hacia la consolidación de un Estado de bienestar en América Latina y el Caribe: el futuro de la protección social en una era de incertidumbre. Obtenido de https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/reunion_internacional_de_especialistas_en_proteccion_social_agenda_preliminar_1.pdf

CEPAL y otros. (2020). impacto del COVID-19 en los pueblos indígenas de América Latina-Abya Yala entre la invisibilización y la resistencia colectiva. Santiago: CEPAL, FAO, ONU, UNFPA, PNUD, OIT, OMS y FILAC. Obtenido de https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46543/S2000817_es.pdf

CEPAL, UNESCO. (2020). La educación en tiempos de la pandemia de COVID-19. Obtenido de https://www.cepal.org/es/publicaciones/45904-la-educacion-tiempos-la-pandemia-covid-19

CEPAL, UNICEF. (2020). Violencia contra niñas, niños y adolescentes en tiempos de COVID-19. Oficina de la Representante Especial del Secretario General sobre la Violencia contra los Niños. CEPAL. Obtenido de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46485/1/S2000611_es.pdf

Cid, C., & Marinho, M. (2022). Dos años de pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe: reflexiones para avanzar hacia sistemas de salud y de protección social universales, integrales, sostenibles y resilientes. CEPAL. Obtenido de https://www.cepal.org/es/publicaciones/47914-anos-pandemia-covid-19-america-latina-caribe-reflexiones-avanzar-sistemas-salud

CIDH y OEA. (2021). Derechos económicos, sociales, culturales y ambientales de las personas afrodescendientes Estándares Interamericanos para la prevención,combate y erradicación de la discriminación racial estructural. OEA. Obtenido de http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/DESCA-Afro-es.pdf

Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional y UNICEF Ecuador. (2021). Trabajo infantil de niñas, niños y adolescentes entre 5 y 17 Años en Ecuador, por área de residencia y sexo. Quito.

Corporación Opción por los Derechos de Niños y Niñas. (2021). Niños, niñas y adolescentes migrantes y COVID-19. Informe Chile. Obtenido de hrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Migration/CFI-COV

DANE. (2021). Salud mental en Colombia: Un análisis de los efectos de la pandemia. Bogotá.

Dubet, F. (2020). La época de las pasiones tristes. Siglo XXI, Argentina.

Durán, E. (2021). Salud mental de los escolares en tiempos difíciles. Escuela y Pedagogía. Número 4.

Durán, E., Mesa, M. L., & Gutiérrez, M. A. (2022). Impacto de la sindemia del COVID-19 en los derechos de niños, niñas y adolescentes en Colombia. Bogotá: Documento de trabajo de ALAPE, ORAS-CONHU, OPS/OMS, ISSOP.

Durán-Strauch, E. (2020). Sindemia Covid-19 un reto para la pediatría. Revista Pediatría, 53(2), 40-41. Obtenido de https://revistapediatria.emnuvens.com.br/rp/article/-view/255

Durán-Strauch, E. (2021). Momento difícil para la salud y el bienestar de la niñez. Biomédica. 41, 384-387.

El Tiempo. (12 de Agosto de 2022). El Tiempo. Obtenido de https://www.youtube.-com/watch?v=AIgnLKA3GxE

Equidad para la infancia América latina. (2014). Infancia afro-descendiente, racismo estructural y nuevos escenarios en América Latina. Obtenido de Equidad para la infancia América latina: http://equidadparalainfancia.org/2013/08/infancia-afro-descendiente-racismo-estructural-y-nuevos-escenarios-en-america-latina/

FAO, FIDA, OPS, WFP y UNICEF. (2021). América Latina y el Caribe - Panorama regional de la seguridad alimentaria y nutricional 2021: estadísticas y tendencias. Santiago de Chile: FAO. doi:https://doi.org/10.4060/cb7497es

FAO, FIDA, OPS, WFP, UNICEF. (2021). América Latina y el Caribe - Panorama regional de la seguridad alimentaria y nutricional 2021: estadísticas y tendencias. Santiago de Chile: FIDA, OPS, WFP y UNICEF. doi:https://doi.org/10.4060/cb7497es

Fry, D., Germanio, A., Lu, M., Ivatury, S., & Vindrola, S. (2021). Violencia contra niños, niñas y adolescentes en América Latina y el Caribe 2015-2021: Una revisión sistemática – Resumen ejecutivo. Ciudad de Panamá: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Obtenido de https://www.unicef.org/lac/media/29031/file/Vio-

lencia-contra-ninos-ninas-y-adolescentes-en-America-Latina-y-el-Caribe-2015-2021.pdf

Fundación Baltazar Garzón-PUCP-COPERA Infancia. (2021). Perú: Situación de la primera infancia y estado emocional de sus cuidadores en tiempos de pandemia. Lima. Obtenido de https://fundacionbaltazarynicolas.org/wp-content/uploads/2022/06/ECIC-19-1.pdf

Garategaray, M., López-Casariego, V., Hammermúller, E., & Mercer, R. (2022). Impacto de la sindemia del COVID-19 en los derechos de niños, niñas y adolescentes en Argentina. Buenos Aires: Documento de trabajo de ALAPE, ORAS-CONHU, OPS/OMS, ISSOP.

García, S. (2020). COVID-19 y educación primaria y secundaria: repercusiones de la crisis e implicaciones de política pública para América Latina y el Caribe. Panamá: UNICEF.

Godoy-Garraza, L; Tobar, F; Rodríguez-Bernate, I. (2020). Out-of-pocket spending for contraceptives in Latin America. Sex Reprod Health Matters. 28: 332-341.

González, F., Pinzón-Segura, M. C., Pineda-Restrepo, B. L., Calle-Dávila, M., Siles-Valenzuela, E., Herrera-Olano, N., & Mesa-Rubio, M. (2021). Respuesta con enfoque de derechos de la niñez frente a la pandemia por COVID-19 en Chile, Colombia y Perú;. Rev Panam Salud. doi:https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.151

González, M., Loose, T., Liz, M., Pérez, M., Rodríguez-Vinçon, J. I., Tomás-Llerena, C., & Vásquez-Echeverría, A. (2022). School readiness losses during the COVID-19 outbreak. A comparison of two cohorts of young children. Child Development 93, 910-924.

Guerrero, G. (2021). Midiendo el impacto de la covid-19 en los niños y niñas menores de seis años en América Latina. Mapeo de encuestas en curso y sistematización de lecciones aprendidas. Diálogo Interamericano-UNICEF. Washington.

Gustavo, P., & Marquez, F. (2022). Colombia Potencia Mundial de la Vida: Programa de Gobierno 2022 – 2026. Bogotá.

Horton, R. (2020). Offline: COVID-19 is not a pandemic. Lancet, 396(10255), 874. doi:10.1016/S0140-6736(20)32000-6

Horton, R. (2020). Offline: COVID-19 is not a pandemic. Lancet, 396(10255), 874. doi:10.1016/S0140-6736(20)32000-6

Huepe, M., Palma, A., & Trucco, D. (2022). Educación en tiempos de pandemia. Una oportunidad para transformar los sistemas educativos en América Latina y el Caribe. Santiago: CEPAL.

ICBF. (2022). Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Obtenido de https://www.icbf.gov.co/migrantes

Imperial College London. (2022). Orfandad COVID-19. Obtenido de https://imperialcollegelondon.github.io/orphanhood_calculator/#/country/Peru

INEC, UNICEF. (2021). Trabajo infantil en Ecuador: Hacia un entendimiento integral de la problemática. UNICEF. Obtenido de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Libros/Trabajo_Infantil_en_Ecuador.pdf

Instituto Interamericano del Niño. (2021). Violencia a niños, niñas y adolescentes de las Américas: Una pandemia sin vacunas. Montevideo.

ISSOP. (Mayo de 2020). Declaration: Advancing Health Equity and Social Justice in Response to COVID-19. Obtenido de https://www.issop.org/category/contents/issop-position-statements/page/3/

Levitsky, S., & Ziblatt, D. (2018). How Democracies Die. Crown Publishing.

Marzonetto, G. (2019). La Política de los Programas de Cuidado Infantil en América Latina: un Análisis Comparado de Argentina, Chile y Uruguay 2005 – 2015. Obtenido de https://ri.unsam.edu.ar/bitstream/123456789/756/1/TDOC_EPYG_2019_MGL.pdf

MIMP. (2021). Consejos Consultivos de Niñas Niños y Adolescentes. Obtenido de MIMP: https://www.mimp.gob.pe/direcciones/dgnna/contenidos/articulos.php?codigo=30

MIMP. (2022). Consejos Consultivos de Niñas Niños y Adolescentes. Obtenido de https://www.mimp.gob.pe/direcciones/dgnna/contenidos/articulos.php?codigo=30

Ministerio de Educación de la Argentina; UNESCO. (2022). Declaración de Buenos Aires 2022: III Reunión de Ministras y Ministros de Educación de América Latina y el Caribe. Buenos Aires.

Naciones Unidas. (2022). Más de 800 pueblos indígenas de América Latina viven en una mayor precariedad tras la pandemia. Obtenido de https://www.ungeneva.org/es/news-media/news/2022/12/76021/-mas-de-800-pueblos-indigenas-de-america-latina-viven-en-una-mayor

Naciones Unidas. (2015). Objetivo 8. Trabajo decente y crecimiento económico. Obtenido de https://www.undp.org/es/sustainable-development-goals#trabajo-decente-crecimiento-economico

Natanson, J. (Agosto de 2022). Shoppings llenos, heladeras vacías. Le Monde Diplomatique. Obtenido de https://www.eldiplo.org/278-la-consagracion-de-la-desigualdad/shoppings-llenos-heladeras-vacias/

Nuguer, V., & Powell, A. (2020). Informe macroeconómico de América Latina y el Caribe 2020-Políticas para combatir la pandemia. BID.

Ocampo, J. A. (2022). Reforma Tributaria para la igualdad y la Justicia social. Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

OIT, UNICEF. (2021). Child Labour: Global estimates 2020, trends and the road forward. Obtenido de https://www.ilo.org/ipec/Informationresources/WCMS_797515/lang--es/index.htm

OMS. (2008). Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. O. Ginebra: Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.

OMS. (2020). Tasas de suicidio. Obtenido de https://www.who.int/data/gho/data/-themes/mental-health/suicide-rates

OMS. (2022). Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19). Obtenido de https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019

ONU. (1948). La Declaración Universal de Derechos Humanos. Obtenido de https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights.
ONU. (1948). La Declaración Universal de Derechos Humanos. París.

ONU. (1993). Obtenido de Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Viena, 1993: https://www.ohchr.org/es/about-us/history/vienna-declaration

OPS. (2017). INSPIRE. Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas.

OPS. (2020). Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2025: La equidad, el corazón de la salud. Washington, D.C.

OPS, UNFPA, UNICEF. (2018). Acelerar el progreso en la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Washington: OPS.

OPS/OMS. (2022). Vaccine Coverage. Obtenido de PAHO: http://ais.paho.org/imm/IM_JRF_COVERAGE.asp

OPS/OMS. (2022). Vacunación contra la CPVID-19 en las Américas. Obtenido de https://ais.paho.org/imm/IM_DosisAdmin-Vacunacion-es.asp

ORAS-CONHU. (2022). Desigualdades sociales en salud. Línea de base para una recuperación transformadora. Lima: Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue. Obtenido de https://www.orasconhu.org/sites/default/files/DESIGUALDADES_SOCIALES_EN_SALUD_2022.pdf

OurWorldinData. (28 de Septiembre de 2022). Obtenido de https://ourworldindata.org/covid-cases?

PNUD. (2021). Atrapados: alta desigualdad y bajo crecimiento en américa latina y el caribe. Resumen Informe Regional de Desarrollo Humano 2021. Obtenido de https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/migration/latinamerica/undp-rblac-RESUMEN-IRDH-ES.pdf

PNUD. (2021). Informe Regional de Desarrollo Humano 2021. PNUD.

Red Pro Cuidados. (2022). Documentos 2022. Obtenido de Red Pro Cuidados: http://www.redprocuidados.org.uy/documentos/

Roberts, A., & Sass , J. (22 de agosto de 2022). La Diaria. Obtenido de https://ladiaria.com.uy/economia/articulo/2022/8/el-nuevo-paradigma-de-la-resiliencia/

Rodríguez, E., & Escobar, A. (2022). Impacto de la sindemia del COVID-19 en los derechos de niños, niñas y adolescentes en Ecuador. Quito: Documento de trabajo de ALAPE, ORAS-CONHU, OPS/OMS, ISSOP.

Rodríguez, E., Garibotto, G., & De Souza, N. (2022). Impacto de la sindemia del COVID-19 en los derechos de niños, niñas y adolescentes en Ecuador. Montevideo: Documento de trabajo de ALAPE, ORAS-CONHU, OPS/OMS, ISSOP.

Sandel, M. (26 de septiembre de 2020). Meritocracia: la trampa del sueño americano. El País. Obtenido de https://elpais.com/cultura/2020/09/15/babelia/1600187630_504952.html

Silva, I., Bórquez, D., Rost, K., & Bozo, N. (2022). Impacto de la sindemia del COVID-19 en los derechos de niños, niñas y adolescentes en Chile. Santiago: Documento de trabajo de ALAPE, ORAS-CONHU, OPS/OMS, ISSOP.

Singer, M., Bulled, N., Ostrach, B., & Mendenhall, E. (2017). Syndemics and the biosocial conception of health. PubMed(10072), 941-950. doi:10.1016/S0140-6736(17)30003-X

Singuer, M., Bulled, N., Ostrach, B., & Mendenhall, E. (2017). Syndemics and the biosocial conception of health. PubMed(10072), 941-950. doi:10.1016/S0140-6736(17)30003-X

Stefanoni, P. (9 de Diciembre de 2021). ¿La rebeldía se volvió de derecha? Buenos Aires: Siglo XXI. Estudios. Obtenido de https://revistas.unc.edu.ar/index.php/restudios/article/view/35966

The Lancet. (2021). Global minimum estimates of children affected by COVID-19-associated orphanhood and deaths of caregivers: a modelling study. Obtenido de https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)01253-8/fulltext

Therborn, G. (2015). Los campos de exterminio de la desigualdad. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

UNESCO, CEPAL, UNICEF. (2022). La encrucijada de la educación en América Latina y el Caribe Informe regional de monitoreo ODS4-Educación 2030. UNESCO. Obtenido de https://www.unicef.org/lac/media/37776/file/La%20encrucijada%20de%20la%20educaci%C3%B3n%20en%20Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20el%20Caribe.pdf

UNESCO, UNICEF. (2021). Los aprendizajes fundamentales en América Latina y el Caribe Estudio Regional Comparativo y Explicativo (ERCE 2019). Santiago: UNESCO.

UNFPA. (2020). Impacto del COVID-19 sobre el acceso a anticonceptivos en países de América Latina y el Caribe. Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Obtenido de https://peru.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/factsheet_-peru._impacto_del_covid_19_en_el_a

UNFPA. (2020a). Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia América Latina y el Caribe. Obtenido de https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/unfpa_consecuencias_en_6_paises_espanol_1.pdf

UNFPA-CEPAL. (2021). Afrodescendientes y la matriz de la desigualdad social en América Latina. Retos para la inclusión. Santiago: CEPAL.

UNICEF. (2021a). 3 de cada 10 niños, niñas y adolescentes en América Latina y el Caribe viven con sobrepeso. Nota de prensa. Obtenido de https://www.unicef.org/lac/comunicados-prensa/3-de-cada-10-ninos-ninas-y-adolescentes-en-america-latina-y-el-caribe-viven-con-sobrepeso

UNICEF. (2022). Estado Mundial de la Infancia 2021. En mi mente: Proteger, promover y cuidar la salud mental de la infancia. Resumen Regional América Latina y el Caribe. Nueva York. Obtenido de https://www.unicef.org/es/informes/estado-mundial-de-la-infancia-2021

UNICEF. (Julio de 18 de 2022). Más de 2.4 millones de niños y niñas no han sido vacunados en América Latina y el Caribe. Obtenido de https://www.unicef.org/lac/comunicados-prensa/mas-de-24-millones-de-ninos-y-ninas-no-han-sido-vacunados-en-america-latina-y-el-caribe

UNICEF. (2022a). Perfil estadístico de la violencia contra la infancia en América Latina y el Caribe. Panamá.

UNICEF Argentina. (2021). Salud mental en tiempos de Coronavirus. Buenos Aires: UNICEF.

UNICEF Ecuador. (2022). Los Efectos del COVID-19 en el Bienestar de los Hogares en Ecuador: Resultados 2020 y 2022. Quito.

UNICEF Uruguay, CEPAL. (2020). Panorama de la Situación de Niños, Niñas y Adolescentes Afrodescendientes en Uruguay. Montevideo.

UNICEF y OIT. (2021). Trabajo Infantil: Estimaciones Mundiales 2020, Tendencias y Camino a Seguir.

UNICEF, CEPAL. (2019). Los derechos de la infancia afrodescendiente en América Latina y el Caribe. Boletín Desafíos N°22. Obtenido de https://www.cepal.org/es/publicaciones/tipo/boletin-desafios/22

Universidad de Edimburgo. (2021). Violencia contra niños, niñas y adolescentes en América Latina y el Caribe 2015-2021. Una revisión sistemática. Panamá.: UNICEF.

Villalobos, P., Maddaleno, M., Granizo, Y., Valenzuela, P., Castro, A., Vance, C., & Y Castillo, C. (2020). Interrupción de Servicios de Salud para Embarazadas, Recién Nacidos, Niños y Niñas, Adolescentes y Mujeres durante la Pandemia de COVID-19: Proyecto ISLAC 2020. Revista Panamericana de Salud Pública 45, OPS.

Villalobos, P., Maddaleno, M., Granizo, Y., Valenzuela, P., Castro, A., Vance, C., & Y Castillo, C. (2021). Interrupción de Servicios de Salud para Embarazadas, Recién Nacidos, Niños y Niñas, Adolescentes y Mujeres durante la Pandemia de COVID-19: Proyecto ISLAC 2020.

World Vision. (2020). Una tormenta perfecta: Más millones de niños sufren el riesgo de sufrir violencia durante el confinamiento y la "Nueva normalidad". Obtenido de https://www.worldvision.es/media/pzjfetmq/covid-19-una-tormenta-perfecta.pdf

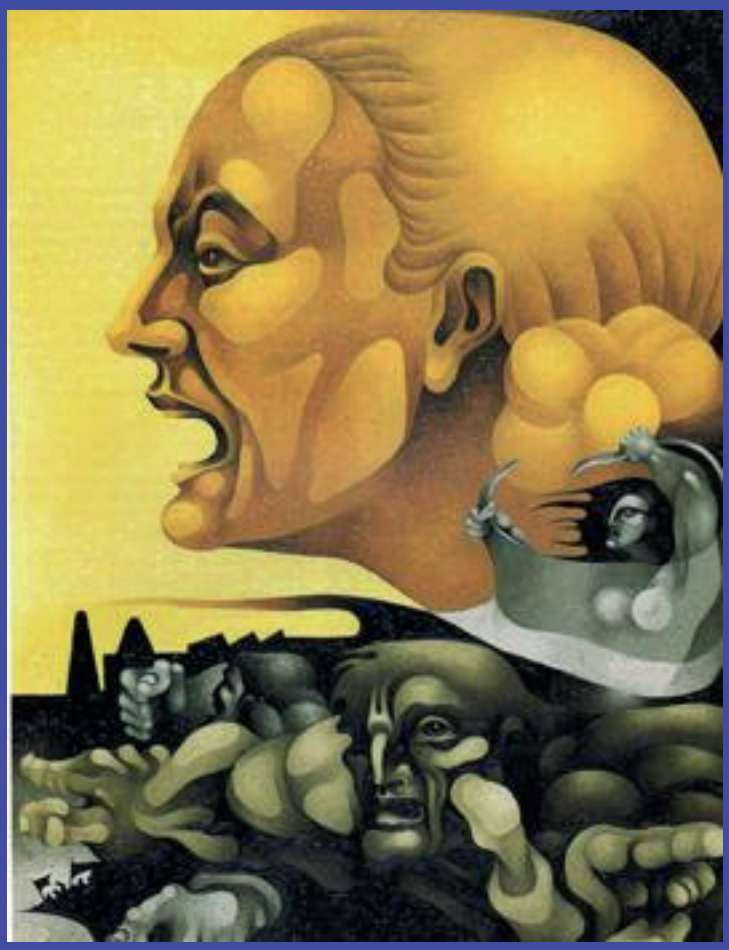
Worldometer. (2022). COVID Live. Estadísticas de coronavirus. Obtenido de https://www.worldometers.info/coronavirus/

ARGENTINA

La sindemia asociada a COVID-19 y los derechos de niñas, niños y adolescentes en Latinoamérica

Mirta Garategaray, Virginia López Casariego, Erica Hammermúller [1]
Raúl Mercer [2]

[1] Comité de Pediatría Social, Sociedad Argentina de Pediatría:
[2] Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) Argentina. Con la colaboración de la Lic. Natalia Benítez.



"Frente a las enfermedades que produce la miseria, la tristeza y el infortunio social de los pueblos, los microbios como causas de enfermedades son pobres causas"

Ramón Carrillo (1946)

"Determinantes sociales de la salud, los hechos irrefutables"

Informe R. Wilkinson y M. Marmot (OMS, 2003)

+ La sindemia asociada a COVID-19 y los derechos de niñas, niños y adolescentes en Latinoamérica

CONTENIDO

Introducción 132

1. Argentina: historia reciente 134

1.1 Pandemia–sindemia: lecturas y tensiones 135

2. Marco normativo 137

2.1 Normas específicas sancionadas por motivo de la pandemia COVID-19 139

3. Marco socioeconómico 141

3.1 Desigualdad 141
3.2 Pobreza e indigencia en la población de niñas, niños y adolescentes 142

4. Derecho a la salud 144

4.1 Acceso a atención y cuidados 144
4.2 Servicios y programas de salud 145

5. Derecho a la alimentación y nutrición 154

5.1 Alimentación y nutrición 154
5.2 Sobrepeso y obesidad 156
5.3 Trastornos alimentarios: bulimia y anorexia 157

6. Derecho al desarrollo infantil 158

6.1 Iniciativas de desarrollo infantil integral 158
6.2 Logros en desarrollo 160

7. Derecho a la educación 162

7.1 Acceso a la información 162
7.2 Déficit de escolarización 165
7.3 Políticas y programas educativos 167
7.4 Brecha digital 170

8. Derecho a la protección 172

8.1 Protección contra la explotación laboral 172

9. Derecho a la participación 175

9.1 Derecho a la decisión sobre la salud y la vida 175
9.2 Derecho a la identidad de género/s 177
9.3 Derecho a la participación política 177

10. Reflexiones y recomendaciones 179

11. Referencias 183

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Evolución del coeficiente de Gini del ingreso per cápita familiar. 141

Tabla 2. Incidencia de Pobreza e indigencia en los hogares y población 0-17 años. 2° semestre de 2016 a 2° semestre de 2021 143

Tabla 3. Coberturas nacionales de vacunación en el Recién Nacido. Argentina. Años 2009-2020 151

Tabla 4. Coberturas nacionales de vacunación en lactantes (%). Argentina 2009-2020 151

Tabla 5. Coberturas nacionales de vacunación al año de vida (%). Argentina 2009-2020 152

Tabla 6. Coberturas nacionales de vacunación al ingreso escolar. Argentina. (2009-2020) 152

Tabla 7. Coberturas nacionales de vacunación en adolescentes. Argentina. (2010-2020) 152

Tabla 8. Vacunación contra COVID-19 en NNA. Aplicación por condición 153

Tabla 9. Aplicaciones por género total país 153

Tabla 10. Inseguridad alimentaria en NNA 2010-2021 154

Tabla 11. Prevalencia de sobrepeso en niños y niñas menores de 5 años. 157

Tabla 12. Índice de desarrollo infantil temprano según región 2020 161

Tabla 13. Evolución del porcentaje de NNA de 3 a 5 años que no asiste a nivel inicial. Años 2010-2021 166

Tabla 14. Evolución del porcentaje de niñas y niños con sobre edad escolar. Años 2010-2021 166

Tabla 15. Evolución en el uso de plataformas digitales en niños/as de 13 a 17 años. Gestión estatal 2010-2020. 167

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución de los niños, niñas y adolescentes huérfanos/as según grupos de edad. Total del país. (marzo de 2020 - octubre de 2021) 145

Introducción

La situación de Argentina en relación con niños, niñas y adolescentes (en adelante NNA) y sus familias, cuidadores y referentes afectivos, tras el suceso de la pandemia del COVID-19, ha conmovido a toda la sociedad por su carácter inédito y global y nos convoca a compartir una lectura crítica propositiva de lo transitado y, por ende, a mirar los desafíos que enfrentamos pediatras y equipos de salud junto con los actores comprometidos con el reconocimiento y ejercicio de los derechos de la niñez.

Entre las lecciones aprendidas, sobresale, en primer lugar, la caracterización de la pandemia como "sindemia". En referencia a la emergencia del COVID-19, el concepto "sindemia" ha sido utilizado por algunos referentes latinoamericanos de la epidemiología social crítica, como Naomar Almeida Filho y Jaime Breihl, quienes valoran el aporte epistemológico y profundizan la lectura en términos de jerarquización de determinaciones sociales, incluyendo el modo hegemónico de producción agroalimentario, que dichos autores anudan a la propuesta de Boaventura de Sousa Santos "De la pandemia a la utopía" (Almeida Filho, 2022).

La urgencia, en términos de gravedad y trascendencia del COVID-19, nos convoca a lecturas contemporáneas de este proceso, que continúa hasta estos días, las cuales planteamos con el convencimiento de que, en los próximos años, contaremos con más y mejor información y, ojalá, con más serenidad en los análisis.

Este texto está escrito por pediatras, para la mayoría de nosotros, es la primera vez que transitamos una pandemia con derivaciones atípicas ya que, al mismo tiempo, nos vimos obligados a tomar medidas relacionadas con el cuidado de nosotros mismos, por ser trabajadores de la salud; es decir, por integrar uno de los grupos vulnerables. Estas vivencias particulares que hemos tenido nos invitan a pensar críticamente lo ocurrido, a lo que invitamos a todas y todos los colegas.

En este marco, en la presentación incluiremos las categorías y conceptos "proceso salud-enfermedad y atención-cuidado", desarrollados por la Medicina Social Latinoamericana y la Salud Colectiva, y retomados parcialmente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "Determinantes sociales de la salud", cuya caracterización epistemológica tiene un correlato que excede lo descriptivo/interpretativo, pudiendo constituirse en herramientas necesarias para construir un presente más saludable y más justo para NNA.

Asimismo, incorporamos el enfoque de desigualdades múltiples, consensuado en el actual proyecto marco, a partir de la propuesta para caracterizar a nuestra población de NNA, donde a las desigualdades de ingresos se agregan desigualdades en el acceso a la salud, a la educación, a la seguridad alimentaria, vivienda y hábitat saludables, de géneros, etnia, territoriales, entre otras.

En la misma línea, acorde al trabajo realizado junto con otros países hermanos latinoamericanos, entendemos que la perspectiva de derechos de NNA es un compromiso irrenunciable, asumido por nuestro país con jerarquía constitucional, y es nuestra referencia tanto en el trabajo cotidiano de la atención pediátrica, como en distintos espacios de investigación, gestión y de decisión de políticas públicas.

1. ARGENTINA: HISTORIA RECIENTE

En el siglo pasado, luego de la alternancia de gobiernos civiles y militares desde el año 1930, la desigualdad socioeconómica y el endeudamiento externo se consolidaron a partir de la dictadura cívico-militar de los años setenta, con la instalación del modelo económico neoliberal y el refuerzo de una economía bimonetaria con pérdida de soberanía económica. En términos éticos insoslayables, mencionamos en particular la emergencia del concepto de "desaparecido" con más de 30 000 víctimas, la apropiación de niños y niñas generando el hecho de ser hijos de la "sospecha" y la guerra de Malvinas, que también llevó a la muerte temprana a adolescentes y jóvenes, incluso luego de la guerra. Cabe recordar que las dictaduras latinoamericanas no han sido hechos aislados, si bien han tenido rasgos particulares en cada uno de nuestros países, hay otros común denominadores que no se pueden soslayar, como haber facilitado el ingreso masivo del capital financiero.

La recuperación de la democracia en nuestro país hizo visible el trabajo de los organismos de Derechos Humanos que, habiendo iniciado su lucha en los momentos más trágicos de nuestra historia reciente, hizo posible el juzgamiento de los genocidas, la recuperación de la identidad de muchos de los "nietos" apropiados y, así mismo, continúa convocando con la bandera de "Nunca más" y las políticas de Memoria, Verdad y Justicia, con un significativo acompañamiento de gran parte de la población en encuentros intergeneracionales, convocando hasta nuestros días a adolescentes y jóvenes, ya nacidos en democracia.

La democracia, ininterrumpida desde el año 1983, sigue siendo una construcción por defender, ya no de golpes militares sino de discursos autoritarios que desconocen derechos logrados, criminalizan la participación social de adolescentes y jóvenes y, en algunos casos, producen discursos y actos discriminatorios contra ciertos grupos y sectores sociales.

A su vez, en nuestra democracia de casi 40 años ininterrumpidos, la pobreza, la indigencia, el acceso inequitativo a salud y educación de calidad, y la calidez para NNA, entre otros, sigue siendo una deuda que nos interpela como equipos de salud, como ciudadanos/as.

1.1 Pandemia–sindemia: Lecturas y tensiones

Encontramos lecturas diferentes acerca de la situación de NNA durante la pandemia, así como de las políticas públicas implementadas, especialmente durante el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) y el Distanciamiento Social Preventivo Obligatorio (DISPO).

Desde algunas miradas, se plantea que los NNA han sido las principales víctimas ocultas de políticas públicas centradas en el cuidado de la población de adultos y adultos mayores, con mayor incidencia de enfermedad grave y muerte por COVID-19, desatendiendo el derecho a la educación presencial, entre otros derechos vulnerados.

Otras miradas han registrado el protagonismo de NNA en acciones de cuidado entre pares y, hacia personas mayores familiares y convivientes como un aprendizaje significativo e inédito. Al mismo tiempo, plantearon la responsabilidad de la sociedad en disminuir la circulación general, para acotar la morbilidad y mortalidad por el COVID-19 y propiciar que los servicios de salud pudieran recibir a todas las personas que lo necesitaran.

La diferencia que planteamos es jerarquizar desarrollos y aprendizajes situados, que reconozcan que los llamados "hitos del desarrollo infantil o de los aprendizajes" no son los mismos en todos los escenarios. La lectura que convocamos a revisar conduce a rotular como "epidemia de trastornos" a cambios en la cotidianeidad, que incluyeron otros aprendizajes y desarrollos desde los cuales seguir creciendo, sin subestimar las dificultades existentes.

En la lectura en que cada colectivo se posicione, todos/as coincidimos en el aumento de la pobreza que afecta principalmente a NNA en el contexto de la pandemia. Si retomamos la categoría de desigualdades múltiples, claramente lo que se profundizó fueron las desigualdades.

Asimismo, la afectación de distintos grupos etarios dentro de NNA estuvo fuertemente determinada por la presencia o no de adultos significativos, las posibilidades de sostener lazos sociales y las condiciones materiales de vida de sus familias y comunidades.

Cabe señalar que, en el año 2020 no solamente los NNA presentaron mayoritariamente cuadros de poca gravedad por COVID-19, como informa la literatura a nivel mundial, sino que la circulación de dicho virus redujo drásticamente la circulación de otras virosis respiratorias (VSR, Influenza y otras) asociadas a morbilidad y mortalidad en niñas y niños pequeños, y/o con padecimientos crónicos de salud, lo que complejiza aún más el análisis al menos durante el año 2020.

Queremos señalar que de ninguna manera es posible ni ético subestimar el impacto de la pandemia y, por ello acordamos acoger el concepto de sindemia para visibilizar el significativo impacto en la vida de NNA en nuestro país, a partir de desigualdades múltiples que se profundizaron.

Al mismo tiempo, las lecturas que hablan de "niñeces invisibilizadas", suelen no incluir que las políticas públicas implementadas en los meses inmediatamente previos y luego de iniciada la pandemia, jerarquizaron a las niñeces, especialmente las niñeces tempranas entre sus destinatarios a través de medidas de protección social. Entre ellas cabe mencionar los refuerzos de la Asignación Universal por Hijo (AUH), la Tarjeta Alimentar (inicialmente para hogares con niñas y niños menores de 6 años, luego extendida hasta los 14 años) y la implementación del Ingreso Familiar de Emergencia que consideraba particularmente hogares con NNA.

Desde esta perspectiva, entendemos que son lecturas en permanente construcción, considerando que los procesos diagnósticos y propositivos se retroalimentan permanentemente. Asimismo, entendemos que el análisis de determinaciones sociales exige periodos más largos de tiempo para poder evaluar las tendencias, aun considerando la excepcionalidad de la sindemia.

[3] Economía en la que se utilizan activamente dos monedas.

[4] "Hijo de la sospecha" se refiere a la sospecha de que los supuestos padres no son los padres sino que se apropiaron del hijo o la hija de otra familia.

2. MARCO NORMATIVO

El marco normativo vigente en Argentina incluye significativos cambios en las últimas décadas, de las cuales solo reseñamos algunos que consideramos especialmente pertinentes para esta presentación:

- La Constitución de la Nación Argentina (reforma 1994) incluye el derecho a la salud y al medio ambiente saludable en los artículos 42, 43 y en forma específica y amplia en el artículo 75 inciso 22, con la incorporación de Tratados internacionales de Derechos Humanos, entre ellos la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad.

- La Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (en adelante la CDN) fue ratificada en nuestro país en el año 1990, con solo dos observaciones. Una de ellas referida a la adopción internacional de NNA argentinos por adultos de otros países, que se relaciona especialmente con la apropiación de niños y niñas durante la última dictadura cívico-militar. La otra observación se refirió al alcance a niños y niñas incorporando perspectiva de género.

- La Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), ratificada por nuestro país en el año 2008, se incorporó con jerarquía constitucional plena en el año 2014.

- El Código Civil y Comercial de la Nación (sancionado en el año 2015) reconoce en el artículo 26, el derecho de NNA a ser oídos y la presunción de capacidad de adolescentes de decidir sobre su salud y su cuerpo en forma progresiva, hasta el reconocimiento como adultos a partir de los 16 años para las decisiones atinentes al cuidado de su cuerpo.

- En esta línea, un avance legislativo significativo en nuestro país fue la sanción en el año 2005 de la Ley 26.061 de "Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes", que derogó la Ley de Patronato y se adecúa a los estándares establecidos en la CDN. Todas las jurisdicciones de nuestro país sancionaron leyes en el mismo sentido, algunas previas y otras posteriores a la Ley Nacional, con mayor nivel de especificación instrumental.

A continuación, mencionaremos otras leyes nacionales sancionadas de particular relevancia para NNA, vigentes en la actualidad:

- Ley Nacional 25.871 (2003), de "Política Migratoria Argentina. Derechos y obligaciones de los extranjeros. Atribuciones del Estado".

- Ley Nacional 26.206 (2006), "Ley de Educación Nacional".

- Ley 26.485 (2009), "Nueva ley nacional de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que se desarrollen sus relaciones interpersonales".

- Ley 26529 (2009), Ley Nacional de "Derechos de los pacientes en su relación con los profesionales e instituciones de salud", que entre otras cuestiones jerarquiza el derecho a la información.

- Ley 26.618 (2010), de "Matrimonio Igualitario".

- Ley Nacional 26.657 (2010), "Ley Nacional de Salud Mental", que avanza en el sentido de propiciar gestiones y abordajes clínicos interdisciplinarios y en la garantía de personas (incluye NNA) institucionalizados contra su voluntad.

- Ley Nacional 26.742 (2012), que modificó la Ley de Derechos del Paciente 26.529, incorpora la "Protección de la Dignidad de los Enfermos en situación terminal o de Agonía".

- Ley Nacional 26.473 (2012), de "Derecho a la identidad de Género".

- Ley Nacional 26.678 (2022), de "Cuidados Paliativos".

Contamos con leyes específicas de empleo a nivel nacional relacionadas con la protección de derechos:

- Ley 20.744 (1976), de "Contrato de Trabajo".

- Ley 26.727 (2013), de "Régimen de Trabajo Agrario".

- Ley 26.844 (2013), de "Régimen Especial de Contrato de Trabajo para el Personal de Casas Particulares".

- Convenio Colectivo de Trabajo General para la Administración Pública Nacional Decreto 214/2006.

- La Constitución Nacional establece que la seguridad social es un derecho integral e irrenunciable (art. 14 bis).

- La Ley 24.714 (1996) establece un sistema de asignaciones familiares nacional y obligatorio, el Decreto 1602/2009 establece la Asignación Universal por Hijo (AUH) y el Decreto 446/2011 la AUE.

Entre las normas con especial alcance a hogares con NNA sancionadas en los meses previos a la declaración del COVID-19 como pandemia por la OMS, están:

- La Ley 27.519 (2019), que prorrogó hasta el 31 de diciembre de 2022 la Emergencia Alimentaria y Nutricional.

- La Ley Nacional 27.541 (23.12.2019), de "Emergencia pública. Ley de solidaridad social y reactivación productiva".

- La Resolución 8/2020 (13.01.2020), "Plan Nacional Argentina contra el Hambre", cuyo objetivo general es garantizar la seguridad y soberanía alimentaria de toda la población y familias argentinas, con especial atención en los sectores de mayor vulnerabilidad económica y social. (Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, 2020).

- Mesa Interdisciplinaria e Intersectorial, que convocó a referentes de organismos de derechos humanos, instituciones universitarias, sociedades científicas, referentes sindicales y empresariales. Al momento de la elaboración del presente informe, esta Mesa dejó de funcionar.

- Tarjeta Alimentar, inicialmente pensada como una tarjeta a distribuir por el Banco de la Nación, se comenzó a distribuir en diciembre de 2019. En el marco de la pandemia se implementó como una transferencia destinada a hogares con niñas y niños de 0 a 6 años, personas con discapacidad que reciben la AUH, y embarazadas a partir del tercer mes que cobran la Asignación Universal por Embarazo (AUE); está orientada a la compra de alimentos y bebidas no alcohólicas. En mayo de 2021, esta prestación se amplió a hogares con hijas e hijos hasta 14 años

▸▸ 2.1 Normas específicas sancionadas por motivo de la pandemia COVID-19

- Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU) 260 (12.03.2020). Emergencia sanitaria por Coronavirus COVID-19 y sus modificaciones por el DNU 287 (18.3.2020).

- DNU 297/2020 (20.03.2020). Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO). Establece en el artículo 1° que:

> A fin de proteger la salud pública, lo que constituye una obligación inalienable del Estado nacional, se establece para todas las personas que habitan en el país o se encuentren en él en forma temporaria, la medida de "aislamiento social, preventivo y obligatorio" en los términos indicados en el presente decreto.

Dicho decreto fue prorrogado periódicamente el 11 de abril, 24 de abril, 26 de abril, 11 de mayo, 25 de mayo del año 2020 con alcance nacional.

- Decreto 310/2020 (24.03.2020), instituye con alcance nacional el "ingreso familiar de emergencia", como una prestación monetaria no contributiva de carácter excepcional, destinada a compensar la pérdida o grave disminución de ingresos de personas afectadas por la situación de emergencia sanitaria declarada, que se suma a la AUH y AUE en los casos que estos hogares los estuvieran recibiendo.

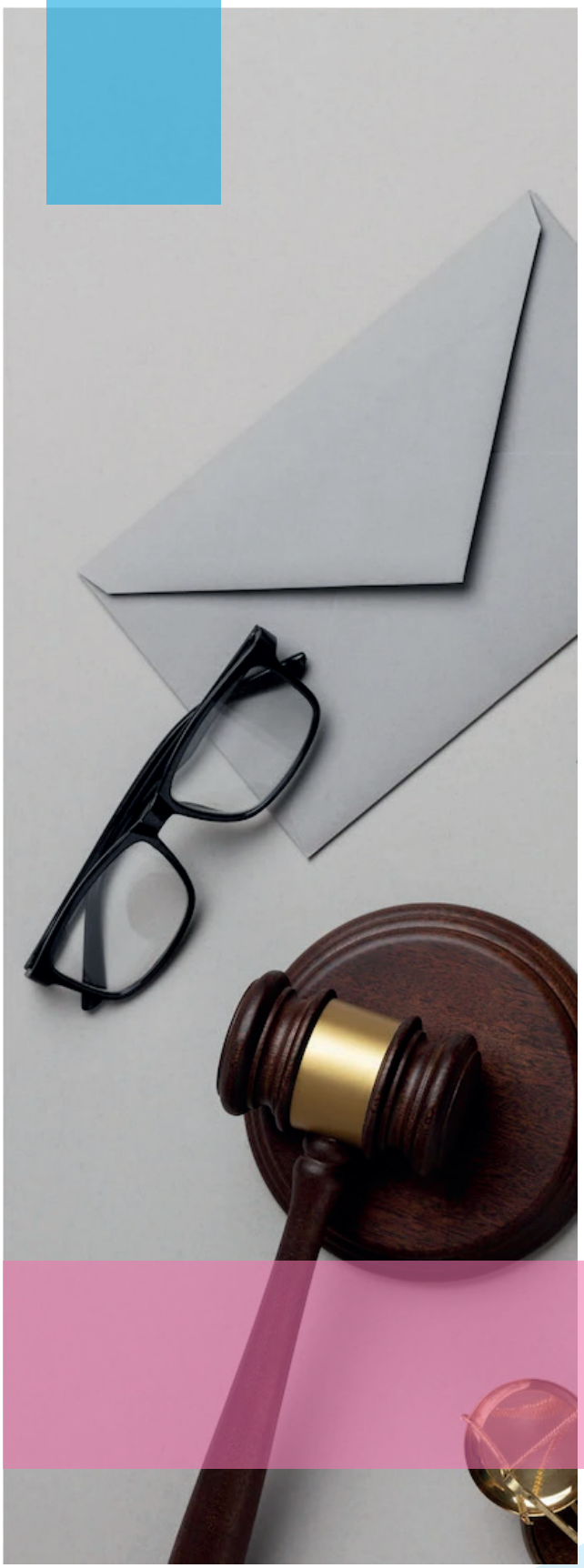
- Decreto 520/2020 (08.06.2020), de "Distanciamiento social, preventivo y obligatorio", a partir del cual se establecen diferentes modalidades de restricción a la circulación, de acuerdo con la situación epidemiológica de cada jurisdicción.

- Resolución 106/2020 (16.03.2020). Programa "Seguimos Educando": asume que el rol de la escuela resulta irremplazable, pero entiende que, en este excepcional contexto, resulta necesario llevar adelante para hacer efectivo el derecho a la educación, un programa que facilite el acceso a contenidos educativos y bienes culturales hasta tanto se supere la emergencia. (Ministerio de Educación, 2020).

- Resolución 108/2020 (18.03.32020), en el Artículo 1° afirma:

> Establecer en acuerdo con el Consejo Federal de Educación y en coordinación con los organismos competentes de todas las jurisdicciones, conforme con las recomendaciones emanadas de las autoridades sanitarias, y manteniendo abiertos los establecimientos educativos, la suspensión del dictado de clases presenciales en los niveles inicial, primario, secundario en todas sus modalidades, e institutos de educación superior. (Ministerio de Educación, 2020, p. 1)

Lo que se fue derogando acorde a las disposiciones nacionales y jurisdiccionales de ASPO y DISPO.



3. MARCO SOCIOECONÓMICO

Desde 1983, en los 40 años de continuidad democrática en el país, cabe señalar dos momentos críticos que profundizaron y consolidaron las desigualdades económicas y sociales: la hiperinflación de 1989-1991 y la cesación de pagos de la deuda externa en 2001, con la consecuente salida de la convertibilidad, que actuaron como grandes disciplinadores sociales y cuyo impacto continúa hasta el presente.

Durante la década pasada, en el período de gobierno 2015-2019, hubo dos momentos de saltos cuantitativos en las tasas de pobreza e indigencia, junto con un aumento significativo del endeudamiento externo, trayendo como consecuencia la salida de activos al exterior, tema que aún persiste.

En los últimos años, el aumento generalizado de los precios de los alimentos y de los servicios esenciales se ha traducido en un incremento de inflación y pobreza, con la consecuente disminución cuali-cuantitativa de la alimentación de los hogares y una brecha aún mayor en el acceso a las tecnologías, problemáticas que afectan especialmente a NNA. La crisis social y económica agravada por la pandemia persiste hasta la actualidad, con niveles elevados de desocupación y de pobreza, mayor a los niveles prepandémicos.

▸▸ 3.1 Desigualdad

El impacto en el aumento de las desigualdades en la distribución del ingreso, medido por el índice de Gini, se evidenció en el período 2000-2021; mientras que en el período 2008-2019 registraba una progresiva reducción, como lo muestra la Tabla 1.

Tabla 1. Evolución del coeficiente de Gini del ingreso per cápita familiar.
Total 31 aglomerados urbanos - Años 2008 - 2021

Años	2008	2014	2017	2020*	2021**
Índice de Gini	0.42	0.39	0.39	0.45	0.45

*1° semestre de 2020, ingreso per cápita familiar (IPCF) para el total de la EPH (total urbano).
**1° semestre de 2021. INDEC.

La intervención del Estado a través de transferencias monetarias como las jubilaciones, asignaciones universales y demás prestaciones sociales, han contribuido a morigerar significativamente los niveles de desigualdad distributiva en el país, particularmente en la población de NNA, sus familias y las mujeres adultas mayores.

▸▸ 3.2 Pobreza e indigencia en la población de niñas, niños y adolescentes

• POBREZA MONETARIA Y PRIVACIONES NO MONETARIAS

En décadas recientes se han puesto de manifiesto el peso de otras desigualdades más allá de los ingresos, se trata de las desigualdades de género, las raciales y las ambientales como determinantes de la salud y las condiciones de vida de la población, en particular, en la vida y desarrollo de NNA.

La consideración en el análisis de las desigualdades de las privaciones no monetarias o de derechos permite observar la magnitud de las otras "formas de pobreza", tal como lo plantea la Agenda 2030 del desarrollo sostenible, a la vez que conduce a una concepción más adecuada de las carencias relevantes, cuando se pone el foco en la niñez y la adolescencia.

Este concepto más amplio de pobreza incluye privaciones en aquellos derechos que pueden ser estimados de alguna forma con la Encuesta Permanente de Hogares (EPH): educación, protección social, características de la vivienda, saneamiento básico, acceso al agua potable y hábitat seguro.

La pérdida del empleo y la disminución de los ingresos laborales durante la pandemia, han agravado las tasas de pobreza e indigencia a nivel país, profundizando la vulnerabilidad social de buena parte de la población.

La incidencia de pobreza e indigencia de los hogares y de la población infantil y adolescente, como evidencia la Tabla 2, ha continuado la tendencia en aumento en el período 2020-2021. En el análisis de la distribución por grupos poblacionales la pobreza es más elevada en NNA, como sintetiza la expresión que no se ha logrado revertir por décadas: "la mayoría de los pobres son niños y la mayoría de los niños son pobres".

Tabla 2. Incidencia de pobreza e indigencia en los hogares y población 0-17 años. 2° semestre de 2016 a 2° semestre de 2021[1]

	2º 2016	1º 2017	2º 2017	1º 2018	2° 2018	1º 2019	2º 2019	1º 2020	2º 2020	1º 2021	2º 2021
Pobreza											
Hogares	21.5	20.4	17.9	19.6	23.4	25.4	25.9	30.4	31.6	31.2	27.9
NNA	46	43.1	40.0	41.6	47.2	52.5	53.1	57.0	58.0	___	51.4
Indigencia											
Hogares	4.5	4.5	3.5	3.8	4.8	5.5	5.7	8.1	7.8	8.2	6.1
NNA	10	10.5	7.8	8.1	11.1	12.9	14.2	15.7	16.0	___	___

Fuente. Elaboración propia sobre la base de EPH-INDEC. SENAF, DNGDI, INDICADORES NNA. Disponible en: https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-4-46-152.

Estas cifras de pobreza por ingresos evidencian cómo, a pesar de que la desigualdad pueda mostrar indicadores relativamente estables con una leve tendencia regresiva, impacta la pobreza fuertemente en hogares con NNA.

4. DERECHO A LA SALUD

▸▸ 4.1 Acceso a atención y cuidados

La sindemia permite analizar la capacidad de respuesta de los sistemas de servicios de salud ante situaciones críticas, a la vez que ilumina la lógica de cuidados que incluye y excede modalidades de promoción, prevención y atención.

Presentamos algunos datos epidemiológicos:

- Desde el inicio de la pandemia, hasta el 31 de enero de 2022, se registraron en Argentina 666.663 casos confirmados de COVID-19 en menores de 18 años. Esta cifra representa el 8.5 % del total de casos registrados en el país (8 337 620). La mediana de edad de los casos en menores fue de 13 años y unos 22 234 eran menores de 1 año, lo que representa un 3.3 %.

- Del 0.4 % del total de NNA que habían contraído coronavirus, fallecieron por la enfermedad, aproximadamente 300 NNA.

- El nivel de letalidad en NNA fue muy inferior a la de la población general donde el porcentaje de fallecidos fue de 1.5 % (120 976).

- Durante el año 2020 la circulación de otras virosis que afectan especialmente a NNA se vio significativamente acotada por las medidas ASPO y DISPO, inicialmente generalizadas y por la propia circulación del COVID-19, que desplazó de la circulación a otros gérmenes. Ello se tradujo en menos NNA con otras afecciones e incluso con menos episodios críticos en enfermedades crónicas.

- En la Argentina, durante 2020 fallecieron 2585 adolescentes. El riesgo de morir en adolescentes varones fue el doble que en las mujeres. El 75 % de las muertes se produjeron entre los 15 y 19 años. La brecha de la mortalidad adolescente entre las jurisdicciones de la Argentina refleja una inequidad preocupante: más de la mitad se produjeron por causas externas.

- Los suicidios representan un tercio de las muertes, asociadas por causas externas, en los adolescentes de 15 a 19 años.

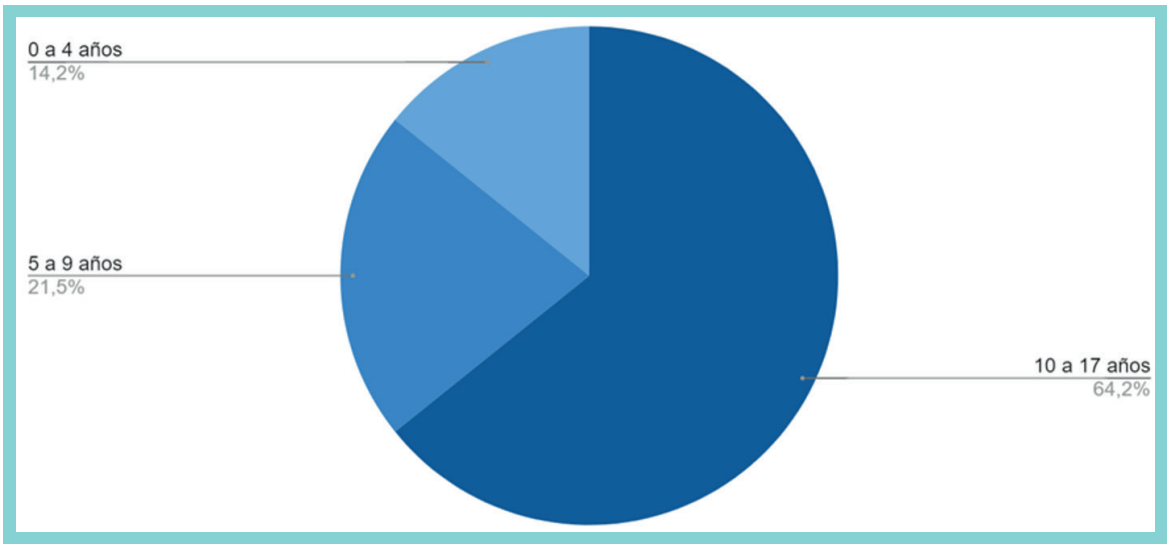
- En Argentina, se suicidaron 383 adolescentes en el año 2020, y 9 de cada 10 se produjeron entre los 15 y 19 años. El mayor impacto del suicidio adolescente se observó en las jurisdicciones del norte argentino, principalmente en varones.

En el año 2020 fallecieron 239 adolescentes por accidentes de tránsito, principalmente entre los 15 y 19 años; 9 de cada 10 muertes adolescentes por homicidio ocurrieron entre los 15 y 19 años. El 0.1 % de las muertes por COVID-19 en 2020, se produjo en adolescentes de 10 a 19 años.

De acuerdo con un estudio publicado durante 2022 por la revista The Lancet, se estima que hasta octubre de 2022 había en Argentina 30 300 niños y niñas afectados/as por la orfandad asociada al COVID-19, cifra que representa aproximadamente 2 NNA huérfanos por cada 1000.

En el contexto mundial, nuestro país ocupó el puesto número 8 entre los países más afectados por esta situación. Dentro de este grupo se registra que la orfandad por fallecimiento del padre fue significativamente mayor, el 77 % de los casos, que la registrada por fallecimiento de la madre.

Gráfico 1. Distribución de los niños, niñas y adolescentes huérfanos/as según grupos de edad. Total del país. (marzo de 2020 - octubre de 2021)

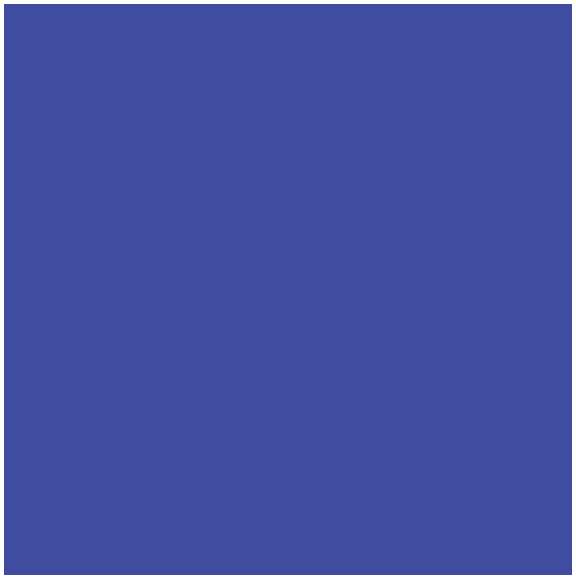


Fuente: elaboración propia sobre la base de estimaciones publicadas por la revista The Lancet (Unwin et al, 2022).

De acuerdo con el rango etario, la orfandad fue experimentada mayormente (64.2 %) por niños, niñas y adolescentes de 10 a 17 años, luego por los niños y niñas de 5 a 9 años (21.5 %) y, en un porcentaje menor por los niños y niñas de 0 a 4 años (14.2 %).

4.2 Servicios y programas de salud

En una primera caracterización de las respuestas a la pandemia, referimos la diferenciación planteada por Mario Rovere (2021) en términos de:



En un somero intento de caracterizar la situación y casi desde el comienzo de la pandemia en marzo del 2020, se percibió a nivel mundial que entre enfermar y no enfermar cada Estado ponía en juego su capacidad política, su capacidad de gobernar, la de construir consensos [...]

Pero, otra partida simultanea se disputaba entre enfermar y no agravarse o entre enfermar y no fallecer, es decir en la capacidad de los sistemas y servicios de salud —tan debilitados en las últimas décadas— para enfrentar, no solo la cantidad, sino la intensidad y gravedad de los casos, que puso a los sistemas de salud de todos los países del mundo al borde del colapso. Entendiendo por colapso la imposibilidad material de brindarle a los ciudadanos y a las ciudadanas de sus respectivos países la información adecuada, la detección temprana, el seguimiento de contactos, el monitoreo de pacientes domiciliarios, los cuidados comunitarios y ambulatorios, y los cuidados intermedios o intensivos que según las formas clínicas de la enfermedad se pudieran necesitar. (Roveré, M, 2021, p. 22)

En Argentina contamos con un sistema de servicios de salud mixto, con participación de subsectores público estatal, de la seguridad social y privado. Esta diferenciación abre muchas otras formas de fragmentación, entre las que destacamos el ingreso masivo del sector privado-financiero a la seguridad social en los 90 y, los subsidios cru-

zados de financiamiento público al sector privado de múltiples formas.

Si bien no contamos con información precisa, en nuestro país, aproximadamente el 10 % del PBI se dedica a la salud, lo que podría traducirse en algo menos de 1000 dólares promedio por año por habitante. A su vez, aproximadamente entre el 30 y 40 % de esos recursos se dedica a medicamentos y vacunas, porcentaje posiblemente en alza, a partir de las vacunaciones masivas y reiteradas para el COVID-19.

Estos porcentajes pueden ocultar inequidades muy marcadas, que planteamos sumar al análisis de desigualdades múltiples por edad, género, religión, etnia, entre otros. En este contexto, cabe señalar que no solamente ha sido el subsector público el que más amplió su capacidad prestadora, adecuándose a necesidades y urgencias, sino que el financiamiento a los otros subsectores facilitó que continuaran prestando servicios durante la pandemia. Nuevamente, en palabras de Mario Rovere (2021), "En todas las crisis económicas, sociales y sanitarias se probó una y otra vez que el subsector público es el principal recurso contra cíclico para enfrentarlas" (p. 25).

En Argentina, existe una oferta amplia de programas, servicios y recursos de salud dirigidos a personas gestantes, niños y niñas. Fundamentalmente corresponden a centros de salud y hospitales públicos financiados por las provincias, como Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe, y por los municipios. También los programas nacionales como el SUMAR e Inmunizaciones contribuyen con recursos financieros, insumos y asistencia técnica.

Si bien existen brechas en la cobertura y el acceso, las principales poblaciones que buscan cubrir estas iniciativas son las siguientes:

- Embarazadas: captación temprana, seguimiento, detección de enfermedades infecciosas (VIH, sífilis).
- Recién nacidos: atención durante el parto, manejo de la hipoxia neonatal, detección de infecciones connatales, metabólicas, promoción del apego y la lactancia materna.
- Niños y niñas: calendario de vacunaciones, prácticas de crianza y estimulación temprana, promoción de la inclusión de niños y niñas con discapacidad, manejo de morbilidad prevalente. Evaluación sistemática del desarrollo infantil.

Además, hay servicios similares ofrecidos por las Obras Sociales y las empresas de medicina prepaga para sus afiliadas/os.

• ATENCIÓN PERINATAL

Las condiciones adversas durante el embarazo pueden hacer que el feto se desarrolle de forma subóptima. Se ha demostrado que la privación social y afectiva de la mujer embarazada (alta

deserción educativa, de controles prenatales y de contención emocional) afecta negativamente la salud y genera alteraciones anatómicas y funcionales en el feto.

Las barreras en el acceso a servicios de salud durante la gestación pueden poner en riesgo la supervivencia y la calidad de vida del niño o niña y la madre. La discriminación o cualquier situación que vulnere sus derechos también pueden afectar al bebé.

• ATENCIÓN DURANTE EL EMBARAZO

A continuación, se incluye información provista para el año 2019 por el Sistema Informático Perinatal para la Gestión del Ministerio de Salud de la Nación:

- A nivel nacional, el 30.1 % de los nacimientos registrados tuvieron un "control prenatal insuficiente", es decir, menos de cinco consultas durante todo el embarazo.
- En cuanto a las brechas provinciales, se registraron niveles que van de 49.4 % a 11.9 %. Un 4.5 % de los nacimientos no tuvo control prenatal, con valores extremos en Catamarca (17.5 %) y La Pampa (0.4 %).
- El 40.7 % tuvo un primer control antes de la semana 13. Las variaciones provinciales abarcaron entre el 12.9 % y el 58.6 %. Los valores extremos provinciales corresponden a la región del Noroeste Argentino (Santiago del Estero, Catamarca y Tucumán, respectivamente) el primero y La Pampa el segundo.

Con respecto a los partos, 99 % ocurrió en un establecimiento de salud (DEIS, 2019). La tasa de acompañamiento durante el parto (como expresión del parto respetado) presenta una media nacional de 52.8 %. Las variaciones provinciales registraron niveles entre el 77.4 % y el 11.5 % (Neuquén y Catamarca, respectivamente).

En relación con los recién nacidos, se destaca la contribución de la prematurez como principal causa de mortalidad infantil. En 2018, el porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer (<2500 gramos), muy bajo peso al nacer (<1500 gramos) y extremo bajo peso al nacer (< 1000 gramos) a nivel nacional fue de 8.1 %, 1.4 %, y 0.5 %, respectivamente, con ligeras diferencias provinciales.

• COBERTURA DE VACUNACIÓN

La estrategia de prevención primaria a través de las vacunas es una medida de salud pública que ha demostrado un alto impacto y, en nuestro país, es una política de Estado que se evidencia en el crecimiento que ha tenido el Calendario Nacional de Vacunación en estos últimos años, y que probablemente sea una de las políticas más equitativas para la población.

La ampliación del acceso a la inmunización es fundamental para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), ya que no solo evita el sufrimiento y las defunciones causadas por enfermedades infecciosas, sino que también se traduce en beneficios más amplios en materia de educación y desarrollo económico.

La Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), a través del Observatorio de la Infancia, pretende actualizar la información científica disponible en relación con las coberturas de vacunación en las diferentes edades de la población pediátrica, utilizando algunas de ellas como "trazadoras" del comportamiento de estas.

En la Argentina, gracias a la vacunación, no se registran casos autóctonos de sarampión desde el año 2000, de rubéola congénita desde 2009, poliomielitis desde 1984, difteria 2006, tétanos neonatal 2007 y se redujo en más del 96 % los casos de trasplante hepáticos por el virus de la hepatitis A.

Las coberturas de vacunación se encuentran en descenso para todas las vacunas trazadoras analizadas, en todos los grupos etarios. A su vez, el grupo <1 año presenta el descenso más dramático en el tiempo y por ende de mayor riesgo (SAP y UNICEF, 2022). Desde la eliminación de la enfermedad por sarampión, hasta el año 2018 se registraron un total de 43 casos importados y relacionados con la importación. Entre semana epidemiológica (SE) 1 del año 2019 y la SE 12 de 2020, se confirmaron un total de 199 casos de sarampión, de los cuales 18 fueron importados, 2 relacionados a la importación y 179 casos de origen desconoci-

do. Estos últimos corresponden al mayor brote desde la eliminación que se extendió por 29 semanas, con el último detectado en la semana 12 del año 2020.

Durante la evolución de la pandemia por COVID-19, los sistemas de salud se enfrentaron globalmente a un incremento abrupto de la demanda asistencial relacionada con personas con sospecha y/o confirmación de enfermedad por SARS-CoV-2. En este contexto, ante sistemas de salud abrumados y en algunos casos desbordados, tanto la mortalidad directa por el brote como la mortalidad indirecta por condiciones prevenibles y tratables, aumentaron dramáticamente a nivel mundial. Esta situación generó que la OMS recomendara sostener a la vacunación como uno de los servicios de salud esenciales que no debían ser interrumpidos.

El Ministerio de Salud de Argentina, por su parte, desde el inicio de la pandemia emitió recomendaciones nacionales relacionadas a sostener las estrategias de vacunación:

- 3 de abril de 2020: "Recomendaciones para vacunar en contexto de pandemia de acuerdo con la situación epidemiológica actual en Argentina".
- 17 de abril de 2020: "Estrategias de sostenimiento de la vacunación en contexto de pandemia. Calendario Nacional de Vacunación".
- 26 de agosto de 2020: "Sostenimiento de la vacunación de calendario en contexto de pandemia".

Estas recomendaciones estuvieron destinadas a fomentar la vacunación remarcando que, incluso en el marco del curso de la pandemia, esta era y es considerada una prioridad de salud pública, que debía ser sostenida independientemente de la fase de aislamiento en la que se encontrara cada jurisdicción.

No obstante, el impacto negativo que ha tenido la pandemia por SARS-CoV-2, tanto en la oferta como en la demanda de servicios de vacunación a lo largo del mundo, no debe ser minimizado y constituye una problemática urgente de salud pública. Si bien el mayor impacto se ha registrado en diversos países durante los períodos de mayor cantidad de casos y muertes por COVID-19 y/o de confinamiento estricto, el impacto global sobre las coberturas de vacunación es preocupante. América Latina y Argentina no han estado exentas de esta situación

El Calendario Nacional de Vacunación (CNV) de Argentina contempla 20 antígenos vacunales que forman parte de vacunas regulares, gratuitas y obligatorias para todas las etapas del curso de la vida. El crecimiento y la complejidad progresiva que ha adquirido nuestro CNV en la última década, consecuencia de la incorporación de nuevas vacunas y/o modificación de esquemas, podrían considerarse parte de la multiplicidad de factores que han impactado sobre el cumplimiento, acceso y/o adherencia a los esquemas de vacunación previo a la pandemia. Sin embargo, no cabe duda de que el descenso en las coberturas de vacunación evidenciado en los últimos años ha sido multifactorial y consideramos fundamental avanzar en estrategias que aborden esta problemática en su totalidad.

Tabla 3. Coberturas nacionales de vacunación en el RN. Argentina. Años 2009-2020. (%)

Años Vacunas	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
BCG <7ds	90	82	85	85	86	92	85	81	87	84	78	72
HBV <12hs	82	79	85	88	85	87	84	81	82	83	77	72

Fuente: elaboración propia sobre la base de MSAL 2021.

En las vacunas que corresponden al RN, se puede observar un descenso progresivo que significó una disminución de 18 puntos de cobertura para la vacuna BCG y de 5 puntos para la vacuna contra la hepatitis B entre 2009 y 2020.

Tabla 4. Coberturas nacionales de vacunación en lactantes (%). Argentina 2009-2020

Vacunas	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
3°dosis polio	97	95	93	90	90	92	93	88	85	85	83	75
3°dosis quintuple	94	94	92	91	94	94	94	92	88	86	83	75

Fuente: elaboración propia sobre la base de MSAL 2021.

En las vacunas que corresponden al lactante, se puede observar un descenso progresivo que significó una disminución de 22 puntos de cobertura para la 3º dosis de vacuna antipoliomielítica y de 11 puntos para la 3º dosis de vacuna quíntuple entre 2009 y 2020.

Tabla 5. Coberturas nacionales de vacunación al año de vida (%). Argentina 2009-2020

Vacunas	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
TV1°dosis	103	105	95	94	95	95	89	91	90	95	86	77
HAV	104	97	97	96	94	94	90	88	87	93	84	78
Neumo 13				22	89	89	82	83	78	88	80	75

Fuente: elaboración propia sobre la base de MSAL 2021.

En las vacunas que corresponden al año de vida, se puede observar un descenso progresivo que significó una disminución de más de 23 puntos de cobertura para la primera dosis de vacuna triple viral (TV) y la vacuna contra la hepatitis A (HAV) entre 2009 y 2020.

Tabla 6. Coberturas nacionales de vacunación al ingreso escolar. Argentina. (2009-2020)

Vacunas	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Polio 2°R	104	98	95	94	89	101	88	87	90	102	84	70
DPT	100	97	93	95	90	99	88	88	90	103	85	72
TV R	97	94	91	89	83	96	87	88	91	101	84	72

Fuente: elaboración propia sobre la base de MSAL 2021.

En las vacunas que corresponden al ingreso escolar, se puede observar un descenso progresivo que significó una disminución de 25 puntos o más de cobertura para el segundo refuerzo de vacuna antipoliomielítica, la vacuna triple bacteriana (DTP) y el refuerzo de vacuna triple viral entre 2009 y 2020.

Tabla 7. Coberturas nacionales de vacunación en adolescentes. Argentina. (2010-2020)

Vacunas	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
dTpa	55	73	78	40	75	75	82	87	83	80	71
VPH1°dosis Fem		68	68	85	85	85	86	85	90	87	71
VPH2°dosis Fem		39	58	72	82	52	58	52	60	60	45
VPH1°dosis Masc								59	77	78	63
VPH2°dosis Masc								23	45	49	39

Fuente: elaboración propia sobre la base de MSAL 2021.

La estrategia de vacunación en adolescentes ha avanzado en la última década, con la incorporación sucesiva al CNV de distintas vacunas destinadas a esta etapa de la vida. En el año 2017 y 2018 se alcanzaron las coberturas máximas registradas en todo el período para dTpa como para la primera y segunda dosis de VPH en mujeres, respectivamente. Sin embargo, en el año 2019 se registró un detenimiento en el aumento progresivo de estas coberturas de vacunación respecto a lo que se evidenciaba en los años previos.

• VACUNACIÓN COVID-19

Tabla 8. Vacunación contra COVID-19 en NNA. Aplicación por condición

Edad	Aplicaciones
12-17 años con FR	1.533.742
3-11 años con FR	582.494
12-17 años sin FR	6.474.707
3-11 años sin FR	8.862.235
Total Aplicaciones	17.453 178

Fuente: elaboración propia sobre la base de MSAL 2021.

Tabla 9. Aplicaciones por género total país

Género	Número	Porcentaje
Mujeres	57 440 834	52.66 %
Hombres	51 385 054	47.11 %
Otros	246 999	0.23 %
Total	109 072 887	100 %

Fuente. Monitor público de vacunación 2022.
Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/vacuna/aplicadas

5. DERECHO A LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

▸▸ 5.1 Alimentación y nutrición

En este campo, las problemáticas se relacionan con dos conceptos importante a considerar:

1) Seguridad alimentaria: cuando todas las personas tienen acceso en todo momento a alimentos suficientes, seguros y nutritivos para cubrir sus necesidades nutricionales y las preferencias culturales para una vida sana y activa (FAO, 1996).

2) Soberanía alimentaria: es el derecho de los pueblos a alimentos nutritivos, culturalmente adecuados, accesibles, producidos en formas sostenible y ecológicas, así como a decidir su propio sistema alimentario y productivo (Declaración Vía Campesina de Nyéléni, 2007).

En ese sentido, durante la última década en Argentina, se registraron aumentos en los niveles de inseguridad alimentaria, no solamente durante la pandemia. Esto señala la importancia de leer los indicadores de nutrición, como la lactancia materna, consumo de lácteos, frutas y verduras, no solamente desde las carencias nutricionales, sino enmarcarlos en los contextos de disputa con el modo de producción del agronegocio en nuestro país y en el mundo, que los relacionan con seguridad y soberanía alimentarias.

Tabla 10. Inseguridad alimentaria en NNA 2010-2021

Año	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2020
IAT	Inseguridad alimentaria total en NNA											
	21,8	18,3	19,9	20,1	21,8	20,3	21,5	21,7	29,3	30,5	37,2	29,2
	Inseguridad alimentaria severa en NNA											
	11,3	9,6	10,2	10,2	8,7	8,9	9,8	9,6	13,5	14,0	15,2	14,9

Fuente: Condiciones de vida y desarrollo de la infancia: continuidades y rupturas en la salida de la pandemia. (Informe Junio 2022). OSA-UCA-FONCYT.
https://wadmin.uca.edu.ar/public/ckeditor/Observatorio%20Deuda%20Social/Presentaciones/2022/2022-OBSERVATORIO-PRESENTACION-INFORME-BDSI-UCA-%202010-2021.pdf

Así, en cuanto al indicador de lactancia materna (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2019) el 96.9 % de las niñas y los niños iniciaron la lactancia materna al nacer. La frecuencia de LME resultó inferior a medida que aumentó la edad del lactante. 10.7 % de las niñas y los niños menores de 6 meses no recibía lactancia materna. La edad promedio de abandono de la LM fue de 6.3 meses.

En cuanto a otros resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNYS 2):

- 32.5 % de la población de dos años y más refirió haber consumido frutas al menos una vez por día durante los últimos tres meses. Los encuestados del quintil más alto reportaron casi el doble de consumo de frutas que el quintil más bajo (45.3 % vs. 22.8 % respectivamente).

- El grupo de 13 a 17 años refirió un consumo de frutas frescas de 21.4 %, que resultó menor que el porcentaje del grupo de 2 a 12 años (36.3 %), y al de 18 años y más (33 %).

- A su vez, el 37.8 % de la población reportó haber consumido verduras al menos una vez al día, tomando como referencia los últimos tres meses. Entre los adultos de 18 años y más se observó mayor frecuencia de consumo (40.8 %) respecto de los rangos de menor edad, 29.6 % en el grupo de 2 a 12 años y 32.4 % en el grupo de 13 a 17 años.

- Acerca del consumo de lácteos, entre los lácteos recomendados, 4 de cada 10 individuos refirieron haber consumido leche, yogur y/o queso al menos una vez al día, tomando como referencia los últimos tres meses.

- El consumo de leche, yogur y/o queso al menos una vez al día, alcanzó a 6 de cada 10 niñas y niños en el grupo poblacional de 2 a 12 años; mientras que entre adolescentes y adultos fue de 4 de cada 10. Respecto de los quintiles de ingresos del hogar, se registró mayor consumo de leche, yogur y/o queso al menos una vez al día en el quinto quintil (56.7 %) respecto del primer quintil (34.6 %).

- Entre las carnes recomendadas, 5 de cada 10 individuos refirieron haber consumido carne roja, carne de ave y/o huevo al menos una vez al día, tomando como referencia los últimos tres meses.

- En cuanto a las fuentes de proteína, el 25 % de la población refirió haber consumido pescado fresco y/o enlatado al menos una vez por semana. Los adolescentes de 13 a 17 años reportaron menor frecuencia de consumo (16.5 %) respecto de los otros grupos etarios (alrededor del 25 %). En el quintil más alto fue 2.5 veces mayor que la del quintil más bajo (39.5 % vs 16 %, respectivamente).

- Respecto a otros consumos, el 36.7 % de la población refirió haber consumido bebidas artificiales con azúcar al menos una vez al día, tomando como referencia los últimos tres meses. Entre los NNA se observó un porcentaje de consumo mayor (46 %) que entre los adultos (32.9 %). En los dos quintiles más bajos (46.9 % y 45.5 % respectivamente) los valores superaron al total nacional y fueron más de 2 veces mayores que el registrado en el quintil más alto (20.9 %).

- 17.2 % de la población refirió haber consumido productos de pastelería y/o facturas, galletitas dulces, cereales con azúcar al menos una vez al día, tomando como referencia los últimos tres meses. En el grupo de 2 a 12 años se registró casi el doble de consumo de estos productos (27.8 %) respecto de la población adulta (13.4 %).

- 21.5 % de los adultos responsables de niños y niñas de entre 2 y 12 años declaró que compró, al menos una vez en la última semana, algún alimento y/o bebida porque el niño lo vio en una publicidad.

▸▸ 5.2 Sobrepeso y obesidad

La obesidad es una enfermedad caracterizada por una acumulación anormal o excesiva de grasa corporal, que puede ser perjudicial para la salud. Su causa es multifactorial y, en la mayoría de los casos, se presenta con exceso de peso. La OMS la categorizó como enfermedad en 1997 (Sociedad Argentina de Pediatría. 2016).

La asociación de malnutrición por déficit o "por exceso", se relaciona con determinaciones sociales en la vida de los NNA, a veces similares a veces diferentes. Hace varias décadas que se asocia la malnutrición por déficit o "en exceso" a NNA y familias en situación de indigencia y/o pobreza (Aguirre, 2022). Se interpela el sentido común previo en que la gordura era tranquilizadora en relación con el riesgo de vida. Sin embargo, ambas situaciones de malnutrición pueden acompañarse de hambre y déficit de nutrientes, lo que nos introduce en la complejidad del campo.

Tabla 11. Prevalencia de sobrepeso en niños y niñas menores de 5 años.

Años	2000	2005	2010	2015	2018	2019	2020
Sudamérica	7.0	7.3	7.6	7.9	8.1	8.1	8.2
Argentina	11.6	12.1	12.3	12.5	12.8	12.9	12.9

Fuente: FAO, FIDA, OPS, WFP y UNICEF. (2021). América Latina y el Caribe - Panorama regional de la seguridad alimentaria y nutricional 2021: Estadísticas y tendencias. Santiago

• DISCRIMINACIÓN POR GORDOFOBIA

Asimismo, en un panorama más amplio de la situación de NNA, también incluimos los "trastornos alimentarios" y la situación de discriminación a partir de la "gordura", potenciando la discriminación por modos hegemónicos de belleza y la situación de pobreza. En el informe elaborado por el Instituto Contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI) aparece en forma alarmante la "gordofobia". Esto quiere decir que ser gordo no solo se constituye en un problema de salud, sino en un problema de discriminación social, en lo que se esconde un mecanismo de disciplinamiento social corporal.

▸▸ 5.3 Trastornos alimentarios: bulimia y anorexia

Como en el caso de la obesidad, se observa una alta prevalencia de trastornos de conducta alimentaria, mayoritariamente anorexia y bulimia, Argentina es el segundo país con mayor predominio de dicha problemática, luego de Japón. Ello nos interpela a repensar la asociación entre los modos hegemónicos de pensar las corporalidades y su vinculación con problemáticas complejas en la adolescencia y la juventud, así como su relación transversal con la situación socioeconómica y la condición de género.

6. DERECHO AL DESARROLLO INFANTIL

Sobre el derecho al desarrollo infantil, en primer lugar, se destaca que Argentina carece de información de base poblacional sobre el desarrollo infantil. Si bien el abordaje de la primera infancia, en general, y del desarrollo temprano, en particular, es de carácter intersectorial; el rol del sector salud adquiere una función fundamental como puerta de entrada en la atención durante la etapa prenatal (embarazo) y los dos primeros años de la vida (los "1000 días"). De manera articulada, estas intervenciones deben coordinar con ofertas de servicios y políticas del área de desarrollo, protección social, educación, cuidado y acompañamiento en la crianza, que van complementando acciones específicas y deben asegurar que todas las familias cuenten con tiempo, recursos y servicios necesarios para el ejercicio pleno de derechos de niñas y niños, en su primera infancia.

Los primeros años de vida han adquirido mayor visibilidad, debido a la mayor participación de las mujeres en el mercado laboral y la redistribución progresiva de las tareas domésticas y de cuidado. La promoción del desarrollo infantil temprano y cuidado en la primera infancia contempla el abordaje del enfoque de curso de vida, la articulación intersectorial y la perspectiva de derechos en el marco de los ODS. Las experiencias tempranas inciden sobre el desarrollo y la calidad de vida. Es por esto por lo que resulta sumamente importante garantizar un ambiente seguro e inclusivo. La calidad de estas experiencias y los contextos influyen en el alcance del potencial de desarrollo temprano de niños y niñas.

Factores como falta de acceso a agua segura y saneamiento, bajos ingresos en el hogar, bajo nivel educativo de cuidadores (principalmente la madre), hacinamiento, inserción laboral precaria y situaciones de violencia, influyen en el desarrollo de niño o niña de manera acumulativa. Además de las necesidades materiales, los niños y las niñas necesitan una relación cercana y confiable, que les proporcione afecto, seguridad, cuidado y posibilidades de explorar su entorno.

▸▸ 6.1 Iniciativas de desarrollo infantil integral

En 2019 se formuló la Estrategia Nacional de Primera Infancia Primero (ENPI), que propone la integralidad y la intersectorialidad con el fin de articular sec-

tores gubernamentales y de la sociedad civil, priorizando las políticas públicas destinadas a la primera infancia. La ENPI constituye un esfuerzo relevante para la construcción de políticas integrales de amplia cobertura, con el potencial de que se operacionalicen mediante el diseño de nuevos programas y la readecuación de los existentes.

La Ley Nacional 27611, de atención y cuidado integral de la salud durante el embarazo y la primera infancia, conocida como Ley 1000 días:

> Bajar la mortalidad, la malnutrición y desnutrición, además de prevenir la violencia protegiendo los vínculos tempranos, el desarrollo emocional y físico, y la salud de manera integral de las personas gestantes y de sus hijos e hijas hasta los tres años de vida". (Senado de la Nación, 2020, p.1).

Asimismo, establece la Asignación Universal por Cuidado de Salud Integral, amplía la Asignación por Embarazo, amplía los beneficiarios de la AUH y propone políticas prioritarias de género.

- **OFERTA DE SERVICIOS EDUCATIVOS Y DE CUIDADO**

En Argentina coexisten variados espacios de crianza, educación y cuidado. La oferta de estos servicios se encuentra fragmentada tanto a nivel nacional como subnacional, y está integrada por espacios gestionados por el Estado, organizaciones sociales o efectores privados, los cuales pueden recibir financiamiento estatal o del mercado. Dicha oferta se caracteriza por diversidad de formatos, propuestas curriculares y pedagógicas, entre otros, lo que resulta una variación importante en términos de su calidad.

Entre los servicios públicos, se encuentran los jardines maternales (para niños y niñas entre 45 días y 2 años) y jardines de infantes (para niños y niñas entre 3 y 5 años), que dependen de los ministerios provinciales de educación. También están los Centros de Desarrollo Infantil (CDI) o Espacios de Primera Infancia (EPI), generalmente para niños y niñas entre 45 días y hasta 4 años, gestionados por los ministerios de Desarrollo Social o los Consejos de Infancia y Adolescencia provinciales u organizaciones comunitarias y, en

muchas jurisdicciones, administrados total o parcialmente con recursos municipales de Educación o Desarrollo Social.

Estos servicios deberían incorporar en la organización de su oferta la perspectiva de género, considerando la necesidad de dar una respuesta a las necesidades de cuidado, emergentes de la creciente participación laboral de las mujeres y de promover una redistribución más equitativa de las cargas de cuidado.

- **PRESUPUESTO PÚBLICO**

Los datos oficiales de inversión en primera infancia indican que, considerando al sector público consolidado se destinó 1.7 % del PIB en 2019 y 1.8 % del PIB en los tres años anteriores. En pesos constantes de 2019, se observa una caída de 3 % entre 2017 y 2018, que se profundiza a 5.6 % de reducción interanual durante 2019. Del total de 2019, 36.9 % del gasto fue en salud y obras sociales, 33.5 % fue en cuidado y educación, y 16.2 % fue en ayuda directa. (Ministerio de Economía. Presupuesto público, 2019).

▸▸ 6.2 Logros en desarrollo infantil

Los datos de desarrollo infantil temprano expresados en porcentaje de niños y niñas que alcanzan el desarrollo adecuado en las dimensiones específicas (Tabla 11) muestran un porcentaje bajo, en la media nacional, en la alfabetización y conocimientos numéricos.

Tabla 12. Índice de desarrollo infantil temprano según región 2020

	Porcentaje de niños y niñas de 3-4 años de edad que están en el desarrollo adecuado de los ámbitos indicados				Puntuación del Índice de desarrollo infantil temprano	Número de niños y niñas de 3-4 años de edad
	Alfabetización Conocimientos numéricos	Físico	Socioemocional	Aprendizaje		
total	40.1	99.4	83.6	97.6	86.2	2741
AMBA	49.8	99.8	82.9	97.3	85.5	894
CUYO	35.7	97.9	79.6	98.4	85.4	193
NEA	32.8	99.1	86.5	97.6	88.2	246
NOA	32.5	99.4	75.3	96	79.8	369
PAMPEANA	37.4	99.4	88	98.3	89.4	904
PATAGONIA	34.1	99.9	82.9	97.9	84.5	136
JEFES DE HOGAR	40.5	99.4	84.8	97.4	86	1281
JEFAS DE HOGAR	39.7	99.4	82.7	97.7	86.4	1460

Fuente: Encuesta nacional de niñas, niños y adolescentes (MICS) 2019-2020.

En entrevistas realizadas a informantes claves en el servicio de desarrollo del Hospital de Pediatría Garrahan de Buenos Aires, donde se hace un seguimiento a NNA con diversas condiciones clínicas que afectan el desarrollo, tales como retraso global de desarrollo, trastornos del espectro autista, discapacidad intelectual, entre otras, se informó que la situación vivida durante la pandemia ha desempeñado un efecto multiplicador de las dificultades o deficiencias existentes en la atención en salud y en las condiciones familiares, debido a:

- Falta de acceso a la atención y a la continuidad de los cuidados.
- Estrés parental.
- Retraso en el diagnóstico.
- Familias sobre demandadas.

En coincidencia con el informe de UNICEF, las manifestaciones observadas en la clínica en los NNA están referidas principalmente al área de las emociones, el patrón de sueño y la alimentación (UNICEF, 2021). Las restricciones a la atención de dicha población por largo tiempo, puede generar pérdida de oportunidades para la intervención temprana. La teleconsulta resultó esencial para sostener la evaluación y el seguimiento, ante las restricciones de circulación y disponibilidad de profesionales dadas por la emergencia pandémica.

7. DERECHO A LA EDUCACIÓN

▸▸ 7.1 Acceso a la información

En cuanto a los problemas de acceso a la información para NNA durante la pandemia, se descubren los siguientes:

- Se evidencian dificultades en la construcción de series históricas, dada la insuficiente información sobre los indicadores utilizados para medir la escolarización en las modalidades implementadas durante el ASPO.

- Se registra un deterioro en la escolarización en el nivel inicial y educación primaria, mientras que en la educación secundaria se registra un aumento significativo de la no asistencia y una merma de la sobre edad.

- Se conjetura que los adolescentes que fueron expulsados del sistema en esta coyuntura, son aquellos que ya se encontraban rezagados en el trayecto educativo y que el bloque pedagógico 2020-2021 evitó los procesos de repitencia y rezago. Mientras que en la educación primaria hubo mayor retención de las niñas y los niños con sobre edad y el abandono escolar fue menor, aunque duplica el registrado en el promedio histórico. Esto implica un retroceso significativo en términos de los indicadores de escolarización, principalmente en la educación inicial y secundaria.

- La retención bajo formatos muy desiguales ha sido mayor en la educación primaria. Asimismo, se registra mayor participación sobre el sistema estatal de educación primaria y secundaria y significativos retrocesos en ofertas educativas, como la de doble jornada, la enseñanza de un segundo idioma y computación en la educación primaria.

- Si bien se trata de ofertas sobre las que se avanzaba lentamente, los retrocesos de esta coyuntura son significativos y afectan de modo particular a los estudiantes más aventajados que habían accedido a estas oportunidades educativas, con mayor anticipación y en mayor medida en el sistema de gestión privado.

De acuerdo con una encuesta realizada por UNICEF, todas las escuelas llevaron adelante propuestas de continuidad pedagógica y el 95 % de los hogares recibió propuestas pedagógicas durante todo el período del aislamiento social, preventivo y obligatorio.

Los tiempos de adecuación de la propuesta pedagógica fueron similares en todas las escuelas. El 79 % de ellas declararon que pudieron organizar el intercambio con sus estudiantes en menos de dos semanas de suspendidas las clases presenciales. El 16 % restante señaló que tardó alrededor de un mes en organizar la continuidad y, un 5 % aún estaba buscando adecuar su propuesta de trabajo al contexto, cuando se realizó la encuesta a directores y directoras (últimas semanas de junio).

Coincidentemente, el 95 % de las familias declaró que sus hijos e hijas recibieron propuestas pedagógicas durante todo el período del ASPO. El 99 % de los equipos directivos señaló que se repasaron o revisaron contenidos ya trabajados y también que se seleccionaron contenidos nuevos (95 %). Llama la atención que, a pesar de las condiciones de comunicación disponibles en los hogares, la mitad de los directivos (49 %) señaló que continuó con la secuencia planificada antes de la emergencia sanitaria, en mayor medida en el nivel inicial (58 %) y menos en el secundario (39 %).

Por su parte, aunque el 58 % de los adolescentes entrevistados señaló que fue excesiva la cantidad de tareas enviadas por la escuela, 6 de cada 10 adolescentes reconoce haber aprendido contenidos nuevos durante el período de clases remotas, y prácticamente la misma proporción señaló que logró organizarse mejor y de manera más autónoma. Asimismo, el 47 % indicó que aprendió también a utilizar plataformas virtuales y un 23 % a manejar la computadora. Interesa destacar que más del 70 % de los que accedieron a estos recursos les gustaría que se continuará con su utilización en clases presenciales.

Las y los estudiantes dijeron haber dedicado 10 horas semanales, en promedio, a las actividades escolares. 6 de cada 10 estudiantes recibieron tareas diariamente y devoluciones docentes, o recibieron tareas 2 o 3 veces por semana y devoluciones docentes. Asimismo, 3 de cada 4 niñas, niños y adolescentes recibieron actividades preparadas por sus maestros/as.

Los recursos para la enseñanza más utilizados por las escuelas fueron: clases especialmente grabadas en audio o video (74 %), actividades o cuadernos preparados por la o el docente para imprimir o copiar y resolver (71 %), y cuadernos de la serie "Seguimos Educando" elaborados por el Ministerio de Educación de la Nación o materiales o cuadernillos elaborados por el Ministerio de Educación de la jurisdicción correspondiente (65 %). Los podcasts y las clases en vivo por redes fueron medios que tuvieron una frecuencia de uso nítidamente mayor en secundaria, en comparación con otros niveles.

Los porcentajes de uso de los cuadernos impresos "Seguimos Educando" alcanzan su nivel más alto en los hogares de mayor vulnerabilidad (41 %), y

desciende progresivamente hasta alcanzar su menor valor entre los hogares menos vulnerables (18 %). Asimismo, es relevante subrayar que los materiales en papel tienen un impacto mayor en los hogares que tienen más dificultades en el acceso y la calidad de conexión a internet, sector de la población al que estaban especialmente destinados. De otro lado, el 66 % de los adultos acompañantes señalaron que conocen la plataforma web "Seguimos educando"[5].

Por su parte, el 86 % de los adultos consultados en los hogares, declararon conocer los programas de TV del programa "Seguimos Educando". En los hogares que no cuentan con acceso a internet el conocimiento de los recursos audiovisuales transmitidos por TV se eleva al 93 %. A su vez, el 65 % de los hogares encuestados dijo conocer los programas de radio que difunden contenidos de "Seguimos Educando". Los hogares sin acceso a internet, se eleva al 71 %.

De otra parte, el 70 % de las y los directores encuestados señaló que su trabajo aumentó considerablemente luego de la suspensión de clases presenciales, el 24 % afirmó que aumentó un poco y el resto, que se mantuvo o disminuyó su nivel de trabajo. Entre los aspectos que se modificaron en el trabajo cotidiano de los directivos en el marco del aislamiento social, se consignaron el tiempo dedicado a elaborar estrategias para el acompañamiento y seguimiento de las propuestas de los/as docentes (76 %), el tiempo dedicado al seguimiento de los/as estudiantes y al sostenimiento de sus trayectorias (72 %), la modalidad y frecuencia de comunicación con los/as docentes de la escuela en el diseño y desarrollo de su propuesta (64 %).

En sentido similar, el 85 % de las familias encuestadas manifestó que valora el trabajo que la escuela hizo para acompañar a las y los estudiantes, y el 19 % expresó no haber podido acompañar bien a niñas, niños y adolescentes por las exigencias de su trabajo. Por otro lado, 9 de cada 10 adultos/as que asumieron el rol de acompañamiento en la continuidad pedagógica son mujeres. Si se considera que también lo son 8 de cada 10 docentes, se puede afirmar que la continuidad pedagógica durante la suspensión de clases ha sido sostenida predominantemente por las mujeres.

[5] Disponible en: www.seguimoseducando.gob.ar

7.2 Déficit de escolarización

El período 2020-2021 fue considerado por el Estado Nacional como un bloque pedagógico que combinó diferentes modalidades de escolarización (virtual, presencial, sincrónica y asincrónica) con profundas desigualdades sociales y geográficas. Esta situación afecta la validez del indicador de asistencia escolar tradicional, que aquí se estimó a partir del reporte de los adultos de referencia de las niñas y los niños. Los datos todavía no fueron publicados en las páginas oficiales de los años 2020 y 2021.

• DÉFICIT DE ESCOLARIZACIÓN A NIVEL INICIAL

En la última década se registraron progresos en términos de la inclusión de niñas y niños en la educación inicial, se pasó de un déficit de asistencia a la educación inicial de 34.8 % en 2010 a un 26.1 % en 2019. Estos avances en la inclusión de la primera infancia en centros educativos fueron transversales a diferentes estratos sociales, y algo más pronunciados en el Conurbano bonaerense y áreas metropolitanas del interior del país. No obstante, en el contexto del ASPO-COVID-19 se registra un importante retroceso. En el contexto del DISPO, 2021, la recuperación fue menor y no alcanzó para retornar a los valores anteriores a la pandemia.

Tabla 13. Evolución del porcentaje de NNA de 3 a 5 años que no asiste a nivel inicial. Años 2010-2021

2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
34.8	34.6	36.6	33.0	31.9	27.7	25.2	26.8	26.9	26.1	29.2	31.3

Fuente: Tuñón, lanina (2022). Condiciones de vida y desarrollo de la infancia: continuidades y rupturas en la salida de la pandemia. Buenos Aires.

• SOBRE EDAD ESCOLAR EN LA EDUCACIÓN PRIMARIA

La escolarización en la educación primaria es casi plena, pero se registra una proporción por debajo de los dos dígitos de niños y niñas con sobre edad. En el contexto del ASPO-COVID-19 trepa a los dos dígitos y se mantiene en el contexto (DISPO, 2021). No obstante, son datos para seguir observando y reconocer los problemas de medición que existieron al aplicar indicadores propios de un contexto de escolaridad presencial, cuando la mayoría de los estudiantes, tanto en 2020 como en 2021, mantenían una escolaridad mixta y profundamente desigual en términos de los recursos con que se "continúo" estudiando.

Tabla 14. Evolución del porcentaje de niñas y niños con sobre edad escolar. Años 2010-2021

2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
9.2	9.6	8.5	7.3	7.5	7.0	6.5	7.6	7.4	8.7	9.5	11.5

Fuente: Tuñón, lanina (2022). Condiciones de vida y desarrollo de la infancia: continuidades y rupturas en la salida de la pandemia. Buenos Aires.

• DÉFICIT EN LA EDUCACIÓN SECUNDARIA

A lo largo de buena parte de la década se observa una prevalencia elevada de sobre edad, pero con una sostenida tendencia al descenso. Se observa mayor estabilidad en la no asistencia y por debajo de los dos dígitos entre los 13 y 17 años. En la Argentina urbana, entre 2020 y 2021, se registra un incremento significativo de la no asistencia y caída de la sobre edad. Esto podría estar asociado a que durante este período pedagógico no hubo situaciones de repitencia, y por otro la desconexión de los adolescentes con muchos de sus 10 o 12 profesores, probablemente tuvo como consecuencia el abandono o el reporte de no asistencia por parte de sus adultos de referencia. Esto permite conjeturar que los estudiantes que fueron expulsados por el sistema en esta coyuntura, fueron los que estaban rezagados en el trayecto educativo, y que el tratamiento del período 2020-2021 como un bloque educativo no permite registrar la sobre edad.

En esta población, también se registraron profundas desigualdades sociales en las modalidades de conectividad, durante el ASPO-DISPO por COVID-19. El teléfono celular fue el medio más utilizado para no perder la conexión con los docentes y los alumnos, utilizaron principalmente WhatsApp. Asimismo, se evidenciaron desigualdades según la gestión educativa: mientras que en las escuelas de gestión privada el 80.5 % de las veces se utilizaron plataformas de videoconferencia o streaming, en las de gestión estatal solo se utilizaron en un 29.4 % de los casos, optando por las clases sincrónicas.

Tabla 15. Evolución en el uso de plataformas digitales en niños/as de 13 a 17 años. Gestión estatal 2010-2020.

2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
43.2	42.5	41.0	40.7	39.1	39.0	38.0	36.8	35.7	34.1	34.6	24.2

Fuente: https://wadmin.uca.edu.ar/public/ckeditor/Observatorio%20Deuda%20Social/Documentos/2022/2022-OBSERVATORIO-DOCUMENTO-ESTADISTICO-INFANCIA.pdf

En conclusión, se puede observar un balance negativo en lo que respecta al incremento del déficit educativo en el nivel inicial y secundario en el marco del ASPO-COVID-19. Es un retroceso medir con los indicadores tradicionales de escolarización que no son sensibles a las diferentes modalidades de asistencia en los tiempos de ASPO y DISPO por COVID-19.

7.3 Políticas y programas educativos

En el contexto de la crisis sanitaria ocasionada por la pandemia del COVID-19, la suspensión de las clases presenciales condujo a un escenario inédito y complejo que demanda respuestas urgentes por parte del gobierno nacional y de los gobiernos jurisdiccionales, para sostener y garantizar la continuidad pedagógica en todos los niveles de la educación obligatoria. El trabajo articulado entre el Ministerio de Educación de la Nación y los gobiernos de las provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires quedó expresado en las resoluciones acordadas en el seno del Consejo Federal de Educación (CFE), que reordenaron el funcionamiento del sistema educativo durante el ciclo lectivo 2020 y sentaron las bases para la organización del siguiente año escolar.

Fue en el marco de estas normativas que se diseñó y ejecutó toda una serie de políticas educativas nacionales y jurisdiccionales, que de manera progresiva hicieron posible el despliegue efectivo de los procesos pedagógicos. En esta línea, el propósito de este apartado es sistematizar y describir algunas de las principales iniciativas educativas que se aplicaron en el país.

Se advierte, por ejemplo, el esfuerzo del Estado nacional por ofrecer a docentes y estudiantes contenidos pedagógicos y secuencias didácticas a través del programa "Seguimos Educando", durante todos los días de aislamiento del año lectivo 2020. Cabe destacar, además, el carácter integrador e inclusivo de la propuesta, donde los distintos componentes del programa (programación de radio y televisión, cuadernos y portales virtuales) no solo estuvieron relacionados entre sí a través de la consigna "la clase del día", sino que también se complementaron una amplia heterogeneidad de medios de comunicación, cuyo propósito fue llegar a todos los niños, las niñas, adolescentes y jóvenes del país.

En efecto, durante el año 2020, se publicaron nueve series de Cuadernos Educativos y se transmitieron siete horas diarias de radio y televisión educativas, durante los cinco días de la semana. Los Cuadernos Educativos tuvieron un lugar destacado dentro del programa, de hecho, fueron distribuidos no solo en formato digital sino también impreso. Se llegó así, a zonas geográficas del país con problemas de conectividad y a estudiantes cuyas familias carecen de recursos digitales. Se subrayó, además, la puesta en marcha de plataformas educativas virtuales, que se convirtieron en importantes repositorios de materiales didácticos que facilitaron el diseño y la realización de las actividades educativas de las y los docentes. En esta línea, los portales virtuales "Seguimos Educando" y "Juana Manso", se convirtieron en potentes canales de comunicación de contenidos y actividades.

A pesar de las acciones desplegadas, la crisis sanitaria y la suspensión de las clases presenciales afectaron de manera desigual a la población escolar, colocando en clara desventaja a quie-

nes carecían de infraestructura tecnológica adecuada para beneficiarse de la enseñanza remota. Como pusieron en evidencia los datos de la Evaluación Nacional del Proceso de Continuidad Pedagógica (ENPCP, 2020), 1 de cada 2 estudiantes declaró no contar en su hogar con una computadora que pueda destinarse a fines educativos, 3 de cada 10 estudiantes informaron no disponer de conexión fija a internet en su domicilio y, entre los que contaban con ese servicio, la tercera parte reconoció tener problemas con la señal. Según los mismos datos, alrededor del 10 % de estudiantes de la educación obligatoria, perdió contacto con la escuela durante la pandemia. Las respuestas nacionales fueron un impulso para mejorar la dotación de dispositivos digitales entre los estudiantes, así como también garantizar la navegación gratuita en los portales educativos nacionales y jurisdiccionales.

La puesta en marcha de estas medidas supuso identificación de la población beneficiaria de políticas, situación que llevó al cumplimiento de toda una serie de criterios de orden territorial, socioeconómicos y etarios que se diseñaron con el objetivo de garantizar la inclusión y el derecho a la educación para todos los estudiantes. Por otro lado, se atendió también a las estrategias impulsadas por el Instituto de Formación Docente (INFOD) y por el Instituto Nacional de Educación Tecnológica (INET), en especial aquellas acciones de capacitación de los equipos docentes en el desarrollo de las destrezas digitales y de gestión de las aulas virtuales.

En este contexto de aislamiento y de pérdida de rutinas a las que las y los estudiantes estaban habituados, se potenció el riesgo de abandono escolar. Especialmente, en estudiantes cuyas trayectorias ya enfrentaban dificultades. En este sentido, la creación del programa "Acompañar. Puentes de Igualdad" se perfiló como una iniciativa clave para afrontar la tarea de revinculación con la escuela y facilitar el retorno a las aulas. Se destaca también, cómo la ejecución de este programa es acompañada por el proceso de nominalización de las y los estudiantes de la educación obligatoria, que fue ratificado por resolución del CFE (N°375/20), que estableció el desarrollo del Sistema Integral de Información Digital Educativa (SInIDe) como componente clave para del Sistema Federal de Información Educativa.

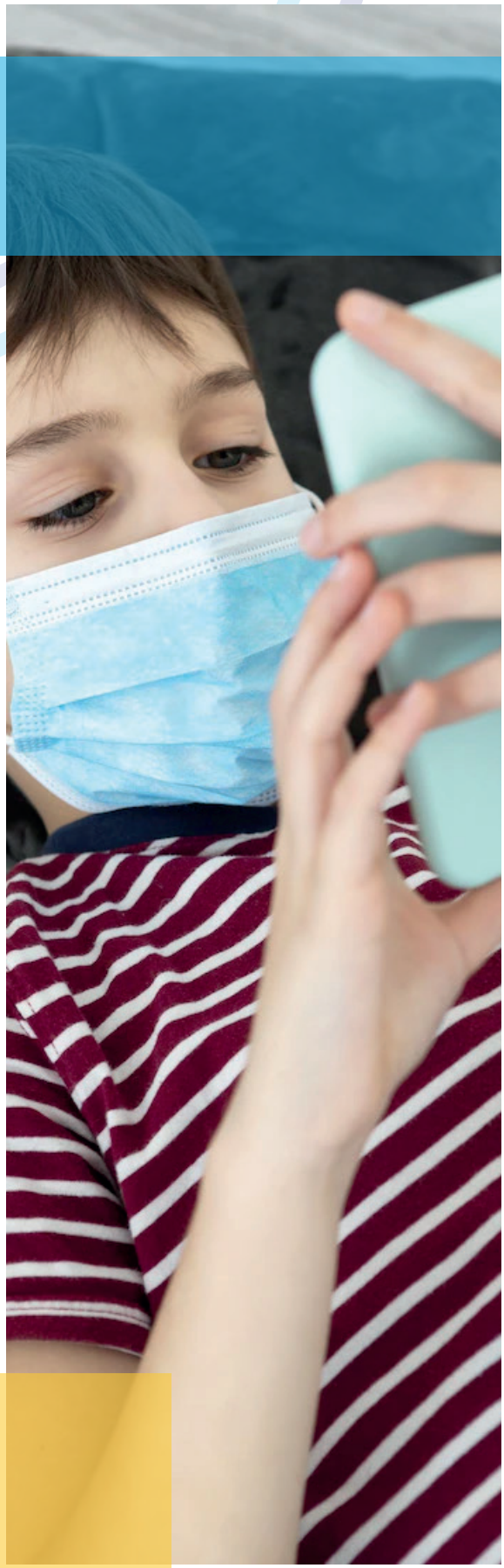
En esta línea de trabajo, se ordenaron y se identificaron numerosas iniciativas jurisdiccionales, en respuestas orientadas a sostener la continuidad pedagógica virtual como la no-virtual; acciones de política educativa específicas para el ámbito rural; para la capacitación docente; estrategias de acompañamiento, seguimiento y evaluación de la continuidad pedagógica; políticas de recreación y propuestas educativas lúdicas y toda una serie de medidas destinadas a facilitar la comunicación en entornos pedagógicos virtuales.

7.4 Brecha digital

Según una encuesta realizada a los hogares, las disparidades en las experiencias de educación remota que atravesaron los estudiantes están condicionadas, en gran medida, por los recursos disponibles en los hogares: menos de la mitad de los hogares cuenta con acceso fijo de buena calidad en la señal de internet, 3 de cada 10 hogares no tienen acceso fijo a internet: 27 % accede solo por celular y 3 % no tiene internet de ningún tipo. En hogares con internet fija, la tercera parte tiene problemas en la señal. El 53 % no cuenta con una computadora liberada para uso educativo. El piso tecnológico de los hogares que asisten a escuelas del sector privado duplica al de los que asisten al sector estatal.

La dotación de recursos tecnológicos para sostener la actividad educativa en los hogares es desigual, según la condición económica y las regiones del país. Las brechas de acceso a una computadora en el hogar, por ejemplo, alcanzan los 20 puntos porcentuales entre las regiones del país con mayor nivel de acceso (Área Metropolitana de Buenos Aires y Patagonia, 62 %) y aquellas cuyos hogares tienen la menor dotación (nordeste y Noroeste, 41 %).

En todos los casos analizados, las directoras y los directores de las escuelas privadas manifiestan una mayor frecuencia de comunicación con las y los estudiantes, en comparación



con las escuelas de gestión estatal. Lo mismo sucede entre las escuelas urbanas respecto de las rurales. Mientras que en el sector privado cerca del 90 % de las escuelas mantuvo contacto con sus estudiantes más de una vez por semana; entre las escuelas del sector estatal, con alta inserción territorial en áreas de menor conectividad (localidades pequeñas y rurales) y la mayor cobertura de sectores sociales de menores ingresos (con menor conectividad), esa frecuencia de contacto desciende al 70 %.

El teléfono celular fue la vía de comunicación más utilizada para los intercambios entre docentes, estudiantes y familias, en todos los niveles de enseñanza, territorios y sectores sociales. El uso de medios que permiten una comunicación sincrónica expresa grandes diferencias según sector de gestión y ámbito, tanto desde la mirada de los equipos directivos como desde los hogares; 17 % de los directivos del sector estatal afirmó que utiliza plataformas virtuales, mientras la proporción ascendió al 73 % entre directivos de escuelas privadas. Un 8 % de los directivos del ámbito rural y 44 % en el ámbito urbano. Solo 6 % de las escuelas estatales y 30 % del sector privado usaron plataformas educativas, según sus directores/as. Solo 1 de cada 4 familias tuvo comunicación con la escuela a través de videoconferencias o de plataformas educativas genéricas.

8. DERECHO A LA PROTECCIÓN

▸▸ 8.1 Protección contra la explotación laboral

Los casos de trabajo infantil han aumentado a nivel mundial por primera vez desde hace dos decenios, revirtiendo la tendencia decreciente del período 2000-2016 (OIT-UNICEF), situación causada por la pandemia de COVID-19. En el informe Trabajo infantil: Estimaciones mundiales 2020, tendencias y el camino a seguir (OIT y UNICEF, 2021) se destaca que los avances para erradicarlo se han estancado, y se ha invertido la tendencia a la baja existente. Se constata un aumento sustancial de la cantidad de niñas y niños de 5 a 11 años en situación de trabajo infantil, que representan algo más de la mitad de todos los casos a escala mundial. También, ha aumentado el número de niñas y niños de 5 a 17 años que realizan trabajos peligrosos desde 2016.

Las nuevas crisis económicas y el cierre de centros educativos por la contingencia COVID-19 provoca que NNA trabajen más horas o en peores condiciones, debido a la pérdida de empleo e ingresos de las familias vulnerables. Las infancias en situación de trabajo infantil tienen un riesgo alto de padecer daños físicos y mentales. El trabajo infantil merma la educación, vulnera derechos y limita las oportunidades, y da lugar a círculos viciosos intergeneracionales de pobreza y trabajo infantil.

Por todo esto, es que el objetivo del desarrollo sostenible (ODS 8) promueve el crecimiento económico inclusivo y sostenible, el empleo y el trabajo decente para todas las personas, para impulsar el progreso y mejorar los estándares de vida, cuyo objetivo específico es poner fin al trabajo infantil en todas sus formas para 2025. A su vez, la "Iniciativa Regional América Latina y el Caribe libres de trabajo infantil", en la cual la Organización Internacional del Trabajo (OIT) actúa como Secretaría Técnica, ha surgido como un innovador instrumento de cooperación intergubernamental creado por 30 países, que cuenta también con el compromiso de organizaciones de empleadores y trabajadores. Los últimos datos disponibles indican que 8.2 millones de niñas y niños de entre 5 y 17 años trabajan en América Latina y el Caribe (2020). La mayoría de estos niños son adolescentes varones, y el 33 % son niñas.

En efecto, el trabajo infantil está presente tanto en las zonas rurales como en las urbanas, y el 48.7 % se encuentra en el sector agrícola. Algo menos del 50

% de los que participan en el trabajo infantil lo hacen en el trabajo familiar. Más del 50 % de las niñas y los niños realizan trabajos peligrosos para su salud, educación y bienestar.

• EMERGENCIA SANITARIA COVID-19 Y SU IMPACTO EN EL TRABAJO INFANTIL Y ADOLESCENTES EN ARGENTINA

Según un informe del Observatorio de trabajo infantil y adolescente del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación, los impactos de la pandemia derivada del COVID-19 se vienen evidenciando con distinta magnitud desde marzo de 2020 en Argentina, trazando distintas trayectorias productivas y laborales que repercuten directamente en el bienestar de los hogares.

La caída de los ingresos laborales en el hogar, la sobrecarga de tareas de cuidado familiar y la falta de asistencia presencial a la escuela dan cuenta de algunas dimensiones de este impacto y alertan sobre la posibilidad de participación de niñas, niños y adolescentes en actividades productivas. Asimismo, se observan desigualdades de género en el trabajo infantil y adolescente en todas las regiones del país. La participación en actividades productivas para NNA resulta desigual según el género; los varones se dedican, principalmente, al desarrollo de actividades para el mercado y para el autoconsumo, mientras que las niñas y las adolescentes participan en mayor medida de las actividades domésticas intensivas, revelando así una división sexual del trabajo basada en estereotipos de género. Las actividades domésticas intensas dentro del propio hogar, que interfieren con el descanso, el juego y la escolaridad, tienen una fuerte impronta femenina.

La tensión entre trabajo infantil y educación se manifiesta en el deterioro de las trayectorias educativas. El trabajo infantil comporta un riesgo asociado al acceso, permanencia y rendimiento educativo adecuado. Las dificultades en las trayectorias educativas impactan en un conjunto heterogéneo de niñas, niños y adolescentes. Entre quienes trabajan, la condición de repitencia, las llegadas tarde o las inasistencias tienen mayor incidencia con respecto a las/os que no trabajan.

En una iniciativa coordinada entre la OIT, el Observatorio de Trabajo Infantil y Adolescente y UNICEF, se ha podido relevar información que da cuenta de la magnitud del impacto del COVID-19 en el trabajo de adolescentes de entre 13 y 17 años. Los datos revelan que el 16 % de los/las adolescentes encuestados (13 a 17 años) realizan tareas orientadas al mercado. Un dato que merece especial atención es que 1 de cada 2 comenzó a realizarlas durante el período de ASPO. El 36 % de los/las adolescentes realiza tareas vinculadas con la atención a NNA o personas mayores convivientes: 1 de cada 3 no lo hacía anteriormente o lo realiza con más

intensidad respecto a la situación previa a la pandemia. Con relación a las tareas domésticas, el 78 % de adolescentes las realiza: 1 de cada 3 no lo hacía o las hace con una intensidad mayor que antes de la pandemia.

Por otra parte, la situación de los hogares en donde residen los adolescentes que trabajan para el mercado, juega sin duda un rol determinante a la hora de analizar los motivos por los cuales este grupo etario participa en actividades productivas. Las restricciones económicas y el impacto negativo sobre el mercado de trabajo que trajo la pandemia afectan el sustento familiar, y podrían incidir en un aumento del riesgo de que NNA ingresen a trabajar o trabajen una mayor cantidad de horas para complementar los ingresos y necesidades familiares. La mitad de los/las adolescentes que trabajan residen en hogares en los cuales los ingresos laborales se vieron disminuidos durante la cuarentena, asimismo, 7 de cada 10 que trabajan para el mercado habitan en hogares cuyos miembros perdieron el empleo, vieron reducidas sus horas de trabajo, o sus actividades fueron suspendidas temporalmente.

Resulta relevante destacar que el 63 % de los/las adolescentes que no realizan ninguna actividad productiva reside en hogares cuyos miembros no han tenido problemas en su inserción laboral, lo cual da cuenta de la importancia de la dinámica del mercado de trabajo y su impacto en la actividad de los adolescentes. Asimismo, el 56 % de los/las adolescentes que trabajan para el mercado viven en hogares que recibieron algún tipo de asistencia del Estado (AUH, IFE, Tarjeta Alimentar, bolsones, alimentos, viandas en comedores, otras).

9. DERECHO A LA PARTICIPACIÓN

El derecho a la participación de NNA tiene jerarquía constitucional en nuestro país a partir de la CDN y es reforzado en numerosas legislaciones nacionales y jurisdiccionales. Sin embargo, su implementación se tensiona con posturas tutelares y adultocéntricas en muchas ocasiones, desconociendo principios establecidos. En este marco presentamos distintas formas de participación de NNA, algunas de las cuales se vieron restringidas en la pandemia, otras continuaron y hasta reforzaron protagonismos.

9.1 Derecho a la decisión sobre la salud y la vida

En la línea de la CDN y de leyes nacionales de salud, el nuevo Código Civil y Comercial de la Nación sancionado en el año 2015, reconoce el principio de autonomía progresiva en las decisiones de NNA, describe en su artículo 26° los alcances acerca de decisiones sobre el cuidado de la salud y del cuerpo.

En principio refuerza el derecho de NNA a ser oído en toda situación que involucre su persona. Al mismo tiempo establece una gradualidad en la toma de decisiones:

- Adolescentes de 13 a 16 años:

> Se presume que el adolescente entre trece y dieciséis años tiene aptitud para decidir por sí mismo respecto de aquellos tratamientos que no resultan invasivos, ni comprometen su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida o integridad física. Si se trata de tratamientos invasivos que comprometen su estado de salud o está en riesgo la integridad o la vida, el adolescente debe prestar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Presidencia de la Nación, 2014, p. 51)

- Adolescentes de 16 años y más: "[...]el adolescente es considerado como un adulto para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo" (p. 51).

La implementación de esta norma continúa siendo parcialmente resistida por trabajadores de salud y entra en tensión con perspectivas adultocéntricas y tutelares en la cotidianeidad de las prácticas de salud. Al mismo tiempo, ha adquirido visibilidad y amplia aceptación a partir de adolescentes que se incorporan a la militancia de los movimientos feministas y transfeministas, que reconocen las militancias por las diversidades de géneros y corporales,

antirracistas. Algunos de estos movimientos han surgido ante la indignación por los femicidios de todas las edades, muchas adolescentes han adoptado como consigna "Ni una menos, con vida nos queremos" en el año 2015, y que ha sido replicado en muchos países del mundo y se sostiene con participación amplia de la sociedad.

Asimismo, el reclamo de "aborto legal, seguro y gratuito" que tiene historia de décadas de luchas de feministas pioneras en nuestro país, ha tomado mucha fuerza en los últimos años. Estas reivindicaciones incluyen a personas de todas las edades, que no se ha interrumpido durante la pandemia, logrando a fines de un convulsionado año 2020 la sanción de la "Ley de interrupción voluntaria del embarazo (IVE)", que por cuestiones de estrategias políticas fue sancionada junto con la "Ley nacional de atención y cuidado integral de la salud durante el embarazo y la primera infancia", más conocida como la Ley de los 1000 días.

Así como nos referíamos previamente a las tensiones en la implementación de normas constitucionales y del Código Nacional Civil y Comercial, la ley que exige el acceso a la IVE también es resistida por grupos religiosos y neoconservadores. Por otro lado, el acceso a métodos anticonceptivos se ha visto restringido durante la pandemia, según revelan algunas encuestas de referencia, lo cual no se ve reflejado en los datos disponibles de natalidad.

9.2 Derecho a la identidad de género/s

La implementación de este derecho en niñez y adolescencia ha sido progresivamente aceptada, proceso que no se ha detenido en pandemia e incluye la capacitación del recurso humano de salud y el acompañamiento de procesos de transición en distintas edades. En este marco, una de las organizaciones sociales "Infancias libres" incluye a NNA con distintas identidades de géneros y en transición, que no han interrumpido su trabajo de sensibilización en pandemia.

9.3 Derecho a la participación política

En nuestra historia reciente de continuidad democrática desde 1983, tal como compartimos en la introducción de este documento, el Movimiento de Memoria, Verdad y Justicia y su expresión "Nunca más", ha incorporado en las últimas dos décadas, especialmente a jóvenes y adolescentes nacidos en democracia, que hacen suya la lucha y resignifican a partir de diversas manifestaciones su involucramiento en la temática. En la pandemia, sin poder manifestarse masivamente, se gestaron otras formas de participación en las ventanas, los balcones y las redes sociales, expresando la continuidad de la lucha por la democracia y la resignificación de los desafíos políticos y éticos del presente.

En el año 2012 se sancionó la Ley 26774, que introdujo la ampliación al derecho al voto en elecciones nacionales a partir de los 16 años, con carácter no obligatorio para los adolescentes de 16 y 17 años. Cabe señalar que al momento de la sanción de la ley hubo muchas voces opositoras, acerca de si tenían la maduración (incluyendo conceptos biomédicos) adecuada para participar. A su vez se criticó como una medida de carácter electoralista favorable al partido en el poder en ese momento. Sin embargo, el registro de la participación adolescente se ha mantenido e incluso incrementado en elecciones con gobiernos de distinto signo político en la presidencia. La participación también puede ser analizada regional e históricamente en cada elección, situación que supera los propósitos de este trabajo.

Según estadísticas oficiales disponibles, el voto de adolescentes se incrementó del 53 % en el año 2013, hasta el 63 % en el 2019, no contando con información precisa sobre la participación durante la pandemia en el año 2021, aunque la concurrencia general a las urnas fue significativa. Es interesante considerar que estos niveles de participación son inferiores que en los jóvenes de 18 a 25 años y en la población general, en que oscilan alrededor del 80 %, con la notable variable de que en estos casos el voto es obligatorio. No contamos con datos acerca de la participación adolescente en partidos políti-

cos, asociaciones sindicales y otros movimientos sociales, que nos permitan sacar conclusiones acerca del impacto de la sindemia en dichos ámbitos públicos.

La participación de organizaciones estudiantiles durante la pandemia se vio significativamente acotada, a partir de las políticas de restricción de la presencialidad y la circulación de la población. Según una publicación de UNICEF (2021), el concepto de participación implica distintos niveles de interacción, involucramiento o compromiso y está determinado principalmente por la situación socioeconómica de los hogares, el capital social, la existencia de organizaciones sociales, las subjetividades y el impulso que puedan generar las políticas públicas.

Con respecto a la participación política, si bien en los últimos años los partidos políticos vienen creando espacios destinados especialmente a las juventudes, la presencia de jóvenes aún sigue siendo baja. Sin embargo, existen otras formas de participación política más allá de la partidaria. En ese sentido, en los movimientos sociales se registra una importante participación juvenil que se evidencia principalmente a través de las movilizaciones públicas organizadas por las distintas agrupaciones.

El uso de las redes sociales es la modalidad central a través de la cual se expresa la participación política y social entre los/las adolescentes, en simultáneo con la presencialidad territorial cuando se llevan adelante movilizaciones. Por ello, si bien la gran mayoría de los NNA en Argentina tienen acceso a un teléfono celular, muchos de ellos quedan excluidos de ejercer la ciudadanía digital como medio central para el acceso a derechos y mejorar el rendimiento escolar.

En el marco de la pandemia ocasionada por el COVID-19, la ciudadanía digital se ha vuelto clave. Durante el aislamiento obligatorio, los medios digitales para acceder a derechos a participar políticamente fueron el único mecanismo posible. Los NNA sin acceso a internet y sin dispositivos digitales se vieron excluidos de todas las actividades virtuales y se encontraron con grandes obstáculos para el ejercicio de sus derechos.

Entre los espacios de participación política de NNA se pueden citar los siguientes:

- Voto no obligatorio de 16 a 17 años.
- Parlamento Juvenil Inadi 2019, se interrumpió en pandemia.
- Iniciativa Juventudes y Derechos, SENAF.
- Movimiento feminista, incluye a adolescentes mujeres y personas de géneros diversos.

- Militancia Memoria, Verdad y Justicia.

- Militancia provida, en contra del aborto, también incluye adolescentes particularmente de escuelas religiosas, también han participado en contra de otros derechos, como el acceso a procedimientos de ligadura de trompas y vasectomía.

- INFANCIAS LIBRES, Militancia diversidad sexual, también incluye adolescentes que se perciben desde distintas identidades de géneros y en transición.

- "Niñez en movimiento", del adultocentrismo a la emancipación. Centros de estudiantes. Movimiento por la interpelación del lenguaje y el lenguaje inclusivo.

- Participación de NNA en comedores y roperos comunitarios, sostén de ollas populares en pandemia.

10. REFLEXIONES Y RECOMENDACIONES

A partir del intercambio regional y de la lectura de los documentos e investigaciones en nuestro país, compartimos algunas reflexiones y recomendaciones.

- **Reflexiones y recomendaciones a la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP)**

Como miembros del Comité Nacional de Pediatría Social de la SAP y partícipes de este proyecto, compartimos algunas reflexiones y recomendaciones con nuestros colegas y otros integrantes de la institución.

- Celebramos el involucramiento de la SAP desde el inicio de la Pandemia/Sindemia, brindando información, capacitación, difusión de experiencias de otros países en múltiples aspectos sociosanitarios. Consideramos que ha sido un actor relevante por su participación en instancias intersectoriales y gubernamentales en la toma de decisiones.

- Proponemos dar continuidad a los espacios de investigación y análisis acerca de la Pandemia/Sindemia en sus múltiples dimensiones, particularmente del impacto en NNA, sus familias y comunidad, así como analizar y difundir experiencias locales.

- Consideramos valioso continuar el intercambio con otros países, particularmente con la región latinoamericana, en orden de visibilizar desafíos comunes, experiencias locales y abordajes innovadores.

- Recomendamos priorizar el campo de la salud mental como uno de los pilares del cuidado integral de NNA, capacitando a los equipos de salud en la escucha del malestar, del sufrimiento psíquico en sus distintas expresiones y brindar información accesible referida a la pandemia en sus distintas etapas dirigida a NNA y sus familias.

- **Reflexiones y recomendaciones a NNA y familias**

- Dar mayor relevancia al protagonismo que los NNA han tenido para contribuir a su propio cuidado, al de su familia, comunidad, escuela y otros ámbitos de participación social.

- Fomentar espacios de diálogo, recuperar los espacios de encuentro, propiciando el juego, la corporalidad, los abrazos.

- Registrar las historias de los distintos momentos atravesados en cada hogar, barrio, incluyendo tantos los momentos agradables como los miedos, tristeza, incertidumbre, enojos, irritabilidad.

- Reflexionar acerca de algunas de las emociones vividas negativamente en el transcurso de la pandemia, que hoy podemos comprender como respuestas esperables ante el aislamiento y el distanciamiento social.

- Resignificar los cambios en los hábitos de sueño, alimentación, lenguaje ante la interrupción parcial de modos de vida previos, lo cual no es sinónimo de patología, sino que nos habla de la capacidad de adaptación.

- Acompañar a NNA y sus familias en los duelos de referentes afectivos por COVID-19 o por otras causas, y que no han podido transitar los rituales de despedida del fallecimiento de sus seres queridos y propios de la cultura, durante los periodos de aislamiento.

- Promover canales de escucha acerca de los miedos, malestares y preocupaciones de NNA que se instalaron en la Pandemia/Sindemia, y que algunos continúan hasta hoy, con dificultades para insertarse en ámbitos como escuelas y clubes, entre otros.

- Recuperar la potencialidad de los sueños y los proyectos en la construcción de una nueva normalidad más inclusiva, saludable y alegre.

- **Recomendaciones para los equipos de salud**

- Reconocer factores protectores, señales de alerta de NNA procurando el abordaje interdisciplinario situado y oportuno.

- Fortalecer e implementar dispositivos interdisciplinarios territoriales de abordaje de las problemáticas en la salud de la población de NNA, relacionadas con las consecuencias de la pandemia.

- Valorar la singularidad y los diferentes recorridos de cada NNA en esta situación excepcional, no incurriendo por ello en la medicalización y patologización.

- Fortalecer la articulación entre salud y educación para garantizar el derecho a la información y a pautas de prevención sencillas y accesibles, que promuevan la autonomía y el interés superior de NNA.

- Promover la intersectorialidad, revalorando y empoderando los espacios de integración social de NNA, además de salud y educación, como centros barriales, asociaciones civiles, clubes, entre otros.

11. REFERENCIAS

Aguirre, P. (2022). Hablar de COVID-19: aportes a la construcción de una memoria colectiva de la sindemia desde la alimentación. Salud Colectiva, (18). DOI 18.e4054.-doi.10.18294/sc.2022.4054

Amarillo, S., Videla-Bavio, F., Grimolizzi, F. Informe Voto joven. Subsecretaria de asuntos políticos, Ministerio del Interior. ("s.f."). Buenos Aires. Obtenido de: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/voto_joven_6.7.pdf

Barcala, A., Di Lorio, J., Augsburger, C., Torricelli, F., Wilner, A. (2021). En primera persona y con voz propia. Ciudadanías. RPSU [Internet]. 27 de diciembre de [citado 8 de diciembre de 2022];(9). http://revistas.untref.edu.ar/index.php/ciudadanias/article/view/128

Barcala, A., Poverene, L., Torricelli, F., Micele, C. y Pal, T. (2020). Infancias institucionalizadas y pandemia del COVID-19: aportes a los cuidados en Salud Mental. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Cacchiarelli San Román, N., Eymann, A., Ferraris, JR. (2021). Impacto presente y consecuencias futuras de la pandemia en la salud de niños, niñas y adolescentes. Arch Argent Pediatr,119(6), 594-599. Obtenido de: https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2021/v119n6a13.pdf

Cohen Arazi, L., García, M., Berdecio Salvatierra, D., Villa Nova, S., et al. (2022). Estado de ánimo, emociones y conductas de los niños durante la pandemia de COVID-19 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Arch Argent Pediatr, 120(2), 106-110. Obtenido de: https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2022/v120n2a07.pdf

Nyéléni 2007. Foro para la soberanía alimentaria. (2007). Obtenido de: https://nyeleni.org/DOWNLOADS/Nyelni_SP.pdf

FAO. (1996). Programa Especial para la Seguridad Alimentaria. Centroamérica. Obtenido de: https://www.fao.org/in-action/pesa-centroamerica/temas/conceptos-basicos/es/

INADI y Argentina Unida. (2019). Mapa Nacional de la Discriminación. Obtenido de: https://www.argentina.gob.ar/inadi/mapa-nacional-de-la-discriminacion

Micheletti, MB., Cafiero, P., Nápoli, S., Lejarraga, C., et al. (2021). Problemas del sueño en una muestra de niñas y niños con trastornos del desarrollo, antes y durante la pandemia por COVID-19. Arch Argent Pediatr, 119(5), 296-303. Obtenido de: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1292002

Ministerio de Economía de Argentina. (2019). Presupuesto público. Obtenido de: https://www.economia.gob.ar/onp/presupuestos/2019

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Presidencia de la Nación. (2014). Código Civil y Comercial de la Nación. (1a ed.) Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Obtenido de: http://www.saij.gob.ar/docs-f/codigo/Codigo_Civil_y_Comercial_de_la_Nacion.pdf

Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2019). 2° Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNYS 2). Resumen ejecutivo. Secretaría de Gobierno de Salud. Obtenido de: https://cesni-biblioteca.org/2-encuesta-nacional-de-nutricion-y-salud-ennys-2-resumen-ejecutivo/

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. (2017). Encuesta de actividades de niños, niñas y adolescentes. Obtenido de: https://www.argentina.gob.ar/trabajo/estadisticas/eanna

Ministerio de Trabajo. Empleo y Seguridad Social. (2021). El trabajo infantil en Argentina. Problemática estructural y elementos para el diagnóstico en el marco de la pandemia por COVID-19. Observatorio de Trabajo Infantil y Adolescente Subsecretaría de Planificación, Estudios y Estadísticas. Obtenido de: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/mteyss-ti-covid-otia-2021.pdf

ODSA. (2022). Desigualdades estructurales, pobreza por ingresos y carencias no monetarias desde una perspectiva de derechos. Un escenario pre-post covid-19 de crisis e incertidumbre. Obtenido de: https://wadmin.uca.edu.ar/public/ckeditor/Observatorio%20Deuda%20Social/Documentos/2022/2022-Observatorio-Documento-Estadistico_Pobreza.pdf

OIT y UNICEF. (2021). Trabajo infantil: Estimaciones mundiales 2020, tendencias y el camino a seguir. Obtenido de: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---ipec/-documents/publication/wcms_800301.pdf

Otro presente, otro destino para lxs chicxs del pueblo. Disponible en: https://chicxsdelpueblo.com.ar/quienes-somos/

Pedernera Bradichansky, P., Selvatici, L., Napoli, S., Lejarraga, C., et al. (2021). Teleconsulta en épocas de pandemia. Experiencia de los pediatras del desarrollo del Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan". Arch Argent Pediatr, 119(6), 419-423. Obtenido de: https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2021/v119n6a10.pdf

Presidencia de la Nación. (202). Distribución del ingreso en las regiones y aglomerados. Boletín de desigualdad N°1. Obtenido de: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/boletin_de_-desigualdad_no1_s1_2020.pdf

Rovere, M. (2016). El Sistema de Salud de la Argentina como Campo; Tensiones, Estratagemas y Opacidades. Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social, Año 6(12), 23-41. Obtenido de: http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2016/12/05_Rovere-1.pdf

Rovere M. (2021). Derecho a la Salud y Sistemas Integrados. Lecciones de Pandemia. Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social, Año 11(21), 21-33. Obtenido de: http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2021/08/07_Rovere.pdf

SAP y UNICEF. (2022). Informe Especial de Observatorio de la Infancia y la Adolescencia: Coberturas de vacunación, un desafío para el pediatra (Informe n°1). Obtenido de: https://www.unicef.org/argentina/media/13186/file/Coberturas%20de%20vacunaci%C3%B3n,%20un%20desaf%C3%ADo%20para%20el%20pediatra.pdf

Sociedad Argentina de Pediatría Subcomisiones, Comités y Grupos de Trabajo. (2016). Obesidad: guías para su abordaje clínico. Comité Nacional de Nutrición. Arch Argent Pediatr, 114(2), 180-181. DOI: http://dx.doi.org/10.5546/aap.2016.180

Tuñón, lanina. (2022). Condiciones de vida y desarrollo de la infancia: continuidades y rupturas en la salida de la pandemia. Documento Estadístico. Barómetro de la Deuda Social de la Infancia. Serie Agenda para la Equidad (2017-2025). Buenos Aires. Obtenido de: https://wadmin.uca.edu.ar/public/ckeditor/Observatorio%20Deuda%20Social/Documentos/2022/2022-OBSERVATORIO-DOCUMENTO-ESTADISTICO-INFANCIA.pdf

UCA. (2022). Condiciones de vida y desarrollo de la infancia: continuidades y rupturas en la salida de la pandemia. Documento Estadístico #1. Observatorio de la deuda social argentina. Barómetro de la deuda social de la infancia. Obtenido de: https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/8045

UNICEF. (2021). Pobreza monetaria y privaciones no monetarias en Argentina. Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/media/12746/file/Pobreza%20monetaria%20y%20privaciones%20no%20monetarias%20en%20Argentina.pdf

UNICEF. (2021). Encuesta de percepción y actitudes de la población. Impacto de la pandemia COVID-19 y las medidas adoptadas por el gobierno sobre la vida cotidiana. Cuarta ronda. Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/media/11316/file/Encuesta%20de%20percepci%C3%B3n%20y%20actitudes%20de%20la%20poblaci%C3%B3n.%20El%20impacto%20de%20la%20pandemia%20COVID-19%20en%20las%20familias%20con%20ni%C3%B1as,%20ni%C3%B1os%20y%20adolescentes..pdf

UNICEF. (2021). Estudio sobre los efectos en la salud mental de niñas, niños y adolescentes por COVID-19. Buenos Aires. Obtenido de: https://www.unicef.org/argentina/media/11051/file/Estudio%20sobre%20los%20efectos%20en%20la%20salud%20mental%20de%20ni%C3%B1as,%20ni%C3%B1os%20y%20adolescentes%20por%20COVID-19.pdf.

UNICEF. (2021). Instituciones ejecutantes Intercambios Asociación Civil y Universidad Nacional de Lanus (UNLa). Estudios sobre los efectos en salud mental de niños, niñas y adolescentes por COVID-19. Disponible en https://www.unicef.org/argentina/media/11051/file/Estudio%20sobre%20los%20efectos%20en%20la%20salud%20mental%20de%20ni%C3%B1as,%20ni%C3%B1os%20y%20adolescentes%20por%20COVID-19.pdf

UNICEF. (2021). Pobreza monetaria y privaciones no monetarias en Argentina. Obtenido de: https://www.unicef.org/argentina/media/12746/file/Pobreza%20monetaria%20y%20privaciones%20no%20monetarias%20en%20Argentina.pdf

Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles, Ministerio de Salud. (2021). Cobertura de Vacunación por Jurisdicción. Calendario Nacional de Vacunación (2009-2020). Obtenido de: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-12/coberturas-de-vacunacion-por-jurisdiccion-cnv-2009-2020.pdf

CHILE

La sindemia asociada a COVID-19 y los derechos de niñas, niños y adolescentes en Latinoamérica

Iván Silva
Sociedad Chilena de Pediatría

Daniela Díaz Bórquez
Karla Rost
Natalia Bozo Carrillo
Observatorio Niñez y Adolescencia

CONTENIDO

Presentación 190

1. Marco socioeconómico 192

2. Derecho a la salud 194

2.1 Vacunación y asistencia a controles 194
2.2 Salud mental 195

3. Derecho a la alimentación 197

4. Derecho a la educación 200

5. Derecho a la protección 204

6. Derecho a la participación 207

7. Conclusiones y recomendaciones 209

8. Referencias 212

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Marco socioeconómico 192

Tabla 2. Porcentaje de NNA de 5 a 18 años que tienen acceso a internet 201

Tabla 3. Pruebas del Sistema Nacional de Evaluación de Resultados de Aprendizaje (SIMCE) 203

Tabla 4. Abuso físico y sexual en NNA y trabajo infantil 204

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Hogares en situación de inseguridad alimentaria por presencia de niños, niñas y adolescentes en el hogar (año 2017, porcentaje) 197

Gráfico 2. Prevalencia de desnutrición en niñas, niños y adolescentes 198

Gráfico 3. Porcentaje de asistencia de niñas, niños y adolescentes 200

En marzo del año 2020, con la llegada de la pandemia por COVID-19, comenzamos a vivir una situación terrible y cambiante en cada ciudad, cada país, cada continente. Nuevamente, como en las sociedades de antaño, estuvimos sometidos a cuarentena, períodos de tiempo de 40 días, cuyos orígenes se remontan a los tiempos bíblicos, en referencia a la duración de la travesía espiritual de Jesucristo en el desierto. Hoy, por lo general, tal como nos enseñaba un viejo profesor: "en Medicina y en el amor, no digas nunca ni siempre", sabemos con algo más de precisión cuánto debiera durar el tiempo de retiro necesario para aislar a los enfermos de los sanos. Sin embargo, el distanciamiento físico y las implicancias económicas y de calidad de vida durante los encierros siguen impactando seriamente el convivir de las comunidades y, particularmente, de la niñez.

En efecto, las niñas y los niños se vieron afectados de múltiples formas en la satisfacción de sus derechos, empezando por el derecho a unas condiciones de vida dignas como alimentación y vivienda, pero también respecto del acceso a servicios esenciales, como los relativos a la salud y el derecho a la educación, incluyendo el acceso a internet, así como el derecho al juego, al ocio, al esparcimiento y a la realización de actividades recreativas.

Igualmente, dado el aislamiento obligatorio, aparecieron noticias y estudios sobre el aumento de la violencia en los hogares y dirigida a niñas, niños y adolescentes (NNA). Además de lo anterior, se dieron debates sobre la vulneración del derecho de NNA a ser informados sobre la situación experimentada con la pandemia y las medidas que se estaban adoptando, y con ello, el derecho a ser escuchados y a participar. La cuarentena agravó la situación de vulnerabilidad en la que ya se encontraban algunos colectivos: NNA con discapacidad, migrantes y solicitantes de asilo, institucionalizados o pertenecientes a minorías étnicas, entre otros.

A más de tres meses de decretada la pandemia, comenzaron las alertas sobre sus consecuencias para la salud física y mental de NNA, donde, como es habitual en nuestras sociedades adultocéntricas, NNA comenzaron la pandemia siendo invisibilizados. Preguntas como ¿Los niños se infectan? ¿Se enferman? ¿Contagian a su familia?, eran difíciles de responder. Los primeros estudios demostraban que NNA se infectaban en menor proporción, que no eran "super esparcidores" (Munro& Faust,

2020), que sus tasas de infección eran más bajas e incluso que, si se infectaban, tenían un curso más leve, con menos proporción de mortalidad (Carta al Editor, 2020).

El llamado que hicieran, en plena pandemia, exintegrantes del Comité de los Derechos del Niño en un documento público (Comité de los Derechos del Niño, 2020), significó de alguna manera un estímulo a las personas e instituciones activistas de la niñez, donde múltiples instituciones entre ellas SOCHIPE y su Comité de Pediatría Social y el Observatorio Niñez y Adolescencia, fueron reaccionando e iniciando profundas reflexiones y propuestas en torno a los impactos (físicos, emocionales y psicológicos) de la pandemia sobre NNA y a la necesidad de proteger sus derechos. Específicamente, esto implica adoptar medidas que les tengan en cuenta, reconociendo que no es suficiente, ni adecuado, a veces, "sumergirles" en las normativas y disposiciones generales que se van aprobando de manera dinámica y constante para la cuarentena.

El presente informe surge en el marco de una iniciativa del Comité de Pediatría Social de la Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE), en colaboración con profesionales de distintos países de Latinoamérica, que trabajan por la garantía de los derechos de niñas, niños y adolescentes. Su objetivo es caracterizar los efectos de la sindemia por COVID-19 a partir del reporte de una serie de indicadores que luego permitirán comparar la realidad chilena con el contexto latinoamericano.

A diferencia de los otros países que participan en este informe, las cifras en Chile fueron trabajadas como un reporte sintético de datos desde una colaboración gratuita entre la Sociedad Chilena de Pediatría y el Observatorio Niñez y Adolescencia. En este sentido, no se realizaron solicitudes de información a servicios y entidades públicas, sino que el trabajo se limitó a la sistematización de información disponible en las bases de dato del Observatorio y Niñez y Adolescencia, en los registros de salud accesibles a SOCHIPE, y en información pública disponible en las páginas electrónicas de las distintas instituciones y servicios, dado que ninguna de las dos instituciones cuenta con recursos para producir o gestionar otro tipo de datos.

1. MARCO SOCIOECONÓMICO

Tabla 1. Marco socioeconómico

Año	Índice de Gini	Población en pobreza monetaria	Pobreza monetaria en NNA	Población en pobreza extrema	Población en pobreza extrema en NNA
2017	0.45	8.6 %	13.9 %	2.3 %	3.9 %
2020	0.47	10.8 %	17.1 %	4.3 %	7 %

Fuentes: Ministerio de Desarrollo Social y Familia, (2020). CASEN en Pandemia. Resumen de resultados: Pobreza por ingresos y Distribución de Ingresos.
Observatorio Niñez y Adolescencia (2020). Infancia Cuenta en Chile.

La Encuesta de Caracterización Económica CASEN 2017, reportaba una disminución sostenida de la pobreza por ingreso en el tiempo, pese a los niveles de desigualdad existentes en el país. Este descenso en la pobreza, se ve interrumpido por la emergencia sanitaria por COVID-19. En efecto, respecto de 2017 la CASEN Pandemia 2020 reporta un aumento de dos puntos porcentuales en la pobreza monetaria (de 8.6 % a 10.8 %) y en la extrema pobreza (de 2.3 % el 2017 a 4.3 % el 2020).

En la última década, la población infantojuvenil del país ha concentrado mayores niveles de pobreza, pese a la disminución sostenida de la pobreza en el tiempo. La situación no es distinta en la pandemia. En efecto, se observa un crecimiento significativamente mayor en la pobreza infantil, ya que en 2017 un 13.9 % de hogares en los que habitaban NNA experimentaba pobreza monetaria, mientras que para el año 2020 ese porcentaje sube a 17.1 %. Ahora bien, la CASEN 2020 también reporta que un 9.2 % de los hogares con presencia de niñas y niños viven bajo la línea de la pobreza e indigencia a nivel país, sin considerar transferencias COVID-19.

En este sentido, es necesario señalar que la pobreza observada pudiese ser más grave, ya que las cifras se encuentran afectadas por una serie de medidas financieras desarrolladas por el gobierno, para enfrentar las consecuencias económicas de las cuarentenas y el aislamiento. Chile desplegó diversas transferencias de recursos, tales como préstamos a la clase media, el ingreso familiar de emergencia, el subsidio Protege dirigido a cuidadores de NNA, entre otras medidas, que buscaron, aunque

tardíamente, afrontar la crisis socioeconómica en la que nos había sumido el COVID-19. Estas medidas, complementaron los beneficios del sistema de protección social "Subsistema Seguridades y Oportunidades" que, con alta focalización y una serie de barreras de selección, ya otorgaba transferencias monetarias directas y condicionadas dirigidas a los hogares en pobreza extrema (Vega, M.J. et al., 2020, en CIPER académico).

Asimismo, en el caso chileno, la pandemia sucedió al estallido social de octubre de 2019, donde una serie de protestas y manifestaciones sociales toman lugar a lo largo de todo el país, como expresión del descontento de gran parte de la población con las tarifas del transporte público y el alto costo de la vida, la colusión, el ineficiente sistema de pensiones, el alto costo de los fármacos y la desigualdad en el acceso a servicios de salud, entre muchos otros motivos. Este proceso, termina en un acuerdo por la paz y un plebiscito que sustenta la posibilidad de cambio de la Constitución Política de la República, escrita en tiempos de la dictadura (que constituye la base jurídica del sistema imperante), mediante la conformación de una asamblea paritaria única en el mundo, conformada por 154 representantes populares para la redacción de un nuevo ordenamiento jurídico.

De este modo, cualquier lectura que se haga de los datos socioeconómicos de este período, debe considerar tanto el estallido social, como las transferencias monetarias que se hicieron a los hogares para paliar la crisis sanitaria. Adicionalmente, cabe señalar que la CASEN Pandemia (2020) también modificó la modalidad de implementación, realizándose mayoritariamente mediante entrevistas telefónicas y en consecuencia, incluyendo un menor número de preguntas.

2. DERECHO A LA SALUD

La pediatría social, con su enfoque holístico y multidisciplinario que considera la salud infanto-juvenil dentro de todos los ámbitos donde desarrolla su vida, no podría dejar de extender su mirada a lo que significó en la vida de NNA la pandemia COVID-19. Más aún, si consideramos que uno de los serios problemas que vivían muchos NNA en nuestro país, era su condición de pobreza y desigualdad, en un ámbito de tanta importancia para sus vidas como la salud. En efecto, pese a los avances experimentados por nuestro país en algunas áreas de desarrollo, un número importante de NNA carecen de los bienes esenciales que configuran el bienestar personal y familiar, tales como vivienda digna, alimentación adecuada, trabajo decente de sus padres o cuidadores, atención de salud, medio ambiente saludable, convivencia familiar y territorial, posibilidades de esparcimiento, entre otros.

Siguiendo a D. Black y M. Mitterback (Citado en Diaz, Marín, Muñoz, 2013), intentar tener éxito en la reducción de estas desigualdades mencionadas, requiere de una mirada reflexiva, inicialmente, y luego de acciones concretas desde la salud y, específicamente, desde la pediatría y la pediatría social, tales como:

- Enfoques sistemáticos e intensivos de prestación de una atención de salud eficaz a los grupos menos favorecidos.
- Estrategias que utilicen combinaciones de intervenciones e impliquen un enfoque multidisciplinario.
- Garantía de que las intervenciones por realizar expresen o identifiquen las necesidades de la población objetivo.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, se presentan a continuación los indicadores más relevantes para observar la situación del derecho a la salud entre la población de NNA.

▸▸ 2.1 Vacunación y asistencia a controles

De acuerdo con el Portal de Indicadores Básicos de la OPS, la tasa de cobertura de vacunación contra el sarampión, la rubéola y parotiditis (SRP1) en 2019 era de 95 %, y en 2020 descendió a 91 %. Este indicador refleja una problemática común de los países que hacen parte del estudio. Como afirma la UNICEF (2022), se trata de una alerta roja para la salud infantil. En el mismo sentido, según señala un informe de la OMS (2022): "por primera vez en 30 años, estamos

asistiendo al mayor retroceso continuado de la vacunación infantil"[1].

A este respecto, recordamos que para lograr los propósitos de la Agenda de Inmunización 2030 (AI2030) se requiere intensificar los esfuerzos para ponernos al día con la vacunación, a fin de hacer frente al retroceso y llevar los servicios a las zonas desatendidas para llegar a NNA que se han quedado sin la vacunación.

Otro indicador de particular relevancia es la asistencia de las niñas y los niños a los controles de salud. Para el año 2018, en el grupo de 0 a 5 meses de edad, los niños y niñas reciben 2.3 controles de salud más que el estándar, mientras en el grupo de 6 a 11 meses, en que la recomendación es de 2 controles, los niños y niñas reciben 1.4 controles adicionales (Subsecretaría de la Niñez, 2020). Con la pandemia, los controles de salud disminuyeron: 880 846 en 2019 y 542 708 en 2020 (Departamento de Estadística e información de Salud, 2020).

2.2 Salud mental

La Encuesta Longitudinal de Primera Infancia (ELPI, 2017) muestra que, para niñas y niños entre 0 y 12 años de edad, las enfermedades de la clasificación CIE-1159 con mayor prevalencia, fueron las asociadas a trastornos mentales y del comportamiento (15.9 %), que incluyen los trastornos de ansiedad, problemas de desarrollo psicomotor, problemas de conducta o de comportamiento, trastorno de déficit atencional, dificultades de aprendizaje, entre otros. En el caso de las niñas con un 11.4 % y en el de los niños un 20.2 % (Ministerio de Desarrollo Social y Familia 2017).

Según datos del Ministerio de Salud, en el año 2019 se realizaron 440 062 atenciones de salud mental en el sector público a niñas y niños de 0 a 9 años, las que disminuyeron a 167 361 en 2020. En el caso del grupo de NNA 10 a 14 años, disminuyeron de 429 761 a 176 414 atenciones y en el grupo de 15 a 19 años, de 436 761 a 226 951 (UNICEF-PNUD-OIT, 2021).

Conforme a los datos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) de 2018-2020, las atenciones en salud mental en el sector público dirigidas a niñas y niños de 0 a 9 años disminuyeron de 2019 a 2020 en 381 037 a 141 878. En el grupo de 10 a 14 años se redujeron de 274 296 a 148 018. En el grupo de 15 a 19 años se rebajaron de 323 794 a 187 270 (Departamento de Estadística e información de Salud, 2020).

Lo anterior resulta problemático porque, como se afirma en el informe mundial sobre salud mental, Transformar la salud mental para todos (OMS, 2022): "La salud mental es de vital importancia para todos, en todas partes" (p. 2). También, en dicho informe se asevera que, en todo el mundo, las necesidades en materia de salud

mental son considerables, tras el suceso de la pandemia, pero las respuestas resultan insuficientes e inadecuadas:

> A medida que el mundo vive con los efectos de largo alcance de la pandemia de COVID-19 y aprende de ellos, todos debemos reflexionar sobre uno de sus aspectos más llamativos: el enorme costo que ha supuesto para la salud mental de las personas [...] Al mismo tiempo, debemos ser conscientes de la fragilidad de los sistemas de salud que intentan atender las necesidades de las personas con trastornos mentales, bien sean de reciente aparición o preexistentes [...] debemos transformar nuestras actitudes, acciones y enfoques para promover y proteger la salud mental, así como para proporcionar cuidados y atención a quienes lo necesitan. Podemos y debemos hacerlo transformando los entornos que influyen en nuestra salud mental y desarrollando servicios de salud mental de base comunitaria capaces de lograr la cobertura universal de salud para la salud mental. Como parte de estos esfuerzos, debemos intensificar nuestra colaboración para integrar la salud mental en la atención primaria de salud. (OMS, 2022. p. v)

[1]OMS, 2022. La pandemia de COVID-19 causa el mayor retroceso ininterrumpido de la vacunación en treinta años. Disponible en: https://www.who.int/es/news/item/15-07-2022-covid-19-pandemic-fuels-largest-continued-backslide-in-vaccinations-in-three-decades

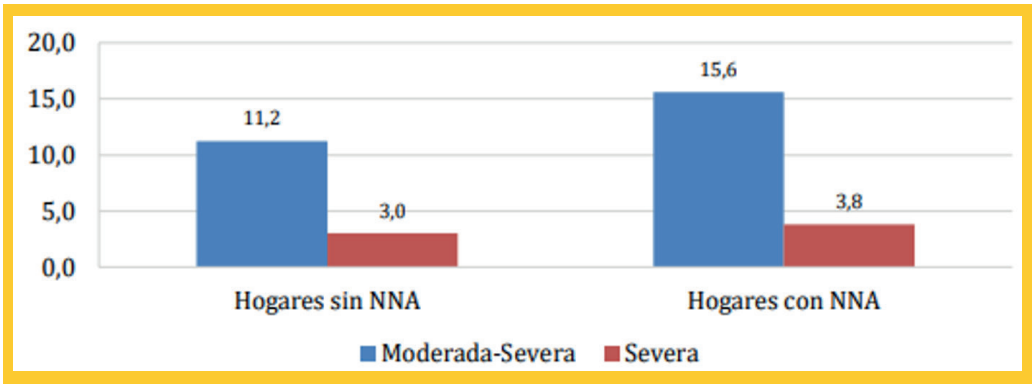
3. DERECHO A LA ALIMENTACIÓN

Previo a la pandemia por COVID-19, en Chile ya se había gestado un malestar general debido a las profundas inequidades existentes que afectan, principalmente, a los grupos marginados de la población. Lo anterior trajo consigo una revuelta social en octubre de 2019, que clamaba por mejores condiciones de vida y el fin al sistema neoliberal. Con la llegada de la pandemia, las vulnerabilidades en los distintos ámbitos de la vida se vieron agudizadas. En el caso del acceso y derecho a la alimentación, con el cierre de las escuelas, miles de NNA vieron dificultado el acceso a las principales comidas diarias.

En efecto, diversos autores señalaron los impactos que el confinamiento podría tener en materia de seguridad alimentaria y nutrición, apuntando como principales: las perturbaciones en las cadenas de suministro de alimentos; la pérdida de ingresos y medios de vida; el aumento de las desigualdades, las perturbaciones en los programas de protección social, la alteración de los entornos alimentarios, y los precios desiguales de los alimentos en contextos localizados (véase, por ejemplo, Klassen y Murphy, 2020; Clapp y Moseley, 2020; Laborde et al., 2020, Citado en Comité de Seguridad Alimentaria Mundial, 2020).

En respuesta de lo anterior, tanto el Estado como las comunidades, así como organizaciones no oficiales, elaboraron diversas estrategias para afrontar la crisis. Estas últimas llevaron a cabo acciones como las denominadas "ollas comunes" para proporcionar almuerzos gratuitos en socorro de miles de personas que vieron afectados sus ingresos y, por lo tanto, su acceso a la alimentación. Por su parte, el Estado desplegó una serie de trasferencias monetarias, como el Ingreso Familiar de Emergencia (IFE) y planes de entrega de alimentos, cajas de mercaderías nacionales, municipales y cajas de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, Junaeb (JUNAEB).

Gráfico 1. Hogares en situación de inseguridad alimentaria por presencia de niños, niñas y adolescentes en el hogar (año 2017, porcentaje)



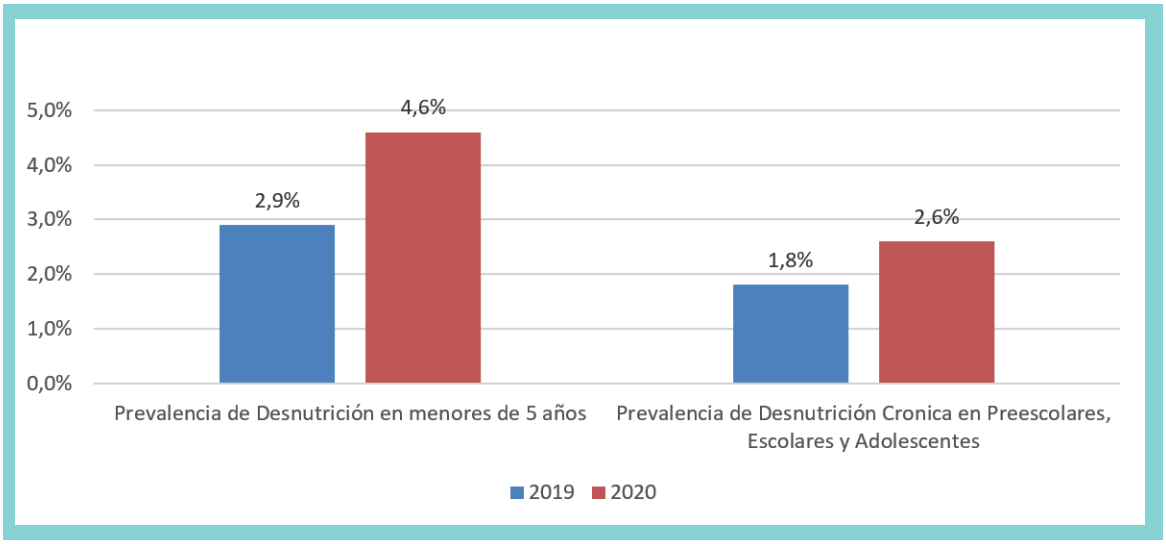
Fuente: Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2020). Informe de niñez y adolescencia 2019.

Como se puede ver en el Gráfico 1, los hogares con niños, niñas y adolescentes tienen mayor proporción de aparecer como hogares con inseguridad alimentaria Moderada-Severa (15. 6 %), que lo hogares sin NNA (11.2 %). Asimismo, los hogares con NNA tienen mayor proporción de hogares en el nivel Severo (3.8 %) que los hogares sin NNA (3.0 %).

Con la "Encuesta Social COVID-19", a noviembre de 2020, se constató que a nivel nacional un 11.5 % de la población general presentaba inseguridad alimentaria, de moderada a severa (UNICEF-PNUD-OIT, 2021). Ahora bien, al desagregar la información por hogares con presencia de NNA, y comparando las cifras del año 2017, se observa un aumento, en los indicadores de inseguridad alimentaria Moderada a Severa, marcando el año 2017 un 19.3 %, y el año 2020 un 20.4 % durante el mes de julio (Subsecretaría de la Niñez, 2019, 2020).

Sin embargo, aunque la variación porcentual no fue significativa, las cifras de UNICEF, PNUD y OIT (2021) arrojan que la proporción de hogares con NNA, que consumía tres o más comidas diarias antes de la pandemia, correspondía a un 96 %, mientras que durante la pandemia, se redujo al 78 %. En esa línea, la proporción de hogares con NNA que aplicaron alguna estrategia de afrontamiento frente a la escasez de alimentos se desglosa en que el 29 % redujo las porciones de comida de los adultos, un 8 % redujo las porciones de NNA, y un 18 % redujo la cantidad de comidas en general.

Gráfico 2. Prevalencia de desnutrición en niñas, niños y adolescentes



Fuente: elaboración propia con datos de JUNAEB y UNICEF.

La prevalencia de desnutrición en menores de 5 años pasó de un 2.9 % en 2019 a un 4.6 % en 2020. Por su parte, la prevalencia de desnutrición crónica en preescolares, escolares y adolescentes paso de un 1.8 % en 2019 a un 2.6 % en el año 2020. En efecto, se visualiza que todos los tramos se vieron afectados por la crisis sanitaria, no obstante, los menores de 5 años mantuvieron un alza porcentual cercana al 2 %, a diferencia del resto de los NNA que no alcanzó el alza del 1 %. Finalmente, en relación con la prevalencia de sobrepeso y obesidad en prescolares, escolares y adolescentes, se observa un aumento en un 1.9 % pasando de un 23.5 % en el año 2019 a un 25.4 % en el año 2020.

Las cifras anteriores proyectan los efectos de la crisis sanitaria en materia de acceso y derecho a la alimentación como un efecto colateral de las repercusiones del virus, en materia de ingresos y cese de la actividad productiva, incluyendo la agrícola y de suministros. Así mismo, la pausa de la entrega de beneficios de programas estatales de alimentación complementaria de salud y de alimentación escolar contribuyeron a aumentar los índices de prevalencia de desnutrición y sobrepeso, dado que los individuos debían sortear su alimentación diaria en base a los ingresos y disponibilidad en cada uno de sus hogares.

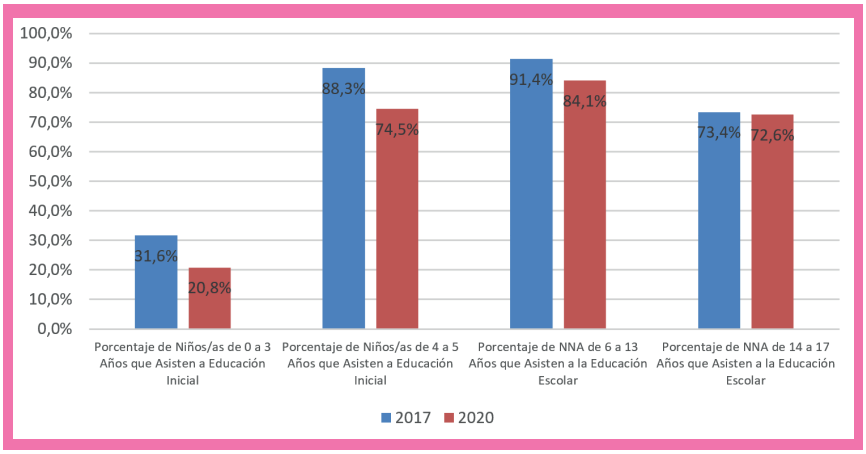
4. DERECHO A LA EDUCACIÓN

Tras la llegada y rápida propagación del COVID-19, una de las primeras medidas a nivel mundial fue el cierre de escuelas. Sin embargo, no es una medida excepcional, experiencias de otras crisis sanitarias del pasado reciente, como el ébola o la influenza por H1N1, han demostrado que el mayor impacto de la pandemia en niñas y niños, no se relaciona con las tasas de infección sino con las pérdidas en servicios de educación, salud y alimentación por el cierre de las escuelas (UNICEF, 2015). Esto incide en la vulneración de sus derechos.

Para Chile, y el resto de Latinoamérica, la llegada del COVID-19 coincidió con el inicio del año académico. El 16 de marzo del año 2020 se decretó la suspensión de clases presenciales a nivel nacional y, así, se inició un periodo de educación a distancia que no cesó sino hasta 2021. Esto implicó una serie de dificultades en materia de acceso repercutiendo directamente en la inasistencia a clases de miles de estudiantes, así como en la integración de contenidos claves y la adaptación para el desarrollo del año escolar, de manera virtual.

En este sentido, comparando las cifras del año 2017-2020 en términos de asistencia en educación, tanto inicial, como básica y secundaria, se puede observar una baja sostenida en cada uno de los niveles durante 2020. Es la educación secundaria la menos afectada, con una baja porcentual inferior al 1 %, y la educación inicial la más afectada, específicamente el tramo de niñas y niños entre 4 y 5 años de edad, con una baja porcentual en la asistencia de 13.8 %.

Gráfico 3. Porcentaje de asistencia de niñas, niños y adolescentes



Fuente: elaboración propia, con cifras de CASEN en Pandemia y Data Social.

No obstante, estos datos no indican calidad del acceso puesto que, también, existen en el país brechas respecto del acceso a internet entre zonas rurales y urbanas, e incluso, en el caso en que exista acceso a internet, dicho acceso no implica contar con dispositivos adecuados para la asistencia a clases. Así, muchos estudiantes se conectaban a las clases virtuales en dispositivos celulares propios o de los padres y en espacios pequeños que compartían labores domésticas, educativas y muchas veces laborales, obstaculizando el aprendizaje. Lo anterior, sin embargo, deja fuera la gran cantidad de estudiantes que no lograron asistir a clases, tanto virtuales como presenciales durante el periodo y que debieron trabajar en base a material físico entregado por sus establecimientos educacionales.

Tabla 2. Porcentaje de NNA de 5 a 18 años que tienen acceso a internet

Año	Conexión banda ancha fija en el hogar	Conexión por celular
2020	83 %	82 %
2021	88 %	81 %

Fuente: CRITERIA. (2021). Informe Radiografía digital 2020. CRITERIA. (2022). Radiografía digital 2021.

Con la suspensión de clases, los Estados se vieron en la obligación de diversificar las estrategias de enseñanza a distancia para que NNA lograsen cumplir logros académicos y dar continuidad al año escolar. Para ello, en Chile, el Ministerio de Educación (MINEDUC) desplegó una serie de herramientas a nivel nacional, tales como "Aprendo en línea", "Aprendo en casa", "TV educa a Chile", "Biblioteca digital", entre otros. Mientras tanto, los establecimientos educacionales centraron sus esfuerzos en materiales pedagógicos, por medio de guías y/o cuadernillos, o mediante clases online.

Gran parte de las estrategias utilizadas vinculaba el uso de plataformas web o material digital y, sin embargo, aunque la región ha avanzado de manera significativa en la reducción de las brechas de acceso al mundo digital en los últimos años, particularmente, gracias a la masificación de la conectividad móvil, aún persisten brechas considerables en el acceso efectivo, lo que tiene profundas implicaciones en las oportunidades y la participación de las nuevas generaciones.

Según datos de UNICEF, PNUD y OIT (2021), el porcentaje de hogares, a nivel nacional, con presencia de personas entre los 6 y 18 años que carecían de herramientas tecnológicas para fines educativos correspondía a un 40.5 %, pero al desagregar por quintiles, el primer quintil es el más afectado, con un 56 %. En efecto, el análisis por quintiles sugiere que el acceso a herramientas tecnológicas se encuentra directamente ligado con el nivel socioeconómico de la muestra. Esto es coherente con la dependencia del establecimiento educacional, donde se observa que estudiantes que asisten a escuelas de dependencia municipal presentan una carencia significativamente mayor, aproximadamente un 15 % más, que los estudiantes de establecimientos particulares subvencionados. Es decir, el acceso desigual a conexiones a internet se traduce en una distribución desigual de los recursos y las estrategias, lo que afecta principalmente a sectores de menores ingresos o mayor vulnerabilidad (Rieble-Aubourg y Viteri, 2020).

En lo que refiere a la deserción escolar, según cifras del MINEDUC, para el año 2017, el número de estudiantes entre 6 y 21 años en situación de deserción del sistema educativo correspondía a 138 572. Durante el año 2020, esta cifra subió a 186 000. En el año 2021, aproximadamente, 40 000 estudiantes de educación básica y media no se habían matriculado en ningún establecimiento (UNICEF-PNUD-OIT (2021), producto de este contexto catalogado como excepcional, donde convergen dificultades de acceso a los contenidos y aprendizajes, brecha digital y discontinuidad académica, el cese del contacto estudiante-escuela, y dificultades tanto familiares como de salubridad.

Finalmente, en torno a los instrumentos que miden los resultados de aprendizajes en Chile, se puede constatar que durante los años 2017-2019 se observaron variaciones en torno a la prueba del Sistema Nacional de Evaluación de Resultados de Aprendizaje SIMCE (Ver Tabla 3), al menos en el segmento de estudiantes de octavo año básico, dado que las evaluaciones para el resto de los niveles se vieron suspendidas en el marco de la revuelta social. Principalmente en la prueba de Historia, se observa una baja de 11 puntos entre el año 2017 al 2019. Mientras que, en las pruebas de Lenguaje e Historia, las variaciones alcanzaron los 3 puntos. Para el año 2021, se realizó la evaluación Diagnóstico Integral de Aprendizaje a nivel nacional, sin embargo, al momento de elaborar este informe los resultados no se encuentran disponibles, pues está en etapa de monitoreo. En torno a la prueba PISA, si bien se tienen a la base los puntajes del año 2018, durante el año 2021 esta fue suspendida por el COVID-19.

Tabla 3. Pruebas del Sistema Nacional de Evaluación de Resultados de Aprendizaje (SIMCE)

Año Simce	Lenguaje	Matemáticas	Historia
2017	244	260	261
2019	241	263	250

Fuente: Elaboración propia con datos del MINEDUC.

5. DERECHO A LA PROTECCIÓN

Esta dimensión, ha sido una de las más difíciles de completar, puesto que, en el momento de elaborar el informe no se encontró información oficial, representativa a nivel nacional que reporte exactamente la información requerida en los indicadores seleccionados para el reporte. De este modo, se utiliza información proxy que entrega alguna noción respecto del derecho a la protección antes y después de la pandemia.

Tabla 4. Abuso físico y sexual en NNA y trabajo infantil

Año Simce	Porcentaje de NNA víctimas de abuso físico en su hogar	Porcentaje de NNA víctimas de abuso sexual	Porcentaje de NNA de 5 a 18 años vinculados al trabajo infantil ampliado
2019	6292	637 (Prácticas abusivas sexuales) 10 192 (Delitos no maltrato)	319
2020	4447	510 (Prácticas abusivas sexuales) 9121 (Delitos no maltrato)	226

Fuente: Defensoría de la Niñez. (2021 y 2022). Informe Anual. Derechos Humanos de niños, niñas y adolescentes en Chile; DIPRES. (2019). Monitoreo y Seguimiento Oferta Pública 2019.

Respecto de NNA que han sido víctimas de abuso físico en su hogar, los datos de la Defensoría de la Niñez dan cuenta de 6292 NNA ingresados por maltrato, en 2019, a programas ambulatorios del Servicio Nacional de Menores, y otros 2350 y 443 NNA ingresados a oficinas de protección local y programas ambulatorios por la misma causa. Cabe señalar que estos datos excluyen a NNA que no acceden a programas porque su situación no es denunciada o diagnosticada por la comunidad. En efecto, la falta de contacto con otras redes, comunidad y escuela, durante la pandemia pudieron influir en el subreporte de la atención por maltrato. Para el año 2020, la cifra disminuye e ingresaron 4477 NNA al sistema de protección producto de maltrato (en sistema ambulatorio, oficinas locales de protección de derecho y programas de cuidado alternativo).

En cuanto a la explotación sexual comercial infantil y el abuso sexual es complejo determinar cifras. Según el Observatorio de la Niñez y Adolescen-

cia (2017), la cifra negra, es decir, aquellas agresiones sexuales que no se denuncian alcanza el 70 % de los casos. A pesar de esto, las cifras de denuncias son igualmente altas; por ejemplo, solo en 2019, la Fiscalía ingresó más de 32 000 nuevos casos por delitos sexuales, que no permiten afirmar igual número de víctimas infantiles, puesto que gran parte de ellos nunca llega a terminar el proceso judicial. Dicho esto, otra referencia para cuantificar la cantidad de NNA que experimentan esta vulneración de derechos está dada por el ingreso al Programa de Protección Especializada en Explotación Sexual Comercial Infantil y Adolescente que en 2019 registró 1477. Ahora bien, es necesario precisar que el programa no se encuentra presente en todas las regiones del país y que un ingreso no representa un niño o niña, puesto que un caso puede ingresar más de una vez en el año al programa. Con todo, la información sirve para tener alguna referencia, aunque esta no se haya actualizado aun a la fecha de cierre de este informe.

En cuanto al trabajo infantil, los datos de la Defensoría de la Niñez detectan 319 NNA vinculados al trabajo infantil ampliado en 2019, y 226 en el año 2020. No obstante, las cifras no son representativas a nivel nacional y pudiesen esconder, particularmente, el trabajo más invisible que realizan niñas y adolescentes mujeres de labores domésticas y de cuidado, tanto a hermanos/as menores, como a posibles enfermos afectados por el COVID-19. Otros antecedentes son los presentados por la encuesta COVID-19 de UNICEF que indica que en un 11.8 % de hogares con presencia de niñas, niños y adolescentes entre 6 y 14 años, se realizaron tareas relacionadas con los cuidados. El desarrollo de tareas asociadas al cuidado alcanza un 17.5 % en hogares con presencia de adolescentes entre 15 y 17 años y para el mismo grupo, se observa en un 3.5 % de los hogares encuestados las y los adolescentes entre 15 y 17 años debieron trabajar para apoyar económicamente al hogar. En el caso de NNA entre 6 y 14 años, el trabajo para apoyo económico al hogar se observa en un 2.2 % de los hogares con niños y niñas entre 6 y 14 años.

En la Conferencia regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe[2], los países de la región se comprometieron a transitar hacia un nuevo estilo de desarrollo: la sociedad del cuidado. La sociedad del cuidado es una noción propositiva que requiere una construcción colectiva y multiescalar con corresponsabilidad de género y social. La Agenda Regional de Género, los aportes de mujeres feministas, el paradigma del buen vivir orientan los principios que permiten la construcción de una sociedad que coloque en el centro los cuidados y la sostenibilidad de la vida, con igualdad de género. Para evitar la profundización de las brechas de género y avanzar hacia la igualdad sustantiva es imprescindible el reconocimiento del cuidado de las personas y el planeta.

El derecho al cuidado, entendido como el derecho a recibir cuidados, a cuidar y al autocuidado, es parte de los derechos humanos ya reconocidos en los pactos y tratados internacionales. Sobre la base de los principios de igualdad, universalidad y corresponsabilidad social y de género, estos derechos hacen posible la sostenibilidad de la vida y el cuidado del planeta.

[2]XV Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe. Buenos Aires, 7 al 11 de noviembre de 2022. Disponible en: https://conferenciamujer.cepal.org/15/es

6. DERECHO A LA PARTICIPACIÓN

Respecto al derecho a la participación, es necesario señalar que las últimas cifras disponibles de manera oficial provienen de la Encuesta Nacional de Juventud realizada por el Instituto Nacional de la Juventud (INJUV, 2018), que es el único instrumento con alcance nacional, que recoge opiniones de adolescentes y jóvenes de entre 15 y 29 años de edad, y cuya última aplicación fue en 2018. Para ese año, los datos indicaban que 1 de cada 2 personas habilitadas para votar se abstuvieron de participar en las elecciones presidenciales de 2017, que cerca de la mitad de la población joven declaró haber participado en alguna organización social en el último año, y 1 de cada 3 jóvenes señalaba haber participado en alguna actividad de voluntariado o ayuda a la comunidad. Asimismo, el 55 % de los y las jóvenes prefirió la democracia como forma de gobierno y el 24 % declaraba haber participado en al menos en una manifestación social. El 82 % de los adolescentes se encontraba nada o poco interesado en la política. Evidentemente, estas cifras resultan insuficientes para comprender el comportamiento de la participación política y social de NNA, particularmente cuando fueron las y los adolescentes, participantes activos de los movimientos sociales vinculados al estallido social de octubre de 2019.

Información más actualizada, aunque menos representativa es la otorgada por el estudio de opinión realizado por la Defensoría de la Niñez (2020), con una muestra de alrededor de 7081 NNA de 10 a 17 años encuestados en hogares y establecimientos educacionales. Los resultados reportan:

- 70.5 % está de acuerdo con que cuando los niños y niñas se organizan pueden cambiar las cosas que no les gustan.
- 49.6 % considera que nunca ha participado en actividades que se realizan en sus barrios y/o condominios.
- 38.3 % participa de una instancia de decisión a través de voto u otro método en su comuna o colegio.

Cabe señalar que en Chile uno de los mecanismos de promoción de participación de NNA son los Consejos Consultivos Comunales de Niños, Niñas y Adolescentes, que se implementaron a través de la Ley 20.500 de 2011 y al alero de las Oficinas Locales de la Niñez (ONL). Estos consejos son instancias que promueven la participación

sustantiva de los NNA dentro de su territorio local, aportando así al desarrollo de su comunidad, entorno y políticas públicas, buscando incluir la opinión de NNA en decisiones que tengan impacto en su comunidad, identificar problemáticas que son de su interés y les afectan directamente, e incentivar su participación en espacios formales con el municipio. A la fecha se ha conformado el Consejo de la Sociedad Civil de la Niñez al alero del Ministerio de Desarrollo Social, Consejos Consultivos Comunales de NNA, al alero de los Municipios y Oficinas de Protección de Derechos (OPD), Consejo Asesor de NNA del Servicio Nacional de Menores (SENAME) al alero del Ministerio de Justicia y derechos humanos, y El Consejo Consultivo de la Sociedad Civil, al alero de la Defensoría de la Niñez (Defensoría de la Niñez, 2020). Sin embargo, no es posible contar con información que permita analizar la incidencia de NNA en la toma de decisiones en estos espacios de participación.

- En relación con la participación de NNA en las movilizaciones sociales, la encuesta de Opinión de la Defensoría de la Niñez (2020) reporta:

  - 55.5 % de los NNA encuestados/as habrían participado de las movilizaciones sociales hasta esa fecha.

  - La mayoría participó en Marchas (67.3 %), seguido de cacerolazos (58.1 %).

  - 40.3 % se junta con sus amigos y/o compañeros/as para hablar sobre problemas que quieren solucionar, los temas de mayor interés para NNA, son principalmente relacionados con la protección del medio ambiente (79.3 %) y Protección de animales (78.6 %).

  - Sobre la participación política, a un 53.7 % de ellos y ellas le gustaría participar en plebiscitos contemplados para una nueva constitución, y un 58.0 % considera que debe de incluirse a menores de 18 años en un proceso constituyente que sucedió al estallido.

En cuanto a la consideración de la participación infantil, la encuesta de opinión de la Defensoría de la Niñez (2020) reporta que un 90.9 % de NNA está de acuerdo con que siempre es importante que los adultos escuchen su opinión. Y, mientras que de primero a cuarto básico el 57.7 % considera que los adultos toman mucho en cuenta lo que sienten y piensan, en la enseñanza media ese porcentaje disminuye a un 42 %, por lo que en la medida que aumenta la edad de los NNA disminuye la percepción de ser tomados en cuenta.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La llegada de la pandemia ha puesto en evidencia las brechas de NNA para alcanzar la garantía de sus derechos, y en especial, el de la salud. Brechas sociales previas a la pandemia, resultado de sinergias negativas de determinantes sociales y políticos de la salud han hecho que las desigualdades, instaladas hace décadas, implosionen en hechos más visibles que han terminado mostrando la vulnerabilidad de los NNA en el país.

En un aspecto puntual como la vacunación, la situación de NNA se vio agravada en la pandemia no solo por la priorización del cuidado de los adultos mayores, más vulnerables al COVID-19, sino por la suspensión de la asistencia física a los sitios de vacunación, y la urgencia de acatar el aislamiento obligatorio. Los más afectados terminaron siendo los de menor edad, hasta que se pudo volver a normalizar la práctica de vacunación presencial.

El derecho a la alimentación para la población de NNA se vio afectado por la magnitud de los hechos consistentes en pérdidas de jefes de hogar o cabeza de familia, el desempleo de miembros de hogar y una serie de eventos que terminaron afectando los ingresos en los hogares y la adquisición de alimentos, llevando a una inseguridad alimentaria para los NNA, ya que la posibilidad de contar con las tres comidas diarias disminuyó, llevando a tener repercusiones como el aumento de la desnutrición y el hambre. La situación, aunque se vio paliada con una política social del Estado y estrategias de autogestión comunitaria, termina expresándose en porcentajes de inseguridad alimentaria y desnutrición más altos.

En consonancia con las problemáticas de salud mencionadas, la pandemia puso en evidencia situaciones de afectación de la salud mental de NNA, aceleradas por la incertidumbre experimentada en dicho contexto, y expresada en fenómenos de ansiedad, depresión, pérdida de concentración y atención, agresividad, etc., un aspecto que no ha sido lo suficientemente estudiado a pesar de las normativas internacionales al respecto.

Indirectamente, la salud se vio afectada indirectamente al aparecer obstáculos para satisfacer otros derechos como la educación en el caso de los NNA, y el trabajo para los adultos en hogares con NNA. Respecto a la educa-

ción, la generalización de la educación virtual en la pandemia puso en evidencia la brecha digital no solo en el acceso a internet, sino en la disponibilidad de dispositivos, y el ambiente necesario para tomar las clases, pero, asimismo, la suspensión de asistencia física a los colegios suspendió el entorno necesario para la socialización de NNA, así como para sus juegos y para aprender actitudes dialógicas. Respecto al trabajo, la pandemia puso en evidencia las brechas sociales que genera la informalidad laboral, y la repercusión de ello en la situación de los hogares cuyos ingresos se relativizaron al generalizarse el aislamiento, llevando a situaciones de inseguridad alimentaria y desnutrición que afectaron a NNA de estos hogares más fuertemente.

Como recomendación, lo anterior muestra la necesidad de pensar intersectorialmente la salud en la toma de decisiones ante este tipo de eventos como la pandemia. La desigualdad social es una variable que está detrás de las fuentes de vulneración de los derechos de NNA, y es prioridad generar sistemas de información para su medición e incidencia en políticas públicas para su reducción.

8. REFERENCIAS

CEPAL y UNESCO. (2020). La educación en tiempos de la pandemia de COVID-19. Informe Covid-19. Obtenido de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45904/S2000510_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Clinical Characteristics of Covid-19 in New York City [Carta al Editor]. (2020, junio 11). The New England Journal of Medicine. Obtenido de: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2010419

Comité de los Derechos del Niño. (2020). El Comité de Derechos del Niño advierte sobre el grave efecto físico, emocional y psicológico de la pandemia COVID-19 en los niños y hace un llamado a los Estados para proteger los derechos de los niños. Obtenido de: https://achnu.cl/wp-content/uploads/2020/04/Declaracion-Comite%CC%81-de-Derechos-del-Nin%CC%83o-.pdf

Comité de Seguridad Alimentaria. (2020). Los Efectos de la COVID-19 en la Seguridad Alimentaria y la Nutrición: elaboración de respuestas eficaces en materia de políticas para abordar la pandemia del hambre y la malnutrición. Obtenido de: https://www.fao.org/3/cb1000es/cb1000es.pdf

Defensoría de la Niñez. (2020). Informe Anual 2019. Obtenido de: https://www.defensorianinez.cl/informe-anual-2019/docs/Cuenta_Publica_e_Informe_Anual_2019.pdf

Defensoría de la Niñez. (2021). Estudio de opinión niños, niñas y adolescentes 2020. Levantamiento en hogares. Obtenido de: https://www.defensorianinez.cl/wp-content/uploads/2020/05/Estudio_opinion_nna_hogares-VF.pdf

Diaz, J.A., Marín, L. y Muñoz, A. (2013). Manual de Pediatría Social. Obtenido de: https://www.pediatriasocial.es/HtmlRes/Files/Manual_Pediatria_Social.pdf

Instituto Nacional de la Juventud. (2018). Novena Encuesta Nacional de la Juventud: Informe General de Resultados. Obtenido de: https://www.injuv.gob.cl/sites/default/files/ix_encuesta_nacional_de_la_juventud_2018.pdf

Munro, A. P., & Faust, S. N. (2020). Children are not COVID-19 super spreaders: time to go back to school. Archives of disease in childhood, 105(7), 618-619. Obtenido de: https://adc.bmj.com/content/105/7/618.abstract

Observatorio Niñez y Adolescencia. (2018). Cifra Negra de Violencia Sexual Contra Niños, Niñas y Adolescentes: Ocultamiento Social de una Tragedia. Obtenido de: https://drive.google.com/file/d/1D8cvbcbGeyr1AmENLNHNorC0-VXUn-Mdk/view?usp=drive_open

Observatorio Social. (2020). Encuesta Social Covid-19. Resultados: Inseguridad Alimentaria Segunda Ronda. Obtenido de: http://observatorio.ministeriodesarrollo-social.gob.cl/stora-ge/docs/covid19/Resultados_Inseguridad_Alimentaria_Covid_II.pdf

OMS. (2022). La pandemia de COVID-19 causa el mayor retroceso ininterrumpido de la vacunación en treinta años. Obtenido de: https://www.who.int/es/news/i-tem/15-07-2022-covid-19-pande-mic-fuels-largest-continued-backslide-in-vaccinations-in-three-decades

OMS. (2022). Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. Panorama general. Ginebra. Obtenido de: https://www.who.int/es/pu-blications/i/item/9789240050860

Rieble-Aubourg, S. y A. Viteri. (2020), COVID-19: "¿Estamos preparados para el aprendizaje en línea?", Nota CIMA, N° 20, Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Obtenido de: https://publications.iadb.org/publications/spanish/-document/-Nota-CIMA--20-COVID-19-Estamos-preparados-para-el-aprendizaje-en-linea.pdf

Subsecretaría de la Niñez. (2020). Informe de Niñez y Adolescencia 2019. Obtenido de: https://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/storage/docs/In-forme_de_Ninez_2019_Web.pdf

Subsecretaría de la Niñez. (2021). Informe de Niñez y Adolescencia 2020. Obtenido de: https://plandeaccioninfancia.ministeriodesarrollosocial.gob.-cl/storage/cms/document/bFnHjks04JFxWUGL4cgODRwefobRplPRXMCBJlBt.pdf

UNICEF. (2015). Ebola: Getting to zero. For communities, for children, for the future. Obtenido de: https://www.unicef.org/reports/ebola-getting-zero

UNICEF. (2022). Inmunización. Las vacunas son el método más seguro que hay en el mundo para proteger a los niños de enfermedades mortales. Obtenido de: https://www.unicef.org/es/inmunizacion.

UNICEF-PNUD-OIT. (2021). Impactos de la pandemia en el bienestar de los hogares de niños, niñas y adolescentes en Chile. Obtenido de: https://www.unicef.org/chile/media/5901/file/Informe%20impactos%20de%20la%20pandemia%20.pdf

Vega, M., Caro, C., Valenzuela, R., Testa, N. (31 de agosto de 2020). Análisis comparativo de la política social económica chilena durante la pandemia. Obtenido de: https://www.ciperchile.cl/2020/08/31/analisis-comparativo-de-la-política-social-economica-chilena-durante-la-pandemia/

COLOMBIA

La sindemia asociada a COVID-19 y los derechos de niñas, niños y adolescentes en Latinoamérica

Autor: Ernesto Durán Strauch
Universidad Nacional de Colombia
Colaboración de:
María Lucía Mesa
Profesora Universidad de los Andes
María Alejandra Gutiérrez
Estudiante Universidad de los Andes

Bogotá, segundo semestre 2022

CONTENIDO

Introducción 220

1. Marco socioeconómico 222

1.1 Impacto de la pandemia en la pobreza y la desigualdad 222
1.2 Sistema de protección social 225
1.3 Gasto público social: cuantificación y distribución 226

2. Derecho a la salud 229

2.1 Cobertura de vacunación 229
2.2 Atención en servicios de salud 230
2.3 Salud mental 231
2.4 Embarazo en adolescentes 235

3. Derecho a la alimentación 236

3.3 Desnutrición 236
3.4 Inseguridad alimentaria 238

4. Derecho al desarrollo 239

4.1 Acceso a educación de calidad 239
4.2 Conectividad y uso de TIC 242

5. Derecho a la protección 245

5.1 Protección contra toda forma de violencia 245
5.2 Protección contra la explotación laboral 247
5.3 Protección contra la explotación sexual y comercial 248

6. Derecho a la participación 249

7. Grupos de alto riesgo 251

7.1 Niñez migrante 251
7.2 Niñez indígena 255

8. Conclusiones y perspectivas futuras 256

9. Referencias 259

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Pobreza monetaria y pobreza extrema en niños, niñas y adolescentes 2019-2020 223
Tabla 2. Pobreza monetaria y pobreza extrema en NNA por edad y sexo 2019-2020 224
Tabla 3. Población de 0 a 19 años por grupos de edad y sexo en miles (2020) 225
Tabla 4. Hogares con NNA y con jefe/a de hogar activo/a según acceso a protección social 2018 226
Tabla 5. Gasto social global en seis países de Suramérica (2019-2020) 226
Tabla 6. Gasto social en seis países de Suramérica (2019-2020) por funciones del gasto 227
Tabla 7. Cobertura reportada de vacunaciones (%) 2017-2021 229
Tabla 8. Exposición y comportamientos asociados a la violencia en población de 7 a 11 años según sexo 232
Tabla 9. Número de síntomas mentales en niños de 7 a 11 años según sexo 232
Tabla 10. Resultados prueba SQR según tipo y número de síntomas por sexo 233
Tabla 11. Defunciones por suicidio según grupos de edad del fallecido 2015-2021 235
Tabla 12. Porcentaje de desnutrición aguda y crónica en menores de 5 años Bogotá y Medellín 237
Tabla 13. Asistencia escolar por sexo en Colombia, 7 a 12 y 13 a 19 años 2019-2020 239
Tabla 14. Asistencia escolar por área de residencia, grupos de 7 a 12 y 13 a 19 años 2019-2020 240
Tabla 15. Intensidad del cierre de escuelas: de marzo 2020 a marzo 2022 241
Tabla 16. Cobertura neta por niveles educativos del 2019 al 2021 241
Tabla 17. Resultados pruebas SABER 11 años 2019 al 2021 242
Tabla 18. Porcentaje de hogares con acceso a Internet 2019 al 2021 242
Tabla 19. Niños y niñas de 5 a 12 años que viven en hogares no conectados por quintil de ingreso 243
Tabla 20. Número de casos ingresados a restablecimiento de derechos por abuso físico, sexual o negligencia 2019 al 2021 246
Tabla 21. Tasa de trabajo infantil (5 a 17 años) según grupos de edad y sexo 2017-2021 247
Tabla 22. Porcentaje de hogares de NNA según indicadores de pobreza multidimensional 252
Tabla 23. Satisfacción con su situación actual adolescentes migrantes 253
Tabla 24. Estado de ánimo adolescentes migrantes 253

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Evolución del PIB 1990-2021 222

Gráfico 2. Evolución de la pobreza monetaria a nivel nacional, en cabeceras y en centros poblados y rural disperso 2012-2021 223

Gráfico 3. Coeficiente de Gini nacional, cabeceras y centros poblados y rural disperso 2012-2021 224

Gráfico 4. Pirámide poblacional 2020 225

Gráfico 5. Ingresos y egresos del gobierno central 1990-2020 (%) 227

Gráfico 6. Deuda externa como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) 1990-2021 228

Gráfico 7. Conducta suicida en estudiantes de secundaria y media de colegios públicos de Bogotá, agosto 2020 234

Gráfico 8. Desnutrición en menores de 5 años 1990-2015 236

Introducción

Colombia ha ratificado los diferentes tratados internacionales relacionados con los derechos de niños, niñas y adolescentes (NNA), ha incorporado estos derechos en su Constitución y tiene un Código de la Infancia y la Adolescencia que ratifica y desarrolla estos derechos, sin embargo, en el país ocurren diariamente múltiples vulneraciones a estos derechos.

Al ser uno de los países con mayores niveles de inequidad y desigualdad de la región y del planeta, hay NNA que mueren de desnutrición, así también, sometidos a las diferentes formas de explotación laboral, sexual y comercial, presentando una alta tasa de embarazos tempranos, y de muertes violentas. Esto, ante la indiferencia de las élites y de grupos políticos.

El acceso a la educación ha mejorado y se está cerca de la universalidad en primaria, pero se presentan grandes diferencias en la calidad de la educación que recibe la población rural y urbana o los estratos bajos, medios y altos. Hay un sistema de salud que logra una alta afiliación a la seguridad social, pero se presentan diferencias significativas en la oportunidad y calidad de las atenciones en salud prestadas, dependiendo del nivel de ingresos de las familias.

Las diferentes violencias que azotan el país (conflicto armado, narcotráfico, delincuencia, violencia social y violencia intrafamiliar) impactan la vida de las nuevas generaciones; así como la corrupción que desvía importantes dineros destinados a los programas estatales dirigidos a las poblaciones más desprotegidas. A estos históricos problemas estructurales se han sumado en estos últimos años los efectos devastadores de la sindemia COVID-19.

El texto inicia entonces con un análisis del contexto colombiano, para luego analizar la situación de los derechos a la salud, el desarrollo, la protección y la participación, recogiendo para ello la información disponible en el momento sobre lo ocurrido durante la sindemia, para analizar los datos de los indicadores que se definieron para el análisis regional y sacar a partir de ellos unas conclusiones.

Esperamos que estas reflexiones sean de utilidad para el momento que vive el país que estrena un gobierno alternativo que se ha comprometido con un cambio social que corrija las grandes inequidades existentes, sobre todo, esperamos que sean útiles para aprender de la experiencia vivida, para que en el futuro haya una respuesta más adecuada ante situaciones como las que se han vivido durante la sindemia.

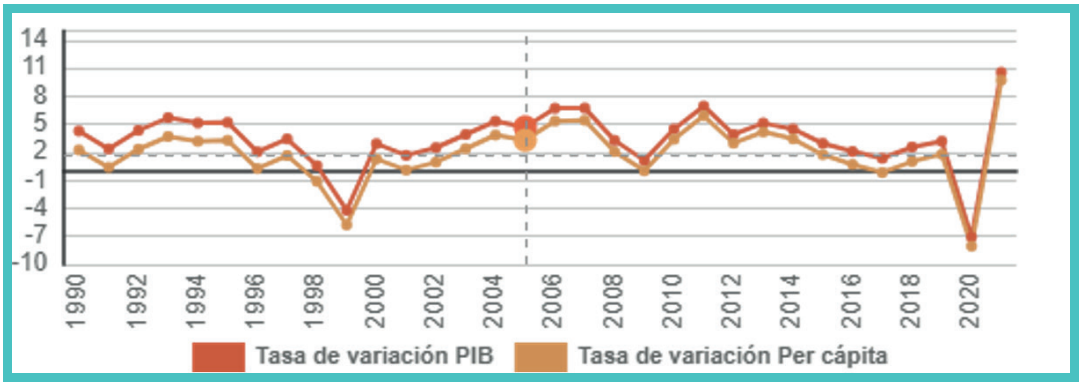
1. MARCO SOCIOECONÓMICO

Se presentan algunos datos del marco socioeconómico del país que ayudan a entender la compleja situación de los derechos de niños, niñas y adolescentes en el país y los graves impactos que la sindemia COVID-19 ha tenido sobre ellos.

▸▸ 1.1 Impacto de la pandemia en la pobreza y la desigualdad

La evolución del Producto Bruto Interno (PIB) ha sido históricamente oscilante, pero con una tendencia positiva durante la mayor parte de las últimas tres décadas (con la excepción del años 1999), pero con cifras cada vez menores de crecimiento, sobre todo a partir de 2013 (con una leve recuperación en 2019) y ya con tasas negativas en 2020. En 2021, en cambio, se produjo una recuperación importante, tal como puede apreciarse en el siguiente gráfico:

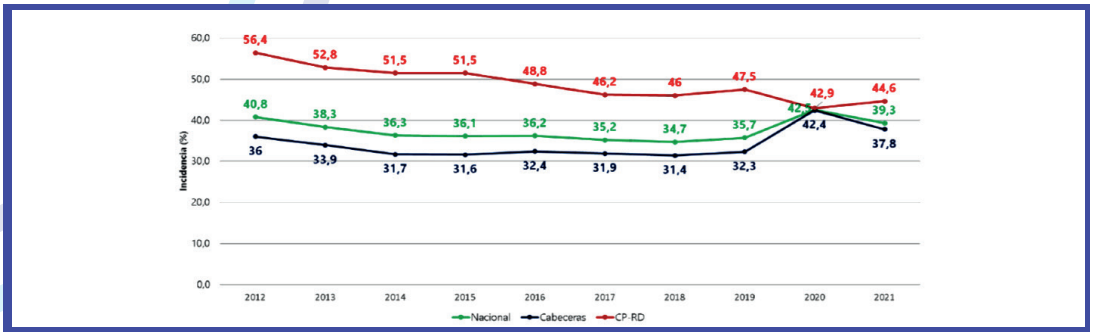
Gráfico 1. Evolución del PIB 1990 - 2021



Fuente: CEPAL. (2022). Principales cifras de América Latina y el Caribe.

Sin embargo, este elevado crecimiento económico general, no ha tenido un impacto tan marcado en la reducción de la pobreza, que venía registrando una caída desde 2012 hasta 2018, cambiando de signo en 2019 y aumentando pronunciadamente en 2020 para reducirse en 2021, aunque en este último año disminuyó la pobreza urbana y aumentó la pobreza rural.

Gráfico 2. Evolución de la pobreza monetaria a nivel nacional, en cabeceras y en centros poblados y rural disperso 2012 - 2021



Fuente: DANE. (2022). Pobreza monetaria año 2021.

Las proyecciones de la CEPAL (2021), sobre la base de cifras oficiales proporcionadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) indican que la pobreza puede haber bajado al 36.3 % en 2021, pero volvería a crecer en 2022, ubicándose en el 38 % (de acuerdo con un escenario base sin grandes variantes en las principales tendencias asociadas) y hasta el 39.2 % (en un escenario con más inflación de la prevista, como parece estar confirmándose).

En este marco, importa destacar la particular situación de NNA, comparando las cifras de 2019 y de 2020, diferenciando la pobreza y la pobreza extrema y considerando los diferentes subgrupos al interior de la población menor de 18 años, tal como se expone en la Tabla 1.

Tabla 1. Pobreza monetaria y pobreza extrema en niños, niñas y adolescentes 2019-2020

	Total de la población	Primera Infancia 0 a 5 años	Infancia 6 a 11 años	Adolescencia 12 a 17 años	NNA 0 a 17 años
Pobreza 2019	35.7	50.7	50.5	48.6	50.0
Pobreza 2020	42.5	56.6	56.6	54.1	55.8
Pobreza extrema 2019	9.6	15.5	15.3	14.2	15.0
Pobreza extrema 2020	15.1	21.6	22.4	20.3	21.4

Fuente: DANE. (2021). Boletín pobreza monetaria en la niñez y la adolescencia.

Como se puede observar, la pobreza aumentó en todos los grupos etarios, manteniéndose la brecha existente entre niños, niñas y adolescentes y el resto de la población:

> Entre 2019 y 2020 cerca de 3,5 millones de personas en Colombia cayeron en pobreza monetaria, 22,9 % de ellas estaban entre los 0 y 17 años. De esta manera, la cantidad de niños, niñas y adolescentes que estaban en situación de pobreza monetaria alcanzó los 8,3 millones a nivel nacional. (DANE, 2021, p. 1).

La diferencia en el aumento de la pobreza por género no fue significativa como lo evidencia la Tabla 2.

Tabla 2. Pobreza monetaria y pobreza extrema en NNA por edad y sexo 2019-2020

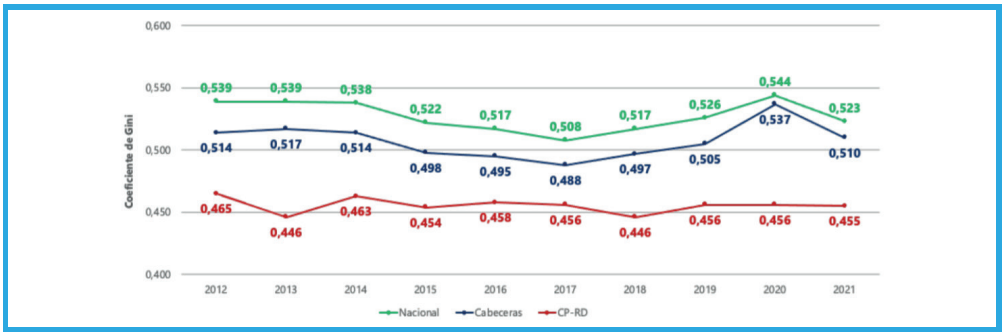
	2019 Masculino	2019 Femenino	2020 Masculino	2020 Femenino
		Pobresa monetaria		
Total población	34.9	36.5	41.7	43.4
Primera infancia	51.1	50.4	56.9	56.3
Infancia	50.2	50.9	56.8	56.4
Adolescencia	48.5	48.8	54.1	54.1
NNA Total	49.9	50.1	55.9	55.7
		Pobreza extrema		
Total población	9.3	9.9	14.6	15.6
Primera infancia	15.8	15.2	21.9	21.3
Infancia	15.0	15.6	22.2	22.5
Adolescencia	14.1	14.3	20.3	20.3
NNA Total	15.0	15.1	21.5	21.4

Fuente: DANE. (2021). Boletín pobreza monetaria en la niñez y la adolescencia.

Estos datos se relacionan, además, con las desigualdades que se registran en términos de distribución del ingreso, medido generalmente a través del índice de Gini, que se mueve lentamente en el tiempo, pero que permite tener una idea de los cambios que se van produciendo.

En el caso de Colombia, este índice se ubicaba en 0.539 en 2012, bajando a 0.522 en 2015 y a 0.508 en 2017, subiendo luego a 0.526 en 2019 y a 0.544 en 2020, volviendo a bajar en 2021 a 0.523 (DANE, 2022b). Como puede apreciarse, el índice nunca se ha ubicado por debajo de 0.5, situación que se diferencia de los países más igualitarios (en América Latina y en otras regiones del mundo) cuyos índices de Gini se ubican por debajo de ese nivel, en mayor o en menor medida.

Gráfico 3. Coeficiente de Gini nacional, cabeceras y centros poblados y rural disperso 2012-2021



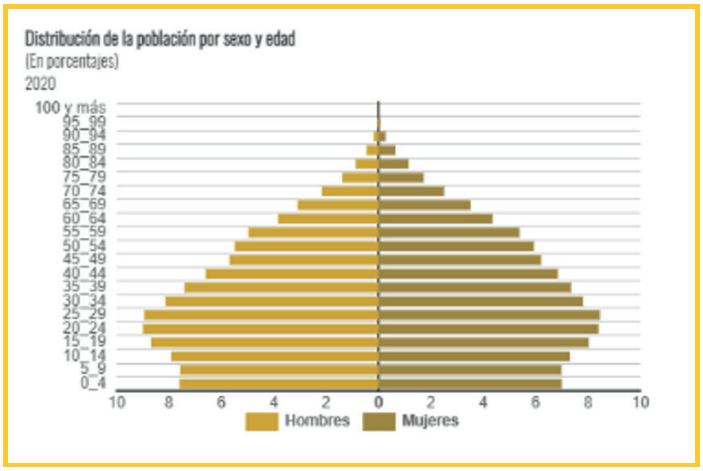
Fuente: DANE. (2022). Pobreza monetaria año 2021.

En su conjunto, es un cuadro preocupante, que muestra elevados niveles de desigualdad y pobreza, con impactos particularmente relevantes en la población menor de 18 años, lo que plantea serias limitaciones para el efectivo cumplimiento de sus derechos, tal como se podrá corroborar en este informe.

1.2 Sistema de protección social

Las dinámicas vinculadas con las pobrezas y las desigualdades se explican también por el sistema de protección social, el que, a su vez, trata de acompasar la dinámica poblacional, la cual evidencia una transición demográfica con una disminución de la población en los primeros años de vida.

Gráfico 4. Pirámide poblacional 2020



Fuente: CEPAL. (2022). Principales cifras de América Latina y el Caribe

Como puede apreciarse, la población de NNA ya no es la más amplia, dado que ha sido desplazada por la población joven. De todos modos, estamos ante un conjunto amplio de NNA que, en 2020, se estimaba en 15.5 millones (de 0 a 19 años), distribuidos del siguiente modo:

Tabla 3. Población de 0 a 19 años por grupos de edad y sexo en miles (2020)

	0 - 4 años	5 a 9 años	10 a 14 años	15 a 19 años
Masculino	1.899	1.894	1.979	2.167
Femenino	1.812	1.810	1.895	2.080
Total	3.711	3.703	3.873	4.246

Fuente: CEPAL. (2022). Principales cifras de América Latina y el Caribe.

En términos de protección social, por su parte, las cifras de la Tabla 4 presentan la información correspondiente, diferenciando tipos de protección y comparando con los otros países de la región, incluidos en el presente estudio.

Tabla 4. Hogares con NNA y con jefe/a de hogar activo/a según acceso a protección social 2018

Países	Con protección mixta	Con protección no contributiva	Con protección contributiva	Sin protección
Argentina	6	21	51	21
Chile	19	14	52	15
Colombia	3	16	37	44
Ecuador	5	12	42	41
Perú	0	17	24	58
Uruguay	15	15	63	7

Fuente: Castillo y Marinho. (2022).

Como puede apreciarse, Colombia figura entre los seis países estudiados como el país con la segunda mayor proporción de hogares con NNA sin protección social (44 %), luego de Perú y apenas por encima de Ecuador. Poco más de un tercio cuenta con protección contributiva y poco menos del 20 % cuenta con protección no contributiva o mixta. En su conjunto, un cuadro preocupante, que determina en buena medida los diferentes indicadores que se presentan en este informe.

▸▸ 1.3 Gasto público social: cuantificación y distribución

Una tercera dimensión por considerar es la relacionada con el gasto público destinado al sector social. En la comparación entre los seis países, Colombia figura en 2020 como el cuarto, respecto a su inversión en el campo social.

Ahora, es destacable el aumento en el gasto social en 2020 respecto a 2019, ubicado en torno al 25 %, por encima de los concretados en varios de los otros países de la región.

Tabla 5. Gasto social global en seis países de Suramérica (2019-2020)

	Como % del PIB		En dólares constantes de 2010	
Países	2019	2020	2019	2020
Argentina	13.0	17.2	1.278	1.492
Chile	17.3	20.2	2.584	2.965
Colombia	12.5	15.5	976	1.103
Ecuador	10.5	11.7	534	533
Perú	11.0	13.4	726	792
Uruguay	16.2	16.7	2.578	2.543

Fuente: CEPAL. (2022a) Panorama Social de América Latina 2021.

Por su parte, esta misma información, pero discriminada por tipo de gasto, también ubica a Colombia en "mitad de tabla", invirtiendo casi la mitad del gasto público social en "protección social", seguido de la inversión en salud y educación (cerca del 25 % en ambos casos), como puede apreciarse en la Tabla 6:

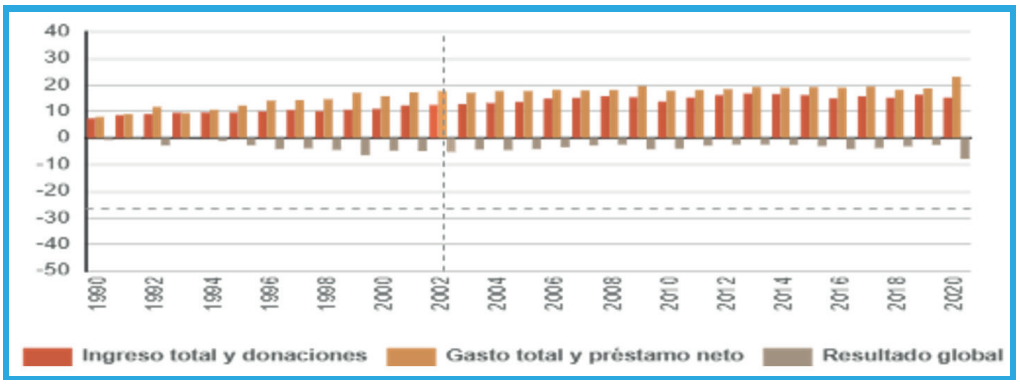
Tabla 6. Gasto social en seis países de Suramérica (2019-2020) por funciones del gasto

Países	Protección social	Educación	Salud	Vivienda y servicios comunitarios	Recreación, cultura y religión	Protección del medio ambiente
Argentina	83.0	7.0	7.2	2.5	0.0	0.4
Chile	40.2	26.8	29.9	1.7	0.8	0.5
Colombia	48.3	23.5	24.8	2.0	1.0	0.4
Ecuador	34.0	35.7	23.4	4.7	1.2	1.0
Perú	31.4	30.3	25.3	3.5	1.7	7.8
Uruguay	46.0	27.9	21.9	2.9	1.1	0.2

Fuente: CEPAL. (2022) Panorama Social de América Latina 2021.

Ubicadas en perspectiva, estas cifras deben considerarse en el cuadro más amplio de ingresos y egresos del gobierno (con su correspondiente saldo), como se presenta en el gráfico siguiente:

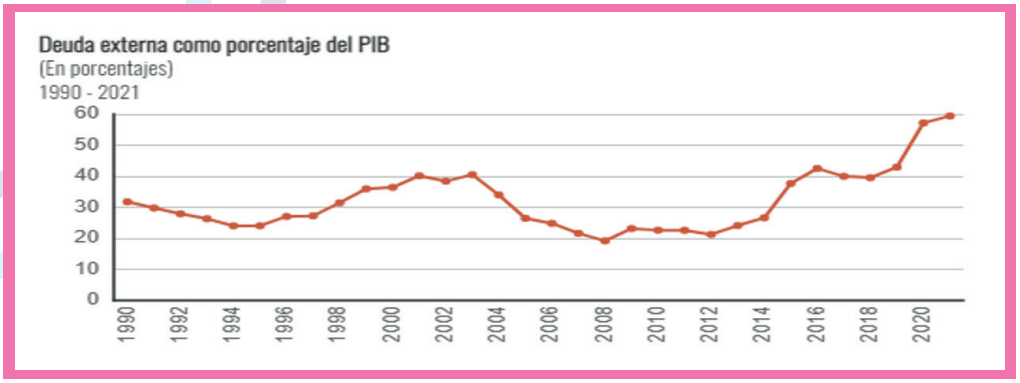
Gráfico 5. Ingresos y egresos del gobierno central 1990-2020 (%)



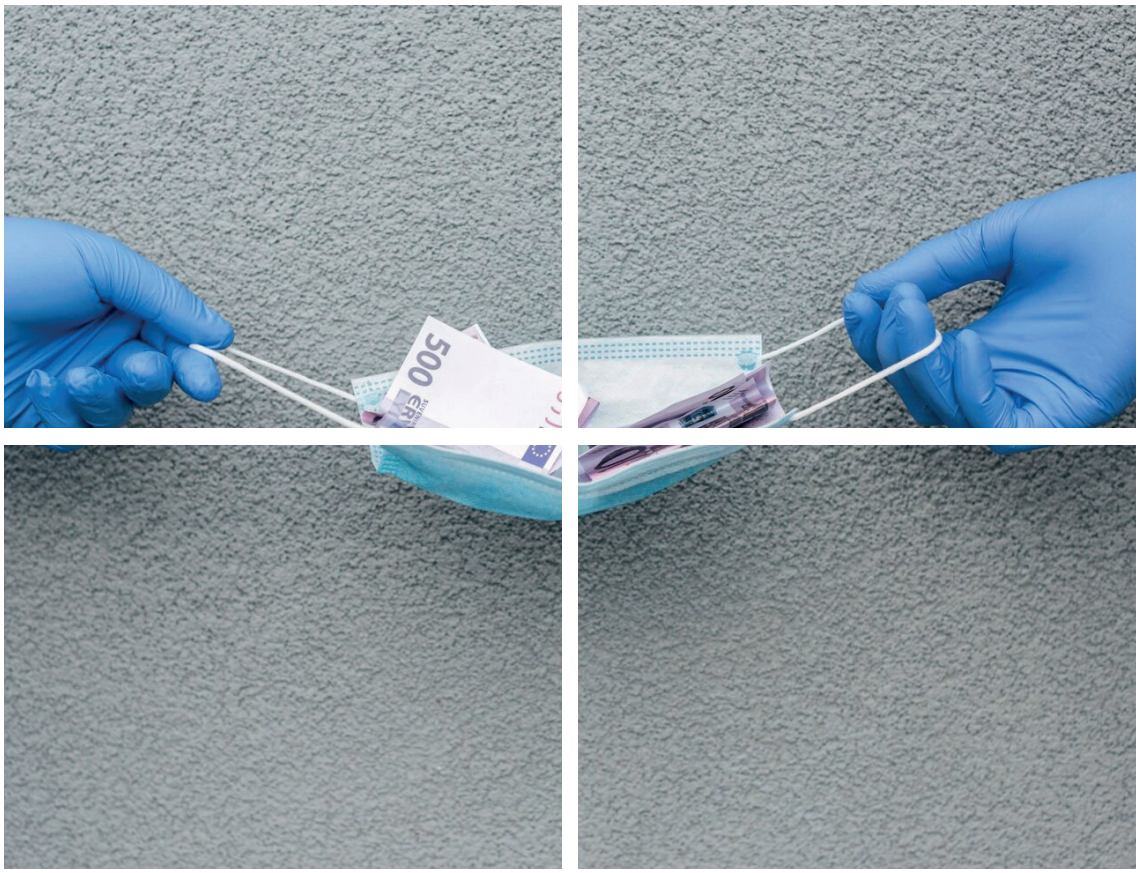
Fuente: CEPAL. (2022). Principales cifras de América Latina y el Caribe.

Un dato no menor en estas materias es que gran parte de este aumento en el gasto social (dirigido al aumento de los problemas a atender como resultado de la pandemia) se financió con endeudamiento externo, el cual, si bien viene creciendo desde 2012, dio un salto muy importante en 2020, atenuándose un poco (pero sin cambiar de tendencia) en 2021.

Gráfico 6. Deuda externa como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) 1990-2021



Fuente: CEPAL. (2022). Principales cifras de América Latina y el Caribe.



2. DERECHO A LA SALUD

El COVID-19 afectó directamente la salud de toda la población, aunque en menor porcentaje a NNA, sin embargo, la sindemia COVID-19 tuvo significativos efectos sobre la salud de la población menor de 18 años, presentamos a continuación la información sobre algunos de estos efectos en el país.

▸▸ 2.1 Cobertura de vacunación

En el campo de la vacunación, importa distinguir las vacunas del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) de la vacunación contra el COVID-19 (ver Tabla 7). Como puede apreciarse, en lo que atañe a las vacunas del PAI, se nota que en el periodo 2017-2019 se venía presentando aumentos en la cobertura de algunos biológicos y niveles similares en otros, pero en 2020-2021 se evidenció una disminución de las coberturas en todos los biológicos, con excepción de la vacuna para Hepatitis B, disminuciones que oscilaron entre el 3 y el 9 %.

Tabla 7. Cobertura reportada de vacunaciones (%) 2017-2021

Año	BCG	DTP1	DTP3	Hep BB	MMR 1	MMR 2	PCV 3	Polio 3
2017	91	94	92	81	93	89	91	92
2018	89	92	92	77	95	88	94	92
2019	90	95	94	81	95	89	93	93
2020	89	92	88	88	90	88	89	88
2021	87	91	87	---	86	86	84	86

Fuente: http://ais.paho.org/imm/IM_JRF_COVERAGE.asp

Por su parte, en lo que atañe a la vacunación contra el COVID-19, a finales de octubre de 2022 el país reportaba porcentaje de esquemas completos de vacunación del 71%.

En su conjunto, estamos ante un panorama complejo, en el que se han resentido los porcentajes de las vacunas del PAI de manera importante, los cuales aún no se han recuperado a los niveles prepandemia, en tanto, en el momento de realizar el presente informe, todavía se avanza en la cobertura de la vacunación contra el COVID-19, después de un periodo inicial de acelerado crecimiento de este.

▸▸ 2.2 Atención en servicios de salud

En Colombia no hay un registro continuo disponible del porcentaje de niños, niñas y adolescentes que acuden a controles periódicos de salud. Sin embargo, a partir del segundo semestre de 2020 el DANE empezó a aplicar la Encuesta Pulso Social (DANE, 2020), que buscaba evidenciar el impacto de la sindemia por COVID-19 en diferentes aspectos de la vida de las familias. La primera ronda de la encuesta (julio 2020) mostró que en el 42 % de los hogares se tuvo que dejar de asistir a consultas médicas (especialistas, controles de desarrollo integral infantil), lo que evidencia la grave afectación en la asistencia a actividades ambulatorias de salud para toda la población, incluidos los controles de salud, de acuerdo a la percepción de quienes atienden NNA, en un porcentaje similar o mayor se habría afectado la asistencia de controles de salud en todas las edades pediátricas. Este porcentaje fue disminuyendo levemente en las encuestas siguientes y para octubre de ese año, que fue la última vez que se hizo esta pregunta en la encuesta, el porcentaje era de 37.9 % de los hogares. La percepción entre quienes atienden NNA es que esta situación fue mejorando progresivamente en los años 2021 y 2022, para volver a niveles similares a los previos al inicio de la pandemia, los cuales estaban lejos de ser los ideales.

Además de la afectación en la vacunación y en la asistencia a controles integrales de salud, se vieron afectados el seguimiento a niñas, niños y adolescen-

tes con enfermedades crónicas o en situación de discapacidad, los procesos de rehabilitación, los controles de la gestación, las consultas de planificación familiar y el acceso a métodos anticonceptivos, la interrupción voluntaria del embarazo, la asistencia oportuna a urgencias, los controles de salud oral y salud visual y las consultas por nutrición, entre otras (Durán, 2021).

2.3 Salud mental

Es claramente reconocida la afectación que la sindemia ha tenido en la salud mental de la población, en el caso de la salud mental infantil y adolescente debido al confinamiento, la no presencialidad de la educación, la repercusión social y económica que vivieron sus familias, las crisis familiares por enfermedad y muerte por COVID-19 y las situaciones de temor y ansiedad ante la enfermedad y la muerte, así como el futuro de NNA, sus familias y la humanidad en general.

Colombia, en 2015 realizó su primer estudio nacional de salud mental, en el que se encontraron datos preocupantes respecto a la salud mental de niñas, niños y adolescentes.

Se indagó sobre condiciones de violencia vividas, encontrándose que el 13.7 % de niñas y niños de 7 a 11 años había vivido desplazamiento por el conflicto armado, el 10.9 % había presentado cambios producto del conflicto armado y la inseguridad, el 35.2 % presentaba comportamientos violentos y el 28.1 % comportamientos de retaliación violenta.

Tabla 8. Exposición y comportamientos asociados a la violencia en población de 7 a 11 años según sexo

Indicadores	Hombre		Mujer		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Desplazamiento por conflicto armado o inseguridad						
La última vez	12,1	8,2-17,5	9,8	6,6-14,3	10,9	8,3-14,3
Comportamientos violentos	40,7	37,1-44,5	29,8	26,3-33,5	35,2	32,6-37,8
Comportamientos de retaliación violenta	30,8	27,5-34,3	25,5	22,2-29,1	28,1	25,8-30,6
Juego brusco	17,4	14,5-20,7	10,5	8,4-13,1	13,9	12,1-16,0
Juegos relacionados con arma o guerra	13,7	11,2-16,6	*	*	7,8	6,5-9,5

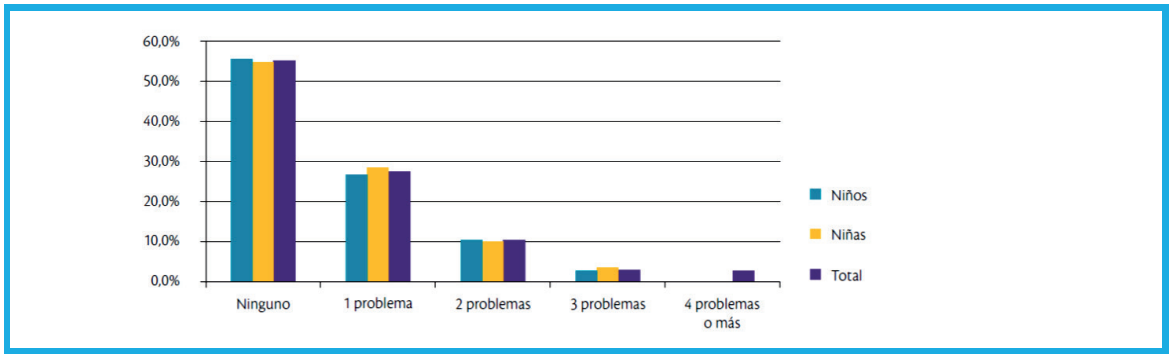
Nota: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y no se publican por tener un CVE mayor al 20%.

Fuente: Minsalud y Colciencias. Encuesta Nacional de Salud Mental (2015).

Producto de estas situaciones de violencia y otras afectaciones, el 11.7 % de niñas y niños de 7 a 11 años había vivido, por lo menos, un evento traumático en su vida y de ellos el 2.4 % había vivido 2 o más eventos traumáticos.

Respecto a su salud mental, el 4.7 % de niñas y niños de 7 a 11 años, según sus padres, había tenido un trastorno de salud mental en los últimos 12 meses, siendo el más frecuente el déficit de atención y el 44.7 %. Niñas y niños entre los 7 y los 11 años presentaba en la encuesta RQC[9] al menos un síntoma mental, el 17.1 % presentaba dos síntomas y el 6.6 % 3 o más síntomas.

Tabla 9. Número de síntomas mentales en niños de 7 a 11 años según sexo



Fuente: Minsalud y Colciencias. Encuesta Nacional de Salud Mental (2015).

Entre los adolescentes de 12 a 17 años la situación era más crítica, el 18.3 % había vivido desplazamiento y el 29.3 % había vivido, al menos, una experiencia traumática alguna vez en su vida. Respecto a su salud mental, el 11.2 % presentaba un resultado de la encuesta SQR positivo para algún trastorno mental, el 10.1 % presentaba 3 a 4 síntomas ansiosos, el 15.0 % presentaba 4 a 6 síntomas depresivos y el 8.9 % presentaba 1 o 2 síntomas de psicosis, datos todos muy preocupantes.

[1]El RQC es un instrumento de tamizaje que debe responder la persona adulta responsable del niño, niña o adolescente.

Tabla 10. Resultados prueba SQR según tipo y número de síntomas por sexo

SRQ como indicador de trastorno mental	Hombre		Mujer		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
SRQ positivo para algún trastorno mental	11,2	9,0-13,9	13,2	10,9-15,9	12,2	10,6-14,1
SRQ ansiedad						
Ningún síntoma	53,6	49,7-57,4	40,7	37,0-44,5	47,1	44,4-49,8
Número bajo de síntomas ansiosos (1 a 2)	33,6	30,1-37,4	40,5	36,8-44,3	37,1	34,5-39,7
Número medio de síntomas ansiosos (3 a 4)	10,1	7,9-12,8	13,0	10,7-15,8	11,6	9,9-13,5
Número alto de síntomas ansiosos (más de 5)	*	*	5,8	4,4-7,7	4,3	3,3-5,4
SRQ depresión						
Número bajos de síntomas bajo depresión (1 a 3)	81,6	78,4-84,4	79,0	75,8-81,9	80,3	78,0-82,4
Número medio de síntomas depresión (4 a 6)	15,0	12,5-18,0	16,6	14,0-19,6	15,8	14,0-17,9
Número alto de síntomas depresión (más de 7)	*	*	4,4	3,1-6,1	3,9	3,0-5,1
SRQ psicosis						
Uno de dos síntomas indicadores de psicosis positivo	8,9	6,9-11,3	11,4	9,2-14,0	10,1	8,6-11,8
SRQ epilepsia						
Un síntoma indicador sugestivo de epilepsia positivo	*	*	*	*	2,0	1,4-2,9

Nota: Estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y no se publican por carecer de validez inferencial dado que tienen un coeficiente de variación expandido (CVE) mayor al 20 %.

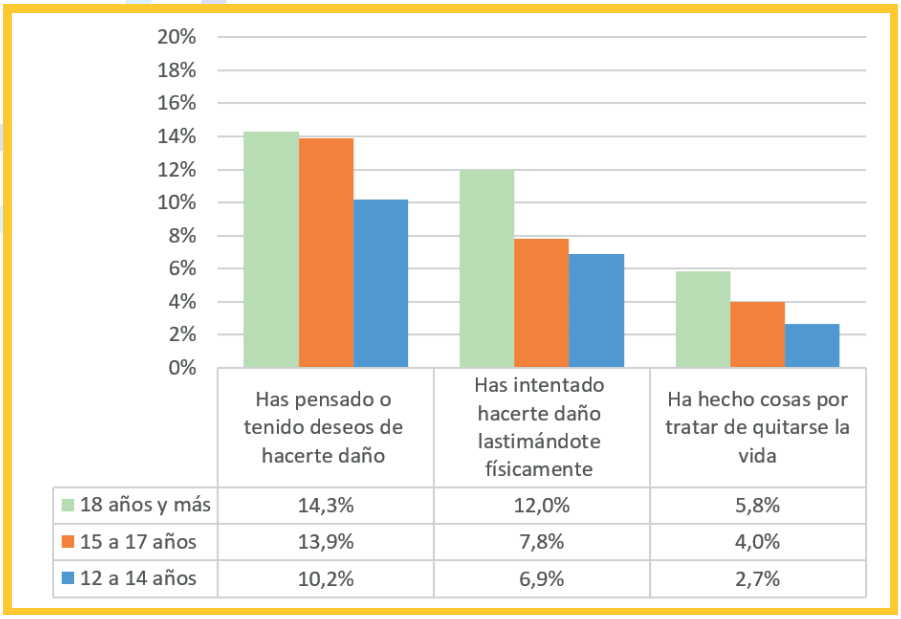
Fuente: Minsalud y Colciencias. Encuesta Nacional de Salud Mental (2015).

Según la misma encuesta, la prevalencia de cualquier trastorno mental en los adolescentes fue de 7.2 %, siendo el más frecuente la ansiedad y la ideación suicida, la cual tuvo una prevalencia de 6.6 %, el plan suicida tuvo una prevalencia de 1.8 % y el intento suicida del 2.5 %. Todos los datos mencionados evidencian una compleja situación de salud mental en la población más joven que se presentaba desde antes de la sindemia.

Respecto a la afectación en la salud mental por la sindemia, en Colombia se realizaron estudios y encuestas en población general, pero pocos estudios específicos en población menor de 18 años. En el estudio realizado por el Observatorio sobre Infancia de la Universidad Nacional de Colombia (2021), iniciando el segundo semestre de 2020, se aplicó una encuesta a una muestra representativa de estudiantes de colegios públicos de Bogotá, entre sus hallazgos están:

- El 38 % de los estudiantes de secundaria reportó sentir con alta frecuencia angustia por el futuro.
- 34 % reportó sentir con alta frecuencia desmotivación o aburrimiento.
- 24 % presentaba con alta frecuencia falta de control de sus emociones.
- 8 % sentía con alta frecuencia rabia incontrolable.
- 17 % afirmó sentir tristeza todos los días o la mayoría de los días.
- Entre los estudiantes de 12 a 14 años el 10.2 % respondió que había pensado o tenido deseos de hacerse daño, el 6.9 % respondió que había intentado hacerse daño lastimándose físicamente, y el 2.7 % que había intentado suicidarse.
- Entre los estudiantes de 15 a 17 años el 13.9 % respondió que había pensado o tenido deseos de hacerse daño, el 7.8 % que había intentado hacerse daño lastimándose físicamente y el 4.0 % que había intentado suicidarse, datos que muestran un aumento respecto a la Encuesta de Salud Mental referida.

Gráfico 7. Conducta suicida en estudiantes de secundaria y media de colegios públicos de Bogotá, agosto 2020



	Has pensado o tenido deseos de hacerte daño	Has intentado hacerte daño lastimándote físicamente	Ha hecho cosas por tratar de quitarse la vida
18 años y más	14,3%	12,0%	5,8%
15 a 17 años	13,9%	7,8%	4,0%
12 a 14 años	10,2%	6,9%	2,7%

Fuente: Observatorio sobre Infancia Universidad Nacional de Colombia (2021).

En otra encuesta aplicada en los primeros meses de la pandemia a 651 hogares con 1044 menores de 18 años (Instituto Colombiano de Neurociencias, 2020), se encontró que el 88 % de niñas y niños presentaba problemas de comportamiento y relacionados con la salud mental: inconvenientes con el sueño, responder con agresividad, frustración, cambios en el apetito, irritabilidad e inquietud.

Si bien faltó documentar mejor las afectaciones en salud mental de la población menor de 18 años en el país, los estudios citados y diversos informes de prensa, evidencian que se presentaron afectaciones importantes de esta, principalmente en el primer año de la pandemia, algunas de estas afectaciones han persistido posteriormente.

Los suicidios consumados son una expresión de la problemática de salud mental que viven niñas, niños y adolescentes, como se evidencia en la Tabla 11 el número de suicidios ha venido aumentando en los años previos a la pandemia. Respecto a 2019, en el año 2020 disminuyó el número total de suicidios, pero este volvió a aumentar en 2021, lo que ocurrió en los menores de 15 años. En el grupo de 15 a 19 años los suicidios de 2021 fueron menos que los de 2019. Se evidencia que, si bien no hubo un aumento en el número de suicidios por la sindemia, sí se mantuvo un número alto de los mismos (DANE, 2022a).

Tabla 11. Defunciones por suicidio según grupos de edad del fallecido 2015-2021

	Total Nacional							Proporción							Valoración interanual					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Total	**2.347**	**2.480**	**2.709**	**2.869**	**2.927**	**2.748**	**2.998**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**5.7%**	**9.2%**	**5.9%**	**2.0%**	**6.1%**	**9.1%**
Menores de 15 años	84	93	110	115	135	127	140	3.6%	3.8%	4.1%	4.0%	4.6%	4.6%	4.7%	10.7%	18.3%	4.5%	17.4%	5.9%	10.2%
De 15 a 19 años	318	331	317	349	357	333	347	13.5%	13.3%	12.1%	12.2%	12.5%	12.1%	11.6%	4.1%	1.2%	6.7%	5.2%	9.3%	4.2%

Fuente: DANE. (2022a). Estadísticas Vitales.

2.4 Embarazo en adolescentes

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS, 2015) presenta la última información nacional sobre uso de métodos anticonceptivos, según dicha encuesta, solo el 6.7 % de las mujeres de 13 a 14 años y el 48.6 % de las de 15 a 19 años, con actividad sexual, habían usado algún método de planificación familiar. Esto contrasta con que más del 90 % conocía sobre alguno de estos métodos, porcentaje que ha venido en aumento (Minsalud-Profamilia, 2015). Durante la sindemia, artículos de prensa sustentados en entrevistas con el recurso humano de salud que trabaja en el tema, refirieron una disminución del uso de métodos de planificación familiar, si bien no hay datos confiables disponibles sobre el tema.

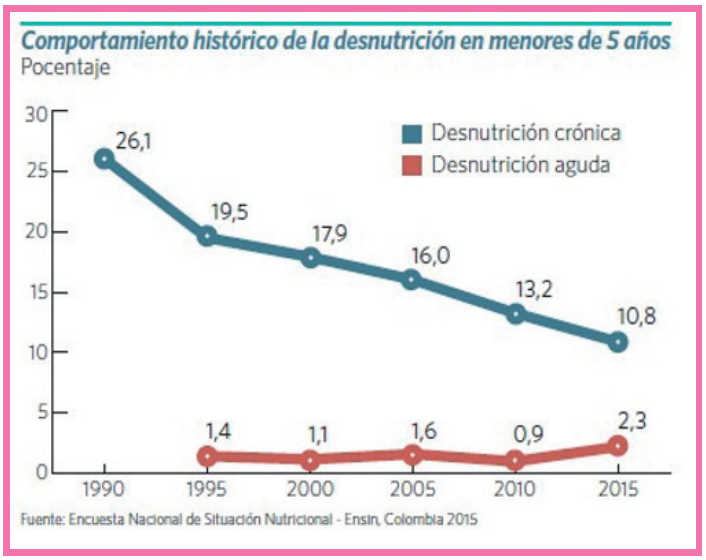
La tasa de fertilidad en niñas de 10 a 14 años en el año 2019 fue de 2.5 por mil; para el 2020 esta tasa disminuyó a 2.2 por mil y en el 2021 volvió a aumentar a 2.4 por mil. Para las adolescentes de 15 a 19 años la tasa de fertilidad en 2019 fue 57.9 por mil, en 2020 esta tasa disminuyó a 54.4 por mil y para el 2021 disminuyó a 52.8 por mil (DANE, 2022a). Se mantiene la tendencia histórica a la disminución, aunque persisten tasas altas, tendencia que no cambió sustancialmente con la sindemia.

3. DERECHO A LA ALIMENTACIÓN

▸▸ 3.3 Desnutrición

Colombia ha venido presentando una tendencia histórica a la disminución de la desnutrición crónica en menores de 5 años, situación similar ocurre con la desnutrición aguda (con la excepción de 2015 en que hubo un aumento no explicado), esto se evidencia en los datos de la Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN).

Gráfico 8. Desnutrición en menores de 5 años 1990-2015



Fuente: Universidad Nacional-INS-ICBF. ENSIN (2015).

En el año 2020 no se realizó la encuesta, lo que no permite tener una comparación con los datos previos a la sindemia, tampoco se realizó esta en los años 2021 y 2022, por lo que no está disponible una información nacional representativa sobre el tema.

Sin embargo, algunos territorios hacen un seguimiento a la desnutrición por medio de sistemas locales de vigilancia alimentaria y nutricional. Los datos de Bogotá evidencian aumento de la desnutrición crónica y aguda entre 2019 y 2020 en menores de 5 años, con una mejoría de ambos indicadores en 2021. Los datos de Medellín, la segunda ciudad del país, mostraron aumento de la desnutrición crónica en el año 2021.

Tabla 12. Porcentaje de desnutrición aguda y crónica en menores de 5 años Bogotá y Medellín

Ciudad	Bogotá			Medellín		
Indicador / Año	**2019**	**2020**	**2021**	**2019**	**2020**	**2021**
Retraso en talla (desnutrición crónica)	12.1%	15.5%	11.0%	7.4%	7.4%	7.8%
Desnutrición aguda	3.4%	3.7%	2,8%			

Fuentes: SALUDATA- SDS (2022). Datos de seguridad alimentaria y nutricional.
Medellín Cómo Vamos (2022). Informe de Calidad de Vida Medellín 2021.

Respecto al sobrepeso y obesidad, los datos de la ENSIN evidencian un aumento progresivo del exceso de peso en el país, para los menores de 5 años este fue del 4.9 % para 2005; 5.2 % para 2010 y 6.3 % para 2015; para los escolares de 5 a 12 años los porcentajes fueron de 14.4 % en 2005;18.8 % en 2010 y 24.4 % en 2015.

Se han reportado datos de aumento de esta cifra durante la sindemia por la disminución de la actividad física y el sedentarismo durante la misma, pero no se dispone de datos recientes sobre el exceso de peso a nivel del país, sin embargo, los datos de Bogotá pueden ser una muestra de lo ocurrido, según SALUDATA, en la ciudad el exceso de peso en menores de 5 años aumentó de 3.6 % en 2019 a 5.1 % en 2020, disminuyendo a 4.5 % en 2021; en escolares y adolescentes de 5 a 17 años el exceso de peso pasó de 21.4 % en 2019 a 29.3 % en 2020, y 28.0 % en 2021 (SALUDATA-SDS, 2022), evidenciándose un aumento significativo del problema durante la sindemia.

3.4 Inseguridad alimentaria

La inseguridad alimentaria es un indicador de la limitación en el acceso seguro y permanente de los hogares a alimentos suficientes en cantidad y calidad, en el país se ha evaluado a través de la ENSIN, la información de que se dispone no caracteriza si en los hogares entrevistados hay o no menores de 18 años.

En la ENSIN (2010) la inseguridad alimentaria se encontró en el 57.4 % de los hogares; en 2015 pasó a ser de 54.2 %, bajando la inseguridad alimentaria severa (de 11.1 % a 8.5 %) y la inseguridad alimentaria moderada (de 17.7 % a 13.8 %) y aumentando la inseguridad alimentaria leve (de 28.6 % a 31.9 %).

En el primer semestre de 2022, con una encuesta similar a la de la ENSIN, un grupo de universidades colombianas evaluó la inseguridad alimentaria en los hogares de 11 ciudades del país, encontrando algún grado de inseguridad alimentaria en 71.6 % de los hogares, siendo el 31.6 % leve, el 26 % moderada y el 14.1 % severa (Alianza por el Derecho Humano a la Alimentación Adecuada, 2022). Datos que evidencia un aumento importante en la inseguridad alimentaria moderada y severa, en el que se constituye uno de los impactos más críticos de la sindemia en la población, con graves repercusiones en la infancia y la adolescencia donde las carencias nutricionales impactan significativamente el crecimiento y desarrollo y afectan significativamente la salud actual y futura.

4. DERECHO AL DESARROLLO

Dentro de los derechos al desarrollo se han seleccionado para este trabajo los que tienen que ver con acceso a la educación, cobertura y calidad de la misma, así como las afectaciones en el desarrollo de niños, niñas y adolescentes por los efectos evidentes que la sindemia tuvo sobre ellos.

▸▸ 4.1 Acceso a educación de calidad

En cuanto a educación, uno de los indicadores seleccionados es la "asistencia escolar". Las Tablas 13 y 14 brindan la información correspondiente, desagregada por sexo (hombres y mujeres) y por área de residencia (urbano – rural) siempre por quintiles de ingreso.

Tabla 13. Asistencia escolar por sexo en Colombia, 7 a 12 y 13 a 19 años 2019-2020

	7 a 12 Años				13 a 19 Años			
	2019		2020		2019		2020	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Quintil 1	95.7	94.4	95.2	95.0	68.9	71.2	69.2	72.7
Quintil 2	96.6	96.0	95.8	95.2	71.8	71.3	71.4	71.4
Quintil 3	97.1	97.1	97.6	96.4	71.5	71.6	69.4	73.2
Quintil 4	98.6	98.1	98.1	97.4	75.6	75.3	73.0	72.6
Quintil 5	98.4	98.0	97.7	97.6	85.4	82.6	82.1	80.5

Fuente: https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/dashboard.html?theme=1&lang=es

Como puede apreciarse, la cobertura es alta en enseñanza primaria (grupo de 7 a 12 años) sin mayores diferencias entre quintiles de ingreso. Por su parte, la cobertura para la enseñanza secundaria (13 a 19 años) es menor, y se encuentran diferencias importantes entre el quintil 1 (adolescentes de los hogares más pobres) y el quintil 5 (adolescentes de los hogares más ricos), siendo la mayor la diferencia entre el primero y el último quintil en las mujeres.

Se observa una disminución leve entre los años 2019 y 2020, la cual muy probablemente es mucha mayor, dado que lo que reportan las instituciones al sistema de registro es el número de estudiantes matriculados, no necesariamente los asistentes. El término de "asistencia" en el caso de educación virtual o a distancia no tiene mayor sentido. Es de anotar que no se recogió por parte de los sistemas de información el reporte de si los matriculados estaban realmente activos en los procesos de educación.

Tabla 14. Asistencia escolar por área de residencia, grupos de 7 a 12 y 13 a 19 años 2019-2020

	7 a 12 Años				13 a 19 Años			
	2019		2020		2019		2020	
	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural
Quintil 1	94.4	96.3	93.9	96.4	72.1	69.5	72.8	68.5
Quintil 2	96.7	95.5	95.8	97.1	73.4	69.2	73.4	69.2
Quintil 3	97.7	96.7	97.0	96.2	74.4	64.2	74.5	67.0
Quintil 4	98.7	96.4	97.7	97.4	78.5	65.4	76.3	64.5
Quintil 5	98.2	97.7	97.5	98.3	86.8	61.0	83.6	59.4

Fuente: https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/dashboard.html?theme=1&lang=es

La información discriminada por área de residencia, muestra datos similares, con una buena cobertura en el grupo de 7 a 12 años tanto en el medio urbano como en el medio rural, sin diferencias y una menor cobertura en el área rural en el grupo de 13 a 19 años.

Respecto a la diferencia entre los años 2019 y 2020, esta es mayor en el área rural, aunque como ya se dijo, el dato es de matrícula más no de participación, por lo tanto, la participación real en las actividades educativas no se evaluó.

Por ello, es importante tener en cuenta también los datos sobre el cierre de escuelas, en el marco del pasaje de la enseñanza presencial a la enseñanza remota, que se presenta (en términos comparados con los otros países del estudio) en la Tabla 15.

Tabla 15. Intensidad del cierre de escuelas: de marzo 2020 a marzo 2022[2]

Países	Totalmente cerrada	Mayormente cerrada	Parcialmente abierta/cerrada	Mayormente abierta	Mayormente abierta
Argentina	24	19	---	48	9
Chile	15	55	9	7	14
Colombia	26	30	25	3	16
Ecuador	41	46	9	---	4
Perú	41	51	---	---	8
Uruguay	13	---	25	15	47

Fuente: BANCO MUNDIAL / UNICEF / UNESCO. (2022). Dos Años Después: Salvando una Generación.

[2]Dato suministrado por los Estados en respuesta a una encuesta escrita, no se pidió sustentación.

Como puede apreciarse, en promedio entre marzo de 2020 y marzo de 2022 más de la mitad de las escuelas colombianas estuvieron cerradas (total o parcialmente), al tiempo que menos del 20 % de las mismas estuvo mayor o totalmente abiertas.

Es de anotar que todas las instituciones educativas del país permanecieron cerradas en el año 2020 y la mayor parte de 2021, asimismo, la educación se hizo de manera remota (virtual o utilizando otros medios de comunicación, cuando era posible).

Las tasas reportadas de deserción escolar fueron similares para el año 2019: 3.2 % y 2020: 3.3 %, siendo el aumento mayor reportado en el grado transición en que pasó del 2.85 % al 5.5 %.

Los datos reportados de cobertura neta de educación (por matrícula) en los años 2019, 2020 y 2021 se presentan en la Tabla 16.

Tabla 16. Cobertura neta por niveles educativos del 2019 al 2021

Año / Nivel	2019	2020	2021
Transición	63.7 %	64.4 %	62.7 %
Primaria	90.0 %	88.8 %	88.5 %
Secundaria	78.6 %	78.4 %	80.3 %
Media	45.3 %	46.9 %	48.9 %

Fuente: DANE. (2022b). Boletín educación # 20.

Estos datos, como los anteriores, no representan la importante afectación en el acceso real a educación que se dio a partir de marzo del año 2020 y hasta finales del año 2021. Donde los datos evidenciaron más la afectación por la sindemia fue en los programas de atención a la primera infancia, los cuales en el año 2019 cubrían al 35.8 % de la población y bajaron su cobertura a un 24.1 % en 2020, subiendo esta cobertura en 2021 a 25.6 % (DANE, 2022c).

Respecto a la calidad de la educación, esta se mide por medio de los resultados de las pruebas SABER, las que se aplican anualmente, los resultados de esas pruebas mostraron una leve disminución de los puntajes entre el año 2019 y los años 2020 y 2021. Los resultados de las pruebas SABER 11 (al finalizar el bachillerato) fueron los siguientes:

Tabla 17. Resultados pruebas SABER 11 años 2019 al 2021

Año / Nivel	2019	2020	2021
Calendario A	253 puntos	252 puntos	250 puntos
Calendario B	321 puntos	311 puntos	315 puntos

Fuente: ICFES. (2022). Resultados SABER 11 2021.

4.2 Conectividad y uso de TIC

La conectividad y el acceso a TIC marcaron la diferencia de poder acceder o no a la educación durante el primero y gran parte del segundo año de la sindemia, constituyéndose en un claro multiplicador de las inequidades existentes.

El porcentaje de hogares con conexión a internet en Colombia, que era de 56.5 % en el año 2019, aumentó a 58.1 % en 2020 y a 61.6 % en 2021. Con una gran brecha entre las cabeceras municipales y los centros poblados y la zona rural dispersa.

Tabla 18. Porcentaje de hogares con acceso a internet 2019 al 2021

Año / Nivel	2019	2020	2021
Total nacional	56.5 %	58.1 %	61.6 %
Cabecera	66.5 %	67.2 %	70.2 %
Centros poblados y rural disperso	23.8 %	28.2 %	32.5 %

Fuente: DANE. Encuesta ENTIC 2021.

Con estos porcentajes de acceso a internet en el hogar, se entienden las grandes dificultades que tuvieron las familias de menos recursos y la zona rural, para poder acceder a educación virtual durante el largo periodo de suspensión de la escolaridad presencial.

De acuerdo con los datos aportados por la CEPAL (2022b), el porcentaje de población con acceso a internet era en 2018, del 72.4 % en zonas urbanas y de 35.8 % en zonas rurales. En la comparación, estos porcentajes se ubicaban por debajo de los verificados en Uruguay, Costa Rica, Argentina y Chile, pero por encima de los registrados en México, Brasil, Ecuador, Perú y Bolivia (entre otros).

En términos comparados, entre niveles de ingreso, los datos aportados por la CEPAL (2022b) informan que, respecto al acceso a internet, en Colombia la relación entre el quintil superior y el inferior era de 1.40, mientras en Bolivia era de 2.13 y en Perú de 2.98. Por su parte, en Ecuador esta relación era de 1.12, en tanto se ubicaba en 0.87 en Chile y en 0.62 en Uruguay.

En este marco, importa dimensionar los niveles de conectividad a internet existentes en los hogares con NNA. La información correspondiente a los hogares que cuentan con niños y niñas de 5 a 12 años que aporta la CEPAL, muestra que 8 de cada 10 de dichos hogares, ubicados en el quintil más pobre, no contaba con conectividad, en tanto esa proporción afectaba a apenas el 5.6 % en el quintil más rico. La Tabla 19 ofrece las cifras comparadas con los otros países del estudio.

Tabla 19. Niños y niñas de 5 a 12 años que viven en hogares no conectados por quintil de ingreso

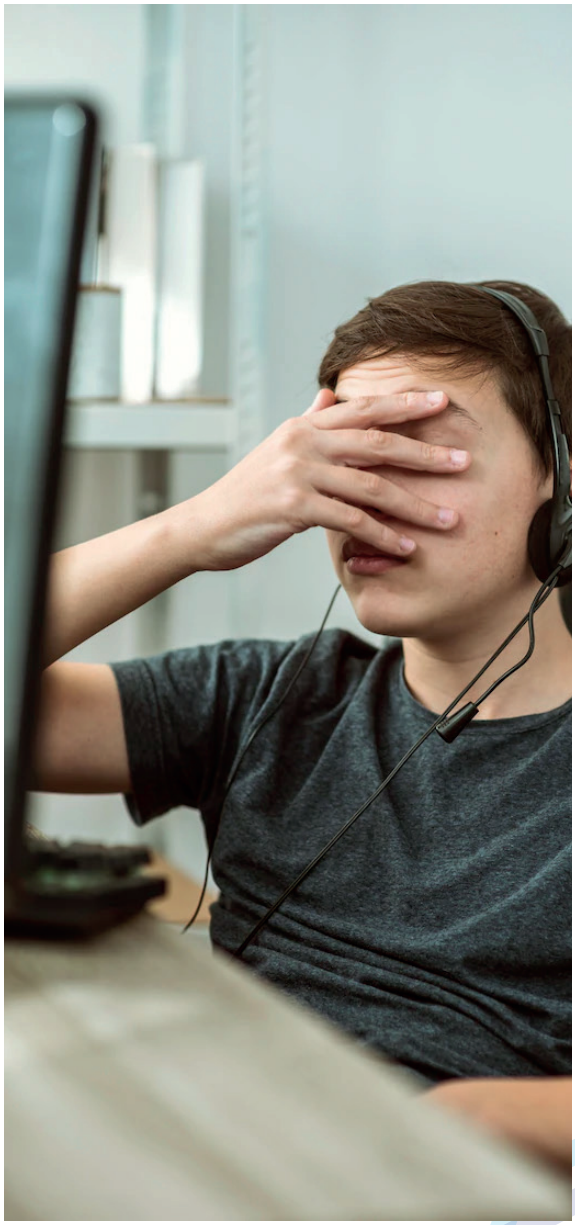
Países	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5
Argentina	27.7	11.2	7.1	3.9	2.5
Chile	25.7	11.6	6.4	2.6	0.7
Colombia	79.9	59.4	35.0	18.4	5.6
Ecuador	88.5	73.2	53.7	36.2	16.0
Perú	95.8	83.9	66.7	45.0	19.6
Uruguay	59.7	27.6	13.1	4.9	2.4

Fuente: CEPAL. (2022b). Datos y hechos sobre la transformación digital.

Como puede apreciarse, la proporción de hogares no conectados en el quintil más pobre es más alta aún en Ecuador y Perú, pero más acotada en Uruguay, Argentina y Chile.

Si se ponen en diálogo estos datos de conectividad con los correspondientes al cierre de la enseñanza presencial, parece claro que el pasaje a la enseñanza remota dejó por el camino a una importante proporción de NNA, particularmente a aquellos que viven en zonas rurales o urbano-marginales, que habitan hogares pertenecientes a los quintiles más pobres y que no pudieron acceder a las alternativas planteadas vía internet, o lo hicieron a través de teléfonos celulares, con todas las limitaciones que esto representa para acceder a educación virtual.

Las cifras de 2022, seguramente, permitirán medir con más precisión estos y otros impactos asociados, pero por el momento habrá que limitarse a interpretar estas primeras imágenes e imaginar a futuro posibles rutas a seguir, manteniendo las condiciones actuales o procurando levantar las principales limitaciones en este sentido.



5. DERECHO A LA PROTECCIÓN

El Derecho a la protección está claramente establecido en los artículos 19 y 32 de la Convención Internacional de los Derechos del Niño (CDN). Aquí se consideran dos de sus dimensiones más relevantes: la protección contra toda forma de violencia y contra toda forma de explotación.

▸▸ 5.1 Protección contra toda forma de violencia

Colombia tiene una historia marcada por la violencia, tanto violencia política por el prolongado conflicto armado, como violencia social (delincuencia, narcotráfico, limpieza social) y violencia intrafamiliar (feminicidios, abusos, maltrato). Niños, niñas y adolescentes viven directa e indirectamente esta violencia, la cual se presenta también al interior de las comunidades y de las instituciones educativas.

Las formas más extremas de la violencia tienen que ver con la pérdida de vidas, a través de homicidios y suicidios. El DANE presentó el año 2021 un análisis al respecto, tomando como referencia al período 2010-2019 (DANE, 2021a) y entre sus principales hallazgos destacó, los siguientes:

- La tasa de homicidio (TH) nacional disminuyó considerablemente entre 2010 y 2019, pasando de 41.8 a 26.4 muertes por 100 000 habitantes. Esto se debió principalmente al descenso de la mortalidad masculina, que pasó de 78.2 a 49.4 muertes por cada 100 000 habitantes.
- La tasa de suicido (TS) nacional aumentó entre 2010 y 2019, de 4.8 a 5.9. Los valores para los hombres son mayores a los de las mujeres.
- Para los años considerados, la TH de los hombres es 11 veces mayor que en las mujeres y la TS en 4 veces mayor.
- Las TH y TS, por lo general, disminuyen al aumentar el nivel educativo y las tasas de los grupos étnicos son menores a las TH y TS a nivel nacional.

Se presentaba, entonces, antes de la sindemia una tasa de homicidios alta, aunque en disminución y una tasa de suicidios en aumento. De acuerdo con los datos procesados

por la Universidad Externado[3], en 2020 los homicidios bajaron un 5.0 %, pero en 2021 subieron un 15.4 %. Por su parte, los suicidios fueron 2643 en el año 2019, 2520 en 2020 y 2595 en 2021.

En 2018 se realizó la primera encuesta nacional de violencia contra niños, niñas y adolescentes, la cual evidenció el grave impacto de la violencia sobre las nuevas generaciones (Minsalud, 2019). La encuesta, realizada con jóvenes de 18 a 24 años, mostró que:

- 40.8 % de las mujeres y 42.1 % de los hombres habían sufrido algún tipo de violencia antes de los 18 años.
- 15.3 % de las mujeres y 7.8 % de los hombres había sufrido violencia sexual; 26.5 % de las mujeres y 37.5 % de los hombres había sufrido violencia física.
- 21.2 % de las mujeres y 9.5 % de los hombres había sufrido violencia psicológica.
- 20.9 % de las mujeres y 28.4 % de los hombres habían sufrido bullying, acoso o matoneo.
- 37.8 % de las mujeres y 25.5 % de los hombres fueron testigos de violencia en el hogar.
- 54.4 % de las mujeres y 57.1 % de los hombres fueron testigos de violencia en la comunidad.

Los datos anteriores muestran que la violencia es parte de la vida cotidiana de un porcentaje significativo de NNA en el país.

Para conocer si la exposición a la violencia, particularmente en el hogar, aumentó en tiempos de la sindemia, se consultaron los datos de casos reportados por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), entidad encargada de la protección en casos de vulneración de derechos, como se reporta en la Tabla 20, hubo un aumento significativo de casos reportados de violencia contra NNA en los años 2020 y 2021. con respecto a 2019.

Tabla 20. Número de casos ingresados a restablecimiento de derechos por abuso físico, sexual o negligencia 2019 al 2021

Tipo de abuso/Año	2019	2020	2021
Abuso físico	1374	2482	3349
Abuso sexual	14 032	14 226	18 616
Omisión o negligencia	7096	9458	13 629

Fuente: ICBF. PARD 2022.

[3]Tendencias de homicidios en Colombia (2010-2021). Disponible en: https://project-esri-co.maps.arcgis.com/apps/dashboards/acbdfe11598c457ba6e257d62536766c

El abuso físico reportado aumentó en un 80 % en 2020 con respecto 2019 y en un 35 % más en 2021 con respecto a 2020. El abuso sexual reportado aumentó en un 1.4 % en el año 2020 con respecto a 2019 y en un 30.8 % más entre 2020 y 2021. El maltrato por omisión o negligencia reportado aumentó en un 33.3 % en 2020 respecto a 2019 y un 44 % más entre 2020 y 2021.

5.2 Protección contra la explotación laboral

Si bien el trabajo infantil ampliado (incluye trabajo doméstico) aumentó en el año 2020 con respecto a 2019, el resto del trabajo infantil disminuyó en 2020 y 2021, continuando una tendencia que se venía verificando desde 2012, tal como se aprecia en la Tabla 21. Este descenso se ha producido en ambos sexos, pero manteniendo las diferencias correspondientes, que indican que el TI (estrictamente considerado) es más amplio entre varones que entre mujeres, mientras que, si se incluyen las tareas domésticas (trabajo infantil ampliado) es mayor entre las mujeres (lo que a su vez repercute en el aumento de las tasas globales, pero manteniendo la tendencia descendente a lo largo del período de tiempo considerado).

Tabla 21. Tasa de trabajo infantil (5 a 17 años) según grupos de edad y sexo 2017-2021

	Trabajo infantil			Trabajo infantil ampliado		
Año	Total	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino
2016	8.0	10.6	5.3	13.0	12.6	13.3
2017	7.5	9.4	5.6	11.9	11.2	12.7
2018	6.1	8.1	4.0	10.8	10.1	11.6
2019	5.8	7.5	4.0	10.4	9.6	11.1
2020	5.0	6.5	3.4	10.6	9.4	12.0
2021	4.8	6.4	3.2	9.8	8.9	10.8

Fuente: DANE. (2022e) Boletín Técnico sobre Trabajo Infantil. Bogotá.

Entre las razones para trabajar, más de la mitad de las y los NNA encuestados declaran tener que hacerlo para colaborar con la actividad económica y los recursos de la familia, en tanto otro 30 % dice hacerlo porque le gusta y para tener su propio dinero. Por su parte, en cuanto a las ramas de actividad en las que trabajan, casi la mitad lo hace en agricultura, casa, silvicultura, ganadería y pesca, en tanto casi un quinto lo hace en comercio y reparación de vehículos. Aproximadamente la mitad trabaja sin remuneración, en tanto que un tercio lo hace en calidad de independiente y poco más de un quinto como asalariado.

El TI también varió en los dos grandes grupos de edades utilizados en este tipo de mediciones, esto es, el grupo 5 a 14 años y el grupo de 15 a 17 años. Mientras en el primer grupo la proporción de niñas y niños que trabajan pasó del 4.3 % en 2016 al 2.7 % en 2019, bajando aún más en 2020 (a 2.6 %) y en 2021 (a 2.1 %). En el segundo grupo, las cifras pasaron del 19.5 % en 2016 a 15.5 % en 2019, bajando en 2020 (a 13.2 %) y subiendo en 2021 (a 13.9 %), lo cual se puede atribuir a la deserción escolar en ese grupo etario, por efecto de la sindemia (DANE, 2022e).

5.3 Protección contra la explotación sexual y comercial

La explotación sexual y comercial de niñas, niños y adolescentes (ESCNNA) es un tema oculto dada su condición de ilegalidad, por lo que es muy difícil tener datos confiables sobre su magnitud. En Colombia se ha hablado históricamente de más de 30 000 NNA vinculados a ESCNNA, pero este dato no es verificable. Notas de prensa hablan de que la Policía de Infancia y Adolescencia, en el año 2020, había logrado identificar más de 897 víctimas menores de edad, que han sufrido alguna forma de explotación sexual comercial (Infobae, 2021).

Los datos de NNA que entraron a un proceso de restablecimiento de derechos por ESCNNA que reporta el ICBF son de 360 en 2019 y 362 en 2020 (ICBF, 2022), por lo que no se puede afirmar que haya habido un cambio importante en la situación en el tiempo de la sindemia.

6. DERECHO A LA PARTICIPACIÓN

En Colombia, en las últimas tres décadas se ha desarrollado un discurso sobre la participación de NNA, empezando con la Ley General de Educación que establece la participación de los estudiantes en los Consejos directivos escolares y la elección de personeros en todas las instituciones educativas. Posteriormente, con el desarrollo de una serie de estrategias de participación en espacios de discusión de planes y políticas a nivel local, acudiendo a extrapolar modelos de democracia representativa (concejales por un día, consejos de juventud, parlamentarios por un día, comités o concejos consultivos de NNA), en los cuales se trabaja con la idea de "delegación", la cual se define desde mecanismos diseñados por adultos, o cuando los adultos mismos no son los que definen quienes son los delegados.

Se expiden normas o se escriben extensos documentos sobre participación infantil y adolescente, pero esa participación es con frecuencia manipulada por los adultos a cargo de ella. A principios de este siglo predominaban formas de participación limitada, como convocatorias a eventos públicos donde se trata algún tema relacionado con la niñez, simulacros de elecciones o utilización de los NNA para justificar decisiones que ya habían sido tomadas (UNICEF- Federación Colombiana de Municipios, 2003).

Posteriormente, se han planteado y desarrollado nuevas estrategias de participación y esta ha sido ratificada como un derecho en el Código de la Infancia y la Adolescencia, sin embargo, la mirada adulta sobre el significado y valoración de esa participación no ha cambiado significativamente, se ha avanzado en el respeto a que su voz sea escuchada, pero no en el derecho a que esa voz sea tenida en cuenta.

Como bien lo señala Galvis (2006), el discurso de ciudadanía infantil y adolescente se tropieza con las categorías que fundamentan la definición de sujeto de derechos en el orden jurídico tradicional, como son la autonomía, la voluntad, el interés y el arbitrio.

Una encuesta realizada en la segunda década de este siglo evidencia que hay un cambio hacia un mayor reconocimiento de la participación de niños, niñas y adolescentes, principalmente en el contexto familiar, menor en las instituciones educativas y en el contexto político y social. De los NNA consultados, 37.4 % opinaron que en su casa o familia sus

opiniones son tenidas en cuenta siempre, algunas veces 54.1 % y nunca 8.5 %. En el ámbito escolar esta proporción es de 25.7 % siempre, 59.3 % algunas veces y 15% nunca. En cambio, en el ámbito del barrio y la ciudad se invierte el orden de estas proporciones: 11.4 % considera que son tenidos en cuenta siempre, 38.1 % algunas veces y 50.5 % nunca. (Alianza por la Niñez Colombiana, 2014).

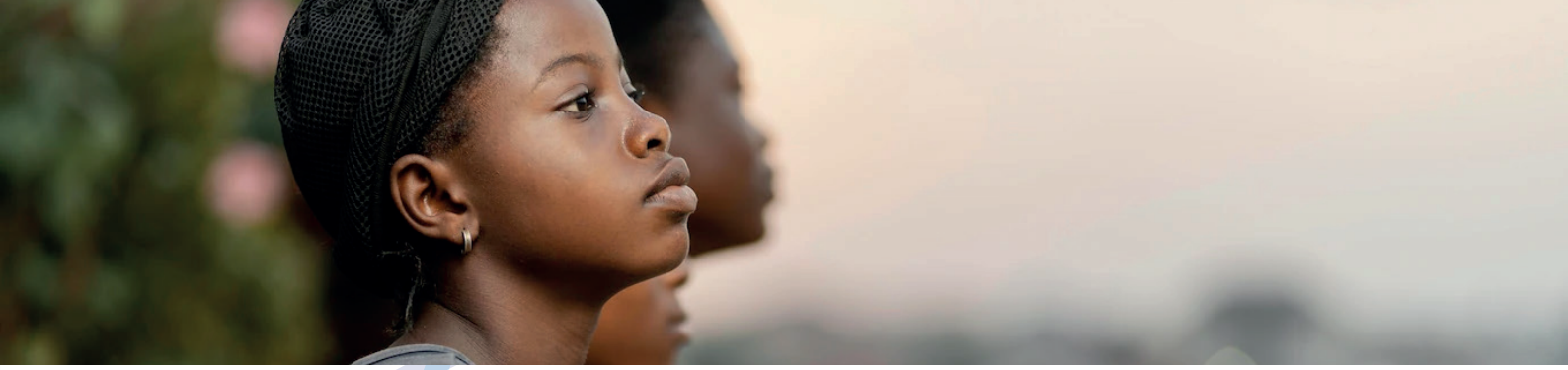
A nivel institucional y social los NNA son escuchados solo en momentos coyunturales, según lo consideren pertinente los funcionarios encargados y su voz muy pocas veces llega directamente a los espacios decisorios. A nivel de las familias se presentan situaciones diversas según la perspectiva de las madres, padres y cuidadores, con una tendencia a ser cada vez más escuchados y tenidos en cuenta en las decisiones. Esta situación es reflejo del modelo de democracia restringida que predomina en la sociedad (Duran y Cabrera, 2018).

En el contexto del confinamiento, NNA vieron claramente restringida su participación en la vida social y política, limitándose esta, a una participación como alumnos en la vida escolar.

En un estudio de Save the Children (2020) se preguntó a NNA sobre si pueden hablar respecto del COVID-19 y si son escuchados, se encontró que una tercera parte considera que pueden expresar sus preocupaciones sobre el tema, 70 % considera que pueden hacer preguntas, 68 % considera que son escuchados (60.1 %) aunque solo una tercera parte considera que se le ha pedido su opinión sobre el tema.

Al levantarse gradualmente el confinamiento se han reactivado algunos procesos de participación a nivel institucional y social, entre los que está el proceso desarrollado en alianza por los Ministerios de Educación, de Salud y Protección Social para consultar la opinión de NNA, en torno al nuevo Plan decenal de salud pública para el país, en el que se desarrollaron talleres con grupos de NNA de 6 a 11 años y de 12 a 18 años en 8 regiones del país, donde se indagó respecto de las necesidades en salud que ellos ven prioritarias y las intervenciones que consideran pertinentes, estas opiniones, según los redactores del Plan, fueron tenidas en cuenta (Minsalud, 2021).

Se han reactivado los organismos de gobierno escolar y algunos de los espacios de participación en torno a las políticas dirigidas a ellas y ellos, como la que se hizo en Bogotá para la nueva política decenal de infancia y adolescencia de la ciudad.



7. GRUPOS DE ALTO RIESGO

7.1 Niñez migrante

De los 6 millones de personas que se calcula han salido de Venezuela en este siglo, la mayoría se encuentra en Colombia. Para septiembre de 2021, según migración Colombia, 1.8 millones se encontraban en el país. Colombia pasó entonces de ser un país expulsor a ser un país receptor de migrantes. De ellos el 36.3 % son niños, niñas y adolescentes, de estos 43.1 % están en la primera infancia, 33.3 % en la infancia y 23.6 % en la adolescencia (ICBF, 2022a).

Según la Encuesta de Calidad de Vida 2020, el 76.8 % de los jefes de hogar estaban ocupados, cuando este porcentaje en el 2019 era de 84.8 %, evidenciándose el impacto de la sindemia, sin embargo, solo 7.4 % contaban con empleo formal. En 2020, el 45.3 % habitaba viviendas que tenían deficiencias susceptibles de mejora, y el 16.4 % habitaba en viviendas con deficiencias estructurales y de espacio, cifras superiores a las encontradas en 2019, para un déficit en la calidad de la vivienda total del 63.7 %.

Cerca del 53 % de los jefes de los hogares migrantes se consideraban pobres, siendo esta situación mayor en los hogares con NNA. El 73.5 % de los NNA pertenecían a hogares que estaban en pobreza monetaria en 2019, porcentaje que aumentó al 75.8 % en 2020. El 54.9 % de los hogares con NNA estaban en pobreza multidimensional en 2020, con un aumento respecto al año 2019 en que ese porcentaje era de 51.2 %, siendo la privación mayor la de no acceso a empleo formal que era del 93 %.

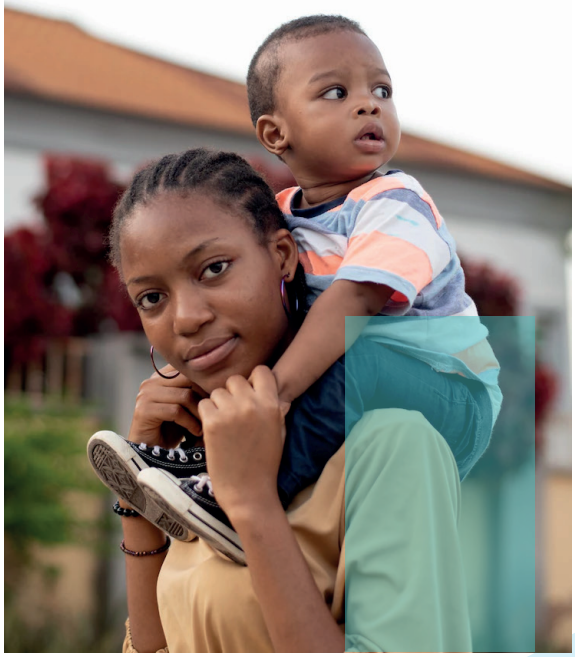


Tabla 22. Porcentaje de hogares de NNA según indicadores de pobreza multidimensional

Privaciones	Total hogares NNA migrantes		
	2019	2020	Cambio 2019 - 2020
Analfabetismo	5,8	4,8	-0,9
Bajo logro educativo	37,1	38,2	1,1
Barreras a servicios para cuidado de la primera infancia	46,8	41,9	-4,9*
Barreras de acceso a servicios de salud	8,3		
Hacinamiento crítico	40,9	37,3	-3,6
Inadecuada eliminación de excretas	15,7	10,4	-5,4*
Inasistencia escolar	23,4	40,4	17,1*
Material inadecuado de paredes exteriores	4,8	4,1	-0,7
Material inadecuado de pisos	8,2	6,5	-1,6*
Rezago escolar	50,3	50,3	0,1
Sin acceso a fuente de agua mejorada	9,5	7,5	-2,0*
Sin aseguramiento en salud	79,7	77,1	-2,6
Trabajo infantil	4,3		
Trabajo informal	92,4	93,1	0,7

Fuente: ICBF. (2022a). Caracterización de la niñez y adolescencia migrante venezolana en Colombia.

Entre los años 2019 y 2020 se dio una disminución del ingreso promedio de los hogares migrantes, pasado de $1 678 035 en 2019 a $1 358 205 en 2020 (disminución del 19 % a pesar del aumento del salario mínimo), siendo este mucho menor en el área rural, donde fue de $1 039 447 en 2019 y $ 1 067 714 en 2020.

En el año 2020, en el 27.2 % de los hogares el jefe del hogar perdió su empleo; en el 11.7 % el cónyuge perdió el empleo y en el 8.5 % algún otro miembro del hogar se quedó sin empleo. Además, en 2020, en los hogares con NNA se presentó el retraso en el pago de algunos gastos: el 30.6 % en el pago del arriendo o cuotas de vivienda y el 26.5 % se retrasó en el pago de los servicios públicos. En el área urbana, el 29.7 % de los hogares se endeudaron o ampliaron el plazo de algunas deudas, el 28.7 % gastaron parte o todos sus ahorros y el 23.8 % disminuyeron el gasto en alimentos.

Respecto al derecho a la salud, el 57 % de NNA migrantes estaba por fuera del régimen de seguridad en salud en el año 2020. En 2019 el 46.9 % asistió a controles de crecimiento y desarrollo, porcentaje que aumentó al 51.4 % en 2020. En una encuesta realizada al inicio de la sindemia se encontró que el 70 % de los NNA no tenían acceso a servicios médicos (Word Vision, 2020).

Para el año 2020, el 22.2 % de la población migrante en primera infancia no contaba con el esquema completo de vacunación para su edad, presentándose una diminución respecto al 2019 en que ese porcentaje era del 17.7 %, y la mitad no fueron llevados a sus controles de crecimiento y desarrollo.

Respecto a la maternidad en edades tempranas, en 2019 el 11.1% de las adolescentes estaba embaraza o había tenido un hijo, porcentaje que disminuyó al 8.4 % en 2020. La edad promedio en la que las adolescentes tuvieron el primer hijo fue a los 15.4 años para 2020 y 15.5 años para 2019.

Respecto a la salud mental de los adolescentes se encontró que su nivel de satisfacción en aspectos como su vida, sus ingresos, su estado de salud, su nivel de seguridad y su trabajo, disminuyó en 2020 con respecto al año anterior, así como el porcentaje de quienes consideraban que las cosas que hacían en su vida valían la pena y se presentó una afectación mayor en su estado de ánimo.

Tabla 23. Satisfacción con su situación actual adolescentes migrantes

Calificación 7 a 10 puntos	2019	2020	Cambio 2020 - 2019
Satisfacción con su vida	83,2	76,5	-6,7*
Satisfacción con su ingreso	66,5	45,0	-21,6*
Satisfacción con su estado de salud	89,9	89,2	-0,7
Satisfacción con su nivel de seguridad	69,9	65,8	-4,2
Satisfacción con su trabajo	59,3	56,4	-3,0

Fuente: ICBF. (2022). Caracterización de la niñez y adolescencia migrante venezolana en Colombia.

Tabla 24. Estado de ánimo adolescentes migrantes

	Emociones		
	2019	2020	Cambio 2020 - 2019
Sentirse feliz la mayoría del tiempo	80,2	80,5	0,3
Casi nunca sentirse preocupado	72,6	69,3	-3,3
Casi nunca sentirse triste	82,0	73,0	-9,0*

Fuente: ICBF. (2022). Caracterización de la niñez y adolescencia migrante venezolana en Colombia

En el año 2019 el 67.1 % de los NNA migrantes de 7 a 17 años presentaba rezago escolar, porcentaje que aumentó al 72.9 % en el año 2020, situación que la mayoría presentaba ya en su país de origen y que se ve agravada porque al acceder al sistema educativo colombiano, suelen ser asignados a grados inferiores a los que se esperaba para su

edad. En el caso de los adolescentes 76.8 % estaba en extraedad en 2019 y 81.8 % en 2020. Mientras en el año 2019 el 53.4 % de NNA migrantes mayores de 5 años tenía básica primaria, este porcentaje bajó al 47.8 % en 2020.

La inasistencia escolar en los hogares migrantes en pobreza multidimensional pasó del 23.4 % en 2019 a 40.4 % en 2020. Las causas para no estar estudiando fueron en su orden: tuvieron que abandonar su lugar de residencia (44 % en 2019 y 20.1 % en 2020), falta de cupo (24 % en 2019 y 18.1 % en 2020), falta de dinero o costos educativos elevados (8.2 % en 2019 y 15.3 % en 2020), a estas causas se suman la exposición a diferentes tipos de violencias y a entornos con presencia de conflicto armado (ICBF, 2022).

La situación en educación empeoró con la sindemia, dado que las limitaciones para el acceso a internet afectaron su posibilidad de acceder a la educación, en el año 2020: más del 90 % de las niñas, niños y adolescentes migrantes no usó dispositivos como computador de escritorio, portátil o tableta, y el 35.1 % no tuvo acceso a internet y la principal razón para ello fue el alto costo que este tiene.

Durante el proceso de migración NNA se ven enfrentados a difíciles situaciones en que se ven vulnerados sus derechos como los trayectos inseguros, los problemas físicos y psicológicos, el ser víctimas de violencia, la explotación laboral, la explotación sexual y la trata de personas. Varias de estas vulneraciones persisten al llegar a su destino, es así como ha venido aumentando año a año el número de NNA venezolanos que ingresan a restablecimiento de derechos, el cual pasó de 119 en 2016 a 3 609 en 2021.

El 39.2 % de NNA de 6 a 11 años realizaba en el año 2020 labores no remuneradas (dentro/fuera del hogar), porcentaje que aumentó ligeramente respecto al año 2019 (37.3 %). Esta situación aumenta en la adolescencia, edad en la cual se presenta el trabajo remunerado, entrando a ser parte tempranamente de la población económicamente activa, en 2019 (21.8 % en 2019 y 19.3 % en 2020). Todos ellos trabajan en el mercado informal, lo que los expone a más riesgos y afecta su salud y desarrollo, algunos de ellos han sido captados para actividades ilegales y delincuenciales. Cabe mencionar que el 14.4 % de las y los adolescentes migrantes no vivían con sus padres (ICBF, 2022).

7.2 Niñez indígena

En el caso de la población indígena en Colombia, antes de la sindemia la pobreza entre ella ya era más del doble (56.3 %) de la de la población no indígena-no afrodescendiente (27.7 %). (CEPAL, 2020).

Las condiciones de vida de la población indígena eran críticas:

- 50 % de la población no tenía acceso a agua potable en su vivienda, cuando en la población no indígena este porcentaje era del 12.3 %.

- 49.6 % de la población indígena tenía problemas en el acceso a saneamiento básico en su vivienda frente al 6.9 % de la población no indígena.

- 55.8 % vivía en hacinamiento (22 % en hacinamiento crítico) frente a 23.9 % (2.5 % en hacinamiento crítico) de la población no indígena. Estos datos aumentan cuando se considera la población indígena que habita en el entorno rural (57 % sin acceso agua potable, 60.2 % sin acceso a saneamiento básico y 60.1 % en hacinamiento) (CEPAL, 2020).

Respecto al acceso a la educación, en una encuesta a comunidades indígenas, el 50 % respondió que tenía acceso a educación primaria para sus niños y el 50 % restante respondió que tenía problemas de accesibilidad. Igual porcentaje (50 %) respondió que tenía acceso a servicios de salud, el 50 % restante respondió que no tenía acceso a los servicios de salud (OIT, 2020). El 95.5 % de la población indígena no contaba con acceso a internet (CEPAL, 2020).

Respecto a la situación nutricional, la primera infancia indígena presentaba en la última Encuesta Nacional de Situación Nutricional 2.74 veces más desnutrición crónica (retraso en talla) que el promedio de la población (29.6 % vs 10.8 %) y la población indígena presentaba un 77 % de inseguridad alimentaria, frente a un 52.3 % de la población sin pertenencia étnica (Universidad Nacional-INS-ICBF, 2016).

Si bien no hay información disponible sobre los impactos de la sindemia en la niñez indígena en el país, se entiende que como en el caso de la población migrante y de otras poblaciones tradicionalmente excluidas como los afrocolombianos, los desplazados por la violencia y los más pobres urbanos y rurales, la sindemia agravó su situación, generando mayores inequidades.

8. CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS FUTURAS

Colombia es un país con una compleja situación social y política, donde han coexistido a través del tiempo grandes desigualdades sociales, con fenómenos de violencia y narcotráfico, a los cuales se han sumado nuevos problemas como el elevado número de población migrante que llega al país, sea para quedarse o en tránsito a otras latitudes, lo cual ha impactado en forma significativa la garantía efectiva de los derechos de las nuevas generaciones. El país tiene una deuda acumulada respecto a la garantía de los derechos a la supervivencia, el desarrollo, la protección y la participación de NNA.

Antes del inicio de la sindemia COVID-19, el país presentaba cifras preocupantes de desnutrición infantil, violencia contra la infancia, trabajo infantil, embarazo adolescente, inasistencia escolar, inadecuada calidad de la educación, entre otros datos que evidenciaban un incumplimiento a los compromisos que el país adquirió con la firma de la Convención sobre los Derechos del Niño.

Al igual que en otros países del mundo y de la región, Colombia vivió un largo periodo de confinamiento que agravó la situación económica del país y afectó duramente a los sectores marginados, NNA sufrieron un prolongado cierre escolar (de los más extensos del mundo) que los llevó a estar aislados en sus viviendas, muchas de las cuales no cuentan con condiciones de espacio e higiene adecuadas.

Es por esta combinación de factores biológicos, sociales y económicos que el COVID-19 se constituye en el país en una sindemia con consecuencias importantes en el corto mediano y largo plazo para los ciudadanos menores de 18 años, entre las que se resaltan en este estudio: el aumento de la pobreza y de la pobreza absoluta; el aumento de las desigualdades sociales; la crisis del hambre, con un crecimiento crítico de la inseguridad alimentaria y nutricional; la afectación en el proceso educativo de todos los NNA, pero principalmente de los NNA rurales y de los sectores urbano marginales que tenían y tienen limitaciones en el acceso a la virtualidad; el aumento de la violencia intrafamiliar en todas sus expresiones; la afectación en el acceso a servicios de salud de todo tipo (promoción, prevención, diagnóstico, atención y rehabilitación), así como en el acceso a programas y acciones dirigidas a la atención integral a la primera infancia y a la atención a poblaciones vulnerables (recupe-

ración nutricional, alimentación escolar, protección frente a la violencia o la explotación, etc.); la afectación en su salud mental producto del estrés por las críticas situaciones vividas; y la invisibilización de su situación y de su mirada, dado que sus voces no fueron escuchadas ni tenidas en cuenta en el contexto de la crisis.

La sindemia, si bien tuvo impacto sobre toda la población, su efecto fue mucho mayor en las comunidades excluidas y marginadas como son los pueblos originarios, las comunidades afrocolombianas, las víctimas de la violencia política y social, los más pobres de las ciudades y el campo y los migrantes, tanto nacionales como internacionales.

El estado colombiano respondió a la crisis desarrollando medidas orientadas a proteger la economía, los sectores empresariales, y a la población; las cuales fueron claramente insuficientes ante la gravedad de la misma. La agenda se "covidificó" (prioridad al COVID-19) y los problemas antiguos y recientes que afectan a niños, niñas y adolescentes pasaron a un segundo plano, aplazándose sus soluciones; situación que persiste (al momento de presentar este informe), dado que, si bien se han recuperado algunos indicadores como coberturas vacunales o asistencia escolar, estamos aún lejos de llegar a los niveles que se tenían antes del inicio de la sindemia.

Esta generación va a quedar marcada por estos impactos, las situaciones que se presentan actualmente de inflación galopante y nuevos conflictos mundiales se suman en un peligroso coctel con el recrudecimiento de la violencia contra sectores de la población, el flujo migratorio y la persistencia de la corrupción y el enriquecimiento de pequeñas élites, lo que augura la posible prolongación de la crisis.

Producto de esa situación, el país cambió su rumbo político y la administración del Estado pasó después de muchos años, a sectores progresistas que proponen invertir las prioridades del gobierno y tomar decisiones que frenen la pobreza y la inequidad, con lo cual hay la esperanza de un futuro mejor para el país y sobre todo para las nuevas generaciones.

9. REFERENCIAS

Alianza por la Niñez Colombiana. (2014). Informe complementario al IV y V informes periódicos de la República de Colombia al Comité de Derechos del Niño correspondiente al periodo 2006-2010. Bogotá.

Alianza por el Derecho Humano a la Alimentación Adecuada. (2022). Efectos de la pandemia COVID-19 en la seguridad alimentaria de los hogares colombianos. (Inédita). Bogotá.

Banco Mundial, UNICEF, UNESCO. (2022). Dos años después: Salvando a una generación. Panamá.

Castillo, C. & Marinho, M. (2022). Los impactos de la pandemia sobre la salud y el bienestar de niños y niñas en América Latina y el Caribe: la urgencia de avanzar hacia sistemas de protección social sensibles a los derechos de la niñez. Santiago de Chile. Obtenido de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47806/4/S2200064_es.pdf

CEPAL. (2020) El impacto del COVID-19 en los pueblos indígenas de América Latina-Abya Yala: Entre la invisibilización y la resistencia colectiva. Santiago de Chile.

CEPAL. (2022). Principales cifras de América Latina y el Caribe. Obtenido de: https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/index.html

CEPAL. (2022a). Panorama Social de América Latina 2021. Santiago de Chile.

CEPAL. (2022b). Datos y Hechos sobre la Transformación Digital. Séptima Conferencia Ministerial sobre la Sociedad de la Información en América Latina y el Caribe: E-LAC 2022. Santiago.

DANE. (2020) Encuesta Pulso Social: Resultados Primera Ronda (período de referencia: julio de 2020). Bogotá.

DANE. (2021). Boletín pobreza monetaria en la niñez y la adolescencia. Obtenido de: https://www.dane.gov.co/files/lineas-de-tiempo/pobreza-monetaria-ninez-adolescencia-en-colombia/index.html

DANE. (2021b). Caracterización Territorial y Sociodemográfica de los Homicidios y Suicidios en Colombia. Bogotá.

DANE. (2022). Pobreza monetaria año 2021. Obtenido de: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/2021/Comunicado-pobreza-monetaria_2021.pdf

DANE. (2022a). Estadísticas vitales. Bogotá.

DANE. (2022b). Boletín educación # 20. Bogotá.

DANE. (2022c). Encuesta de Calidad de Vida 2021. Bogotá.

DANE. (2022d). Encuesta ENTIC 2021. Bogotá.

DANE. (2022e). Boletín Técnico sobre Trabajo Infantil (octubre – diciembre de 2021). Bogotá.

Durán, E. (2021). Momento difícil para la salud y el bienestar de la niñez. Biomédica. 41: 384-387

Durán, E. y Cabrera, M. (2018). De menor a ciudadano: Tránsitos en un entorno Macondiano. En: Pereira. M. y Picornell, A. Experiencias mundiales de ciudadanía de la infancia y la adolescencia. Brasil.

Galvis, L. (2006). Las niñas, los niños y los adolescentes. Titulares activos de derechos. Bogotá.

ICFES. (2022). Resultados SABER 11 2021. Bogotá.

ICBF. (2022). Proceso Administrativo de restablecimiento de derechos (PARD). Obtenido de:
https://public.tableau.com/app/profile/anal.tica.institucional.icbf/viz/INGRESOS_PARD_16280564609400/PARD?publish=yes

ICBF. (2022a). Caracterización de la niñez y adolescencia migrante venezolana en Colombia. Bogotá.

Infobae. (13 septiembre 2021). Más de 800 víctimas menores de edad por explotación sexual en Colombia. Infobae. Obtenido de: https://www.infobae.com/america/colombia/2021/09/30/-mas-de-800-victimas-menores-de-edad-por-explotacion-sexual-en-colombia/#:~:text=M%C3%A1s%20de%206.900%20ni%C3%B1os%20han,en%20lo%20corrido%20del%202021.

Instituto Colombiano de Neurociencias. (2020). Emergencia sanitaria y su impacto sobre nuestros niños. Obtenido de: https://www.neurociencias.org.co/especiales/2020/emergencia-sanitaria-y-su-impacto-sobre-nuestros-ninos/

Medellín Cómo Vamos. (2022). Informe de Calidad de Vida Medellín 2021. Colombia.

Ministerio de Salud/Colciencias. (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental. Bogotá.

Ministerio de Salud/Profamilia. (2015). Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogotá.

Ministerio de Salud. (2019). Encuesta Nacional de Violencia contra Niños, Niñas y Adolescentes 2018. Bogotá.

Ministerio de Salud. (2021). Informe de Resultados de la Implementación del Proceso de Participación Social con Niños, Niñas y Adolescentes en el Marco de la Formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031. Bogotá.

Observatorio sobre Infancia Universidad Nacional de Colombia. (2021). Caracterización del impacto de la pandemia de COVID-19 y las medidas tomadas para su contención en la salud mental y el bienestar socioemocional de los estudiantes de colegios públicos de Bogotá. (Inédito).

OIT. (2020). Efectos de la COVID-19 en las comunidades indígenas: Una mirada desde el navegador indígena. Ginebra.

SALUDATA SECRETARÍA DE SALUD DE BOGOTÁ. (2022). Malnutrición en niños menores de 5 años. Obtenido de: https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/seguridad-alimentaria-y-nutricional/desnutricionexcesospesonmenores5anios/

Save the Children. (2020). Consolidación, análisis comparativo y presentación de los datos cuantitativos y cualitativos del Estudio Global "La salud, educación, derechos, protección y bienestar de niños y niñas durante la pandemia por COVID-19". Resultados sobre Derechos de la niñez. Save the Children.

UNICEF, Federación Colombiana de Municipios. (2003). Un árbol frondoso para niños, niñas y adolescentes. Una propuesta para gobernar con enfoque de derechos. Bogotá.
UNIVERSIDAD NACIONAL-INS-ICBF. (2016). Encuesta Nacional de situación Nutricional ENSIN 2015. Bogotá.

UNIVERSIDAD NACIONAL-INS-ICBF. (2016). Encuesta Nacional de situación Nutricional ENSIN 2015. Bogotá.

World Vision. (2020). Niñez venezolana entre la espada y la pared. Bogotá.

ECUADOR

La sindemia asociada a COVID-19 y los derechos de niñas, niños y adolescentes en Latinoamérica

Ernesto Rodríguez
Consultor internacional
Proyecto "Impacto de la Sindemia en los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes en Argentina, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Uruguay"

Para la elaboración de este Informe, el autor contó con la colaboración de Alexandra Escobar, Oficial de Política Social de la Oficina en Ecuador de UNICEF

Quito, segundo semestre 2022

CONTENIDO

Introducción 268

1. Marco socioeconómico 269

1.1 Impacto de la pandemia en la pobreza y la desigualdad 270
1.2 Sistema de protección social 273
1.3 Inversión social: cuantificación y distribución 276

2. Derecho a la salud 279

2.1 Cobertura de vacunación 279
2.2 Salud mental 280
2.3 Embarazo adolescente y maternidad temprana 281

3. Derecho a la alimentación 283

3.1 Desnutrición 283
3.2 Inseguridad alimentaria 286
3.3 Malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad) 288

4. Derecho al desarrollo 289

4.1 Acceso a educación de calidad 289
4.2 Conectividad y uso de TIC 292

5. Derecho a la protección 295

5.1 Protección contra toda forma de violencia 295
5.2 Protección contra la explotación laboral 299
5.3 Protección contra la explotación sexual y comercial 301

6. Derecho a la participación 303

6.1 Derecho a ser escuchado 303
6.2 Derecho a participar en la toma de decisiones 306
6.3 Derecho a la participación social y política 308

7. Conclusiones y desafíos a encarar 309
7.1 Presente preocupante, futuro incierto 309
7.2 Niños, niñas y adolescentes: entre la relevancia y la indiferencia 310
7.3 Aseguramiento y plena vigencia de derechos como principal desafío 311

8. Referencias 315

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Porcentaje de hogares pobres y no pobres por ingresos con y sin NNA, por área de residencia y etnia del jefe de hogar 2019 y 2021 271
Tabla 2. Hogares con NNA y con jefe/a de hogar activo/a según acceso a protección social 2018 275
Tabla 3. Cobertura de servicios de inclusión social (número de personas atendidas) 2015-2020 276
Tabla 4. Gasto social global en seis países de Suramérica (2019-2020) 277
Tabla 5. Gasto social en seis países de Suramérica (2019-2020) por funciones del gasto 278
Tabla 6. Cobertura de vacunación (excepto COVID-19) 2017-2020 279
Tabla 7. Avances en la vacunación contra el COVID-19 (al 06/07/2022) 279
Tabla 8. Situaciones emocionales registradas en hogares con niños y niñas en pandemia (2020-2022) 280
Tabla 9. Perfil demográfico de niños y niñas afectados/as por la desnutrición crónica (%) 285
Tabla 10. Presupuesto previsto para atender la desnutrición infantil 286
Tabla 11. Hogares con inseguridad alimentaria (con y sin NNA) por área de residencia 2020 y 2022 286
Tabla 12. Hogares con inseguridad alimentaria según clases sociales 2020 y 2022 287
Tabla 13. Hogares (con y sin NNA) con inseguridad alimentaria según clases sociales 2020 y 2022 287
Tabla 14. Prevalencia de sobrepeso en niños y niñas menores de 5 años (%) 288
Tabla 15. Intensidad del cierre de escuelas: de marzo 2020 a marzo 2022 (%) 288
Tabla 16. Ausentismo escolar y retorno a las aulas 2020-2022 (%) 290
Tabla 17. Enseñanza virtual entre estudiantes por grupos de edad y área de residencia (%) 291
Tabla 18. Enseñanza virtual entre estudiantes por grupos de edad y estrato social (%) 291
Tabla 19. Equipamiento y conectividad en la población por sexo y área de residencia 292
Tabla 20. Uso de computadoras y celulares por grupos de edad 294
Tabla 21. Niños y niñas de 5 a 12 años que viven en hogares no conectados por quintil de ingreso 294

Tabla 22. Trabajo infantil y asistencia escolar en niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años (%) 299
Tabla 23. Trabajo infantil de NNA entre 5 y 17 años, por área de residencia y sexo (%) 299
Tabla 24. Trabajo infantil de NNA entre 5 y 14 años, por área de residencia y sexo (%) 300
Tabla 25. Trabajo de adolescentes entre 15 y 17 años, por área de residencia y sexo (%) 300
Tabla 26. ¿Cómo cree usted que es mejor actuar para que usted y el país avancen más? Respuestas por edad en 2015 y 2020 (%) 308

TABLA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Personas en situación de pobreza y pobreza extrema 2001-2020 270
Gráfico 2. Evolución de PIB general y per cápita 1990-2020 272
Gráfico 3. Ingresos y gastos del gobierno central 1990-2020 277
Gráfico 4. Desnutrición crónica infantil en Ecuador 283
Gráfico 5. ¿Por qué invertir en la primera infancia? 284
Gráfico 6. ¿Cómo se puede evitar la desnutrición crónica? 285

Introducción

Ecuador atraviesa, en estos momentos, una situación particularmente crítica, tanto desde el punto de vista sociosanitario como, muy especialmente, en el campo económico y político. Los problemas estructurales de larga data (vinculados especialmente con la pobreza y las desigualdades sociales, pero también con las brechas existentes en términos territoriales (entre Costa, Sierra y Amazonía) y a las que rigen el devenir democrático del país (que ha oscilado históricamente entre gobiernos populistas, golpes de Estado y fuertes estallidos sociales) han condicionado significativamente el presente, agravado, como en toda la región y a escala global, por la pandemia del COVID-19.

Los acontecimientos más recientes, como las movilizaciones de junio 2022 organizadas por la Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador (CONAIE) evidencian las históricas desigualdades que afectan a las comunidades marginadas del Ecuador. En este marco, los derechos de niños, niñas y adolescentes (NNA) no han sido la excepción. Así, han sido impactados por la disminución de los ingresos laborales en sus hogares, por el cierre de las escuelas, por el encierro en sus hogares (muchas veces en condiciones de hacinamiento y carencias importantes en el acceso a servicios básicos) y por muchas otras dinámicas afines, todo lo cual, ha afectado significativamente su salud mental, en muy diversos planos. Pero todo eso es apenas un dato de la coyuntura de estos últimos dos años, que se enmarca en la precarización de los instrumentos legales y las políticas públicas vigentes desde hace décadas, en este campo. Así, el propio Código de la Niñez y la Adolescencia, aprobado en 2004, está siendo revisado desde hace tres años en la Asamblea Legislativa, sin necesariamente ampliar y sostener los derechos allí establecidos, evidenciando las diferencias existentes entre las y los representantes electos.

Este es el marco general en el que se ubica este Informe, que procura hacer un balance del impacto de la sindemia en los derechos de NNA, ubicando la crisis sanitaria en el espacio más amplio de la crisis socioeconómica y política correspondiente. De este modo, se pretende aportar insumos informativos y analíticos que permitan enfrentar estos complejos desafíos, y tratar de poner en marcha alternativas que se sustenten en el respeto irrestricto de los derechos de NNA, procurando que tales alternativas puedan forjarse con base en los diálogos imprescindibles entre todos los actores implicados, poniendo en el centro, como corresponde, a niñas, niños y adolescentes.

1. MARCO SOCIOECONÓMICO

A efectos de caracterizar genéricamente el contexto en el que se ubican los temas específicos de este informe, se incluyen a continuación algunas consideraciones acerca del impacto de la pandemia en la pobreza y la desigualdad, junto con una caracterización esquemática del sistema de protección social vigente y los niveles y la distribución del gasto público social.

1.1 Impacto de la pandemia en la pobreza y la desigualdad

De acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2021a) en 2021, la pobreza a nivel nacional se ubicó en el 27.7 %, en tanto la pobreza extrema se ubicó en el 10.5 %. En el área urbana, las cifras respectivas fueron 20.8 y 5.9 %, en tanto en las áreas rurales fueron 42.4 y 20.3 %.

Respecto a 2020, estas cifras muestran un descenso leve pero real, ya que a nivel nacional la pobreza se ubicaba en el 33.0 % y la pobreza extrema se ubicaba en el 15.4 %. Por su parte, las cifras correspondientes a nivel urbano fueron 25.4 y 9.0 %, en tanto las correspondientes a las áreas rurales fueron 49.2 y 29.1 %.

Sin embargo, en la comparación con 2019, puede notarse que todavía no se recuperan (en 2021) los niveles verificados entonces. Así, en aquel año la pobreza se ubicó en 25.0 %, en tanto la pobreza extrema se ubicó en el 8.9 %. Las cifras correspondientes en las áreas urbanas fueron 17.2 y 4.3 %, en tanto que en las áreas rurales fueron 41.8 y 18.7 %.

El gráfico 1 ubica estas cifras recientes, en la correspondiente evolución histórica.

Gráfico 1. Personas en situación de pobreza y pobreza extrema 2001-2020

Fuente: https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/index.html

En este cuadro general, importa observar las diferencias internas en este grupo poblacional afectado por la pobreza, diferenciando los hogares que cuentan con NNA de los que no cuentan con menores de 18 años en su seno. La información correspondiente (ver la Tabla 1) permite corroborar que la pobreza impacta más en

los primeros que en los segundos, tanto en general como en sus diferentes componentes (género, territorio, etnia/raza, etc.). Asimismo, puede corroborarse que la situación ha empeorado entre 2019 y 2021.

Tabla 1. Porcentaje de hogares pobres y no pobres por ingresos con y sin NNA, por área de residencia y etnia del jefe de hogar 2019 y 2021

	Hogares con NNA		Hogares sin NNA	
2019				
	No pobre	Pobre	No pobre	Pobre
Total	73.8	26.2	92.8	7.2
Urbano	81.5	18.5	95.6	4.4
Rural	56.9	43.1	85.1	14.9
Costa	73.0	27.0	94.5	5.5
Sierra	76.7	23.3	91.4	8.6
Amazonía	60.2	39.8	86.9	13.1
Mestizo	79.0	21.0	93.6	6.4
Indígena	45.8	54.2	82.5	17.5
Blanco	75.4	24.6	97.0	3.0
Afroecuatoriano	62.1	37.9	92.6	7.4
Montubio	68.5	31.5	91.8	8.2
Otro	75.5	24.5	32.2	67.8
2021				
	No pobre	Pobre	No pobre	Pobre
Total	69.4	30.6	89.3	10.7
Urbano	75.2	24.8	92.1	7.9
Rural	56.3	43.7	82.9	17.1
Costa	68.5	31.5	90.9	9.1
Sierra	73.2	26.8	88.1	11.9
Amazonía	47.8	52.2	83.3	16.7
Mestizo	72.9	27.1	90.1	9.9
Indígena	46.0	54.0	82.1	17.9
Blanco	76.5	23.5	93.0	7.0
Afroecuatoriano	61.4	38.6	86.9	13.1
Montubio	54.9	45.1	85.8	14.2
Otro	88.7	11.3	98.6	1.4

Fuente: INEC. Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo 2019 y 2021. Quito.

Como puede apreciarse, el porcentaje de hogares pobres con NNA aumentó notoriamente, en particular, en las áreas rurales y en la Amazonía (siendo más acotado el crecimiento a nivel urbano, en la costa y en la sierra) así como entre indígenas, afroecuatorianos y montubios (menos pronunciado en el caso de blancos y mestizos).

Asimismo, los hogares con NNA mostraban porcentajes de pobreza casi cuatro veces más altos que los que no tienen NNA. Esto también es particularmente grave en las áreas rurales y en la Amazonía, así como en indígenas, afroecuatorianos y montubios.

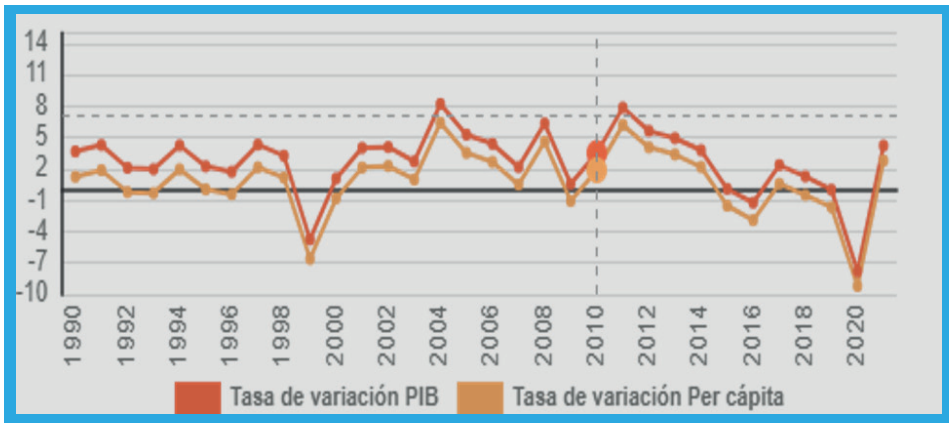
Son, sin duda, datos más que elocuentes del impacto de la pobreza (y su agravamiento durante la pandemia) en los hogares que cuentan con niños, niñas y adolescentes en su seno, más aún si se tienen en cuenta las diversas variables anteriormente consignadas.

Por su parte, la desigualdad de ingresos, medida a través del índice de Gini, aumentó entre 2019 y 2020, para luego descender en 2021. Así, mientras en 2019 se ubicaba en 0.473, en 2020 subió a 0.498 y en 2021 bajó a 0.474. En las áreas urbanas, las cifras respectivas fueron 0.454, 0.481 y 0.466, en tanto en las áreas rurales se ubicaron en 0.444, 0.475 y 0.426.

Cabe consignar que entre 2007 y 2014 este índice tendió a la baja (pasando de 0.551 a 0.467) y a partir de allí comenzó a oscilar levemente, hasta ubicarse en los niveles recientes ya consignados.

Esto ha tenido una evolución vinculada con los niveles de crecimiento económico, aunque dicho vínculo no ha sido automático. El gráfico 2 muestra la evolución histórica del producto interno bruto (PIB) general y per cápita.

Gráfico 2. Evolución de PIB general y per cápita 1990-2020



Fuente: https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/index.html

Como puede apreciarse, la evolución de ambos indicadores ha sido irregular, con una importante caída en 1999, que se repitió más levemente en 2016 y con más fuerza en 2020, revirtiéndose en 2021, pero todavía sin recuperar los niveles más altos conseguidos en 2004, 2008 y 2011.

Lo dicho permite afirmar que la relación entre crecimiento económico y pobreza no es automática, dado que mientras el primero se recuperó en 2021, no ocurrió lo mismo con la segunda. Esto es más relativo en la relación entre crecimiento económico y distribución del ingreso.

1.2 Sistema de protección social

La Constitución de la República del Ecuador, aprobada en 2008 establece en su preámbulo la búsqueda de: "una nueva forma de convivencia ciudadana, en diversidad y armonía con la naturaleza" (Art. 1) y caracteriza a Ecuador como un: "Estado constitucional de derechos y justicia" (Art. 1). Son deberes primordiales del Estado, entre otros: "garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos" (Art. 3), "la erradicación de la pobreza [y] la redistribución equitativa de los recursos y la riqueza, para acceder al buen vivir" (Art. 3).

En este marco, el sistema nacional de inclusión y equidad social es el que marca los elementos que debe abarcar el sistema de protección social, guián-

dose por principios de universalidad, igualdad, equidad, progresividad, interculturalidad, solidaridad y no discriminación. Mediante este sistema, el Estado debe generar: "las condiciones para la protección integral de sus habitantes a lo largo de sus vidas" (Art. 341). En cuanto al subsistema de seguridad social, se señala que: "no podrá privatizarse" (Art. 367) y se extenderá a toda la población, sin distingos de ninguna especie.

Adicionalmente, dentro de los derechos de grupos de atención prioritaria, que incluyen a NNA, adultos mayores y personas con discapacidad, entre otros, se establece la responsabilidad del Estado en cuanto a los cuidados, generando un marco que pretende la desfamiliarización y la corresponsabilidad de toda la sociedad y de sus miembros. De este modo, se promueve un sistema de protección inclusivo, que articule mecanismos contributivos de seguridad social, con instrumentos no contributivos (transferencias monetarias, subsidios y beneficios tributarios, etc.) incluyendo la regulación laboral y los sistemas de cuidado, desde una perspectiva de garantía del bienestar, anclada a la construcción del ejercicio pleno de la ciudadanía.

Hasta aquí las normas establecidas constitucionalmente, pero en la realidad, el país está ante un sistema de protección social en construcción, en medio de fuertes disputas por la asignación de recursos, con un Estado que enfrenta serias dificultades para cumplir sus funciones de planificación y rectoría, así como para vincular las políticas sociales con las fiscales y tributarias, hasta para transformar la centralidad de la familia en las labores de cuidado y mejorar la calidad de los servicios públicos correspondientes. Todo esto, además, en medio de problemas de gobernabilidad.

Los resultados de la implementación de políticas públicas con orientaciones del denominado tipo neoliberal muestran un mercado de trabajo que, de acuerdo con las cifras del INEC a diciembre de 2020, ubicaba al 51.1 % del empleo en el sector informal, en tanto el 16.9 % del empleo asalariado corresponde al sector público, y apenas el 34 % de personas trabajadoras tienen cobertura de la seguridad social, en un marco, además, en el que estas enfrentan permanente inestabilidad en las normas laborales.

Este precario cuadro de situación afecta, lógicamente, a una gran parte de la población, pero lo hace de manera más profunda en el caso de los hogares que cuentan con NNA, tal como se puede comprobar en las cifras de la Tabla 2, que muestran los escasos niveles de cobertura de la protección social, según los diversos sistemas vigentes.

Tabla 2. Hogares con NNA y con jefe/a de hogar activo/a según acceso a protección social 2018

Países	Con protección mixta	Con protección no contributiva	Con protección contributiva	Sin protección
Uruguay	15	15	63	7
Chile	19	14	52	15
Perú	0	17	24	58
Ecuador	5	12	42	41
Argentina	6	21	51	21
Colombia	3	16	37	44

Fuente: Castillo y Marinho. (2022).

Como puede apreciarse, cuatro de cada diez hogares con NNA carecen por completo de protección social, en tanto otros cuatro cuentan con protección contributiva, y uno más de cada diez cuenta con protección no contributiva (el 5 % restante cuenta con protección a través de sistemas mixtos).

Adicionalmente, importa tener en cuenta las diferencias internas existentes en materia de cobertura de la seguridad social. Así, las cifras correspondientes a 2020 muestran que, mientras que se ubica en el 32.7 % en el caso de los hombres, baja al 28.6 % en el caso de las mujeres.

Del mismo modo, mientras se ubica en el 33.5 % en la población mestiza y blanca, cubre apenas al 12 % en la población indígena y al 28.9 % de la población afroecuatoriana. Asimismo, mientras la cobertura se ubica en el 32.1 % en el medio urbano, lo hace en un 28.6 % en el medio rural. Igualmente, mientras la cobertura de los adultos mayores, que es del 45.4 % y del 34 % en la población adulta, llega apenas al 30.5 % de NNA y al 16.7 % de la población joven.

Por su parte, la contribución de las transferencias monetarias tuvo en los últimos años un marcado descenso, con una leve recuperación en 2020. Así, mientras se ubicaban en el 33.7 % de cobertura en 2012, bajaron al 20.3 % en 2014, al 17.6 % en 2016 y al 16.7 % en 2018, subiendo apenas al 16.9 % en 2019 y al 21.1 % en 2020.

En números absolutos, por su parte, y recurriendo a registros administrativos del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), la cobertura de servicios de inclusión social tuvo un importante descenso entre 2015 y 2018, recuperándose parcialmente en 2019 y 2020, como se aprecia en la Tabla 3.

Como puede visualizarse, en el caso de "desarrollo infantil", las cifras de 2020 todavía no logran recuperar los niveles registrados en 2015 y 2016, algo que sí ocurrió (holgadamente) en el caso de la población adulta mayor, sector en el que (a excepción del descenso registrado en 2016) se sostuvo una tendencia ascendente en todo el período considerado. Por su parte, la cobertura de personas con discapacidad se ha mantenido estable, en tanto la cobertura de la "protección especial" tuvo también un marcado descenso, respecto al máximo registrado en 2016.

Tabla 3. Cobertura de servicios de inclusión social (número de personas atendidas) 2015-2020

Año	Desarrollo infantil	Adultos mayores	Personas con discapacidad	Protección especial	Total
2015	316 027	72 345	33 059	34 723	456 154
2016	299 767	49 732	31 904	43 009	424 412
2017	286 391	75 398	32 124	13 224	407 137
2018	264 257	95 699	34 776	13 131	407 863
2019	287 801	118 036	34 614	14 019	454 470
2020	292 743	121 974	34 489	14 918	464 024

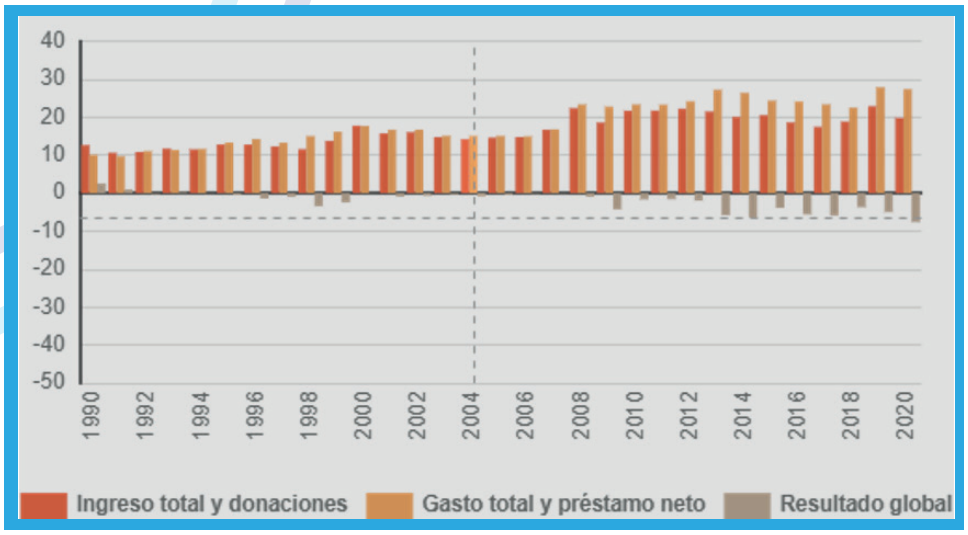
Fuente: Mideros, A. y Fernández, M. (2021) El Bienestar como Tarea Pendiente en el Ecuador: Hacia Nuevos Pactos para Garantizar la Protección Social Universal. Quito.

En definitiva, entre las normas constitucionales y las realidades efectivas, pueden verificarse brechas muy significativas, que marcan la dimensión y la complejidad de los desafíos a encarar a futuro, si lo que se pretende es avanzar hacia la protección social universal.

▸▸ 1.3 Inversión social: cuantificación y distribución

Lógicamente, estas tendencias se relacionan estrechamente con la asignación de recursos, esfera en la cual Ecuador ha tenido una evolución histórica particularmente oscilante, tal como queda evidenciada en el Gráfico 3.

Gráfico 3. Ingresos y gastos del gobierno central 1990-2020



Fuente: https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/index.html

Como puede apreciarse, mientras en los años noventa los niveles de ingresos y egresos se mantuvieron relativamente constantes en torno al 10 %, a partir de 2008 crecen más significativamente hasta 2014, pero luego comienza a registrarse la tendencia contraria, que solo se revierte en 2019 y 2020, a costa de un aumento significativo del déficit correspondiente.

En este marco, importa analizar los niveles de inversión social registrados en 2019 y 2020. Se comparan los niveles registrados en Ecuador con los otros países de la región incluidos en nuestro estudio regional. Las cifras correspondientes se presentan en las Tablas 4 y 5, tanto en su dimensión global (como % del PIB y en dólares constantes), como en su distribución por funciones del gasto.

Tabla 4. Gasto social global en seis países de Suramérica (2019-2020)

	Como % del PIB		En dólares constantes de 2010	
Países	**2019**	**2020**	**2019**	**2020**
Argentina	13.0	17.2	1.278	1.492
Chile	17.3	20.2	2.584	2.965
Colombia	12.5	15.5	976	1.103
Ecuador	10.5	11.7	534	533
Perú	11.0	13.4	726	792
Uruguay	16.2	16.7	2.578	2.543

Fuente: CEPAL. (2022a). Panorama Social de América Latina 2021. Santiago.

Tabla 5. Gasto social en seis países de Suramérica (2019-2020) por funciones del gasto

Países	Protección social	Educacíon	Salud	Vivienda y servicios comunitarios	Recreación, cultura y religión	Protección del medio ambiente
Argentina	83.0	7.0	7.2	2.5	0.0	0.4
Chile	40.2	26.8	29.9	1.7	0.8	0.5
Colombia	48.2	23.5	24.8	2.0	1.0	0.4
Ecuador	34.0	35.7	23.4	4.7	1.2	1.0
Perú	31.4	30.3	25.4	3.5	1.7	7.8
Uruguay	46.0	27.9	21.9	2.9	1.1	0.2

Fuente: CEPAL. (2022a). Panorama Social de América Latina 2021. Santiago.

Como puede apreciarse, las cifras globales de Ecuador son las más bajas de este conjunto de países, al tiempo que la distribución del gasto se ubica en niveles similares a los registrados en Perú y por debajo de Colombia. En este marco, importa destacar los niveles de inversión en educación (el presupuesto del ministerio equivalía a 3335 millones de dólares en 2018, bajando a 3294 en 2019 y a 2959 millones en 2020) y en salud (el presupuesto del ministerio equivalía a 2846, 2783 y 2557 millones de dólares, en 2018, 2019 y 2020, respectivamente) según los registros del Ministerio de Economía y Finanzas. Los descensos son notorios y demostrativos de las orientaciones dominantes.

2. DERECHO A LA SALUD

Una primera esfera en la que concretar esta revisión es la vinculada con el derecho a la salud, incluido, en particular, en el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, aprobada por las Naciones Unidas en 1989. En tal sentido, se revisan a continuación algunos indicadores relevantes sobre cobertura en vacunación, salud mental y embarazo temprano.

▸▸ 2.1 Cobertura de vacunación

Las tasas de vacunación tradicionales (sin incluir las vinculadas con el COVID-19) se ubicaron en los últimos años en un promedio de entre 60 y 80 %, con leves oscilaciones entre 2017 y 2019, pero bajaron en 2020 (ver la Tabla 6) como efecto de la concentración de la atención en la pandemia.

Tabla 6. Cobertura de vacunación (excepto COVID-19) 2017-2020

Año	BCG	DTP1	DTP3	Hep BB	MMR 1	MMR 2	PCV 3	Polio 3
2017	88	84	85	61	81	73	84	83
2018	90	86	85	70	83	74	85	85
2019	86	85	85	71	83	76	83	85
2020	81	74	70	62	81	70	76	80

Fuente: http://ais.paho.org/imm/IM_JRF_COVERAGE.asp

Tabla 7. Avances en la vacunación contra el COVID-19 (al 06/07/2022)

Dosis Única	Primera dosis	Segunda dosis	1° Dosis Adicional	2° Dosis Adicional	Esquema Completo	Total de Dosis	Esquema completo x cada 100 habitantes
560.807	14.600.639	13.406.601	6.183.562	343.219	13.967.408	35.094.828	78.1

Fuente: https://ais.paho.org/imm/IM_DosisAdmin-Vacunacion-es.asp

El proceso de vacunación contra el COVID-19 se encaró con determinación y firmeza.

▸▸ 2.2 Salud mental

Como se sabe, la letalidad del COVID-19 se ha concentrado en adultos mayores, pero esto no ha significado que niños, niñas y adolescentes no sufrieran sus efectos, sobre todo, en el terreno de su salud mental. Así, NNA han sido afectados fuertemente por la pérdida de padres, abuelos y otros familiares adultos, han tenido que enfrentar el cierre de escuelas y el encierro en sus hogares, y han tenido que abandonar sus espacios de socialización entre pares, sumamente importantes para su propio desarrollo personal y social.

Una de las esferas en las que se han podido medir algunas de las consecuencias de estas fuertes transformaciones en las rutinas de su vida cotidiana, ha sido el de los cambios en sus actitudes y sus vivencias, terreno en el cual (a partir de lo declarado por sus adultos referentes) han enfrentado situaciones de estrés de diversa índole, que han afectado sus estados de ánimo, sus hábitos alimenticios, sus rutinas de descanso y otras esferas igualmente relevantes, tal como puede visualizarse en la Tabla 8.

Tabla 8. Situaciones emocionales registradas en hogares con niños y niñas en pandemia (2020-2022)

Situaciones Emocionales	Febrero 2022	Octubre 2020
Agresivo o terco	34.3	32.0
Pesadillas	10.7	12.3
Dolor de cabeza	27.0	22.1
Triste sin ánimo	38.5	37.1
Comió en exceso	16.7	26.4
Se despierta	10.7	24.6
Miedos nuevos	30.6	27.9
Dejó de comer	29.5	14.6

Fuente: UNICEF. (2022). Los Efectos del COVID-19 en el Bienestar de los Hogares en Ecuador: Resultados 2020 y 2022. Quito.

Como puede apreciarse, los dolores de cabeza, las pesadillas, los miedos a los que se enfrentan y hasta sus propias conductas (tristeza, agresividad, terquedad, etc.) han sufrido variantes relevantes, en porcentajes significativos de niños y niñas.

Se sabe que estos cambios en la vida cotidiana no son desdeñables, desde ningún punto de vista. Por más que se compare con otros impactos supuesta o realmente más importantes en otras generaciones, lo cierto es que pasar de un día cualquiera organizado en torno a una amplia variedad de actividades y espacios donde concretarlas, al encierro obligado en el hogar, cambia por completo la vida cotidiana y expone a NNA a situaciones agobiantes (por ejemplo, al tener que lidiar con la presencia permanente de sus adultos referentes), algo que ha sido escasamente atendido desde las instituciones de salud.

2.3 Embarazo adolescente y maternidad temprana

Complementariamente, la pandemia ha incidido en varios de los problemas estructurales que afectan a las y los adolescentes, en particular, en lo que atañe a las uniones y los embarazos tempranos, dos grandes problemas que son escasamente atendidos desde las políticas públicas y frente a los cuales, se pretende responder ahora con enfoques más proactivos e integrados.

De acuerdo a la Política intersectorial de prevención del embarazo en niñas y adolescentes 2018-2025 (elaborado conjuntamente por los Ministerios de Salud, Educación, Justicia e Inclusión Económica y Social, con el apoyo del UNFPA y de la OPS): "el embarazo en niñas y adolescentes constituye un problema social y de salud pública, que evidencia la desigualdad, la injusticia social y una clara violación de los derechos humanos, con un impacto social, económico y cultural invalorable" (Gobierno del Ecuador, 2018, p. 1).

En el marco de los altos niveles de fecundidad adolescente en general existentes, se sabe que la tasa específica de fecundidad es mayor en adolescentes que pertenecen al quintil de menores ingresos, con bajo nivel de educación o sin educación, en adolescentes indígenas o afrodescendientes y que viven en el área rural, comparada con adolescentes que pertenecen al quintil mayor de ingresos o han terminado la secundaria. Todas estas características, que son determinantes del círculo de la pobreza, inciden en el acceso a la educación, la salud, a una vida digna y a las oportunidades para lograr su desarrollo integral y el de sus hijas/os (Gobierno del Ecuador, 2018).

Se sabe, asimismo, que:

Entre las consecuencias del embarazo en niñas y adolescentes se encuentran: el abandono permanente o discontinuidad en los estudios; la falta de acceso al trabajo formal; deficiente inserción social, pobreza, poco empoderamiento y participación de adolescentes, así como el no cumplimiento de sus proyectos de vida. Adicional-

mente, existe un riesgo de morir durante el embarazo, parto o postparto de hasta 4 veces más en las embarazadas menores de 15 años, o las relacionadas al aborto en condiciones inseguras. Se han relacionado con embarazo en adolescentes problemas de salud mental como la depresión y lesiones auto infligidas como el suicidio. (Gobierno del Ecuador, 2018, p. 6)

A su vez, estamos ante un problema que implica enormes costos para las finanzas públicas, que un estudio especial realizado por el UNFPA y el UNICEF (2020) estimó (con cifras de 2017) en 538.3 millones de dólares al año. Estamos ante una cifra significativa, que se podría haber ahorrado, si se hubiese actuado proactivamente en relación con el embarazo adolescente (EA) y a la maternidad temprana (MT), que incluye:

- 19.8 millones en ingresos de mujeres perdidos por inactividad laboral.
- 34.9 millones por pérdida de ingresos de mujeres afectadas por desempleo.
- 131.9 millones de pérdida anual debida a la brecha de ingreso entre madres adolescentes y madres adultas.
- 186.7 millones en costos económicos por EA y MT.
- 5.6 millones de pérdidas por mortalidad materna adolescente.
- 76.9 millones de gastos en atención de salud de los embarazos adolescentes.
- 82.5 millones en costos sanitarios en atención de EA y MT para el país.

En su conjunto, entonces, estamos ante problemas de extrema gravedad, que generan perjuicios notorios en la población adolescente y obligan a invertir recursos en la atención de las consecuencias, sin que se generen inversiones suficientes en materia preventiva, esfera en la cual, precisamente, debería estar invirtiéndose más y mejor en el contexto de la actual pandemia, que no ha hecho otra cosa que agravar aún más la situación preexistente. Un desafío, en cualquier caso, que deberá encararse resueltamente, en lo inmediato, reasignando recursos siempre escasos.

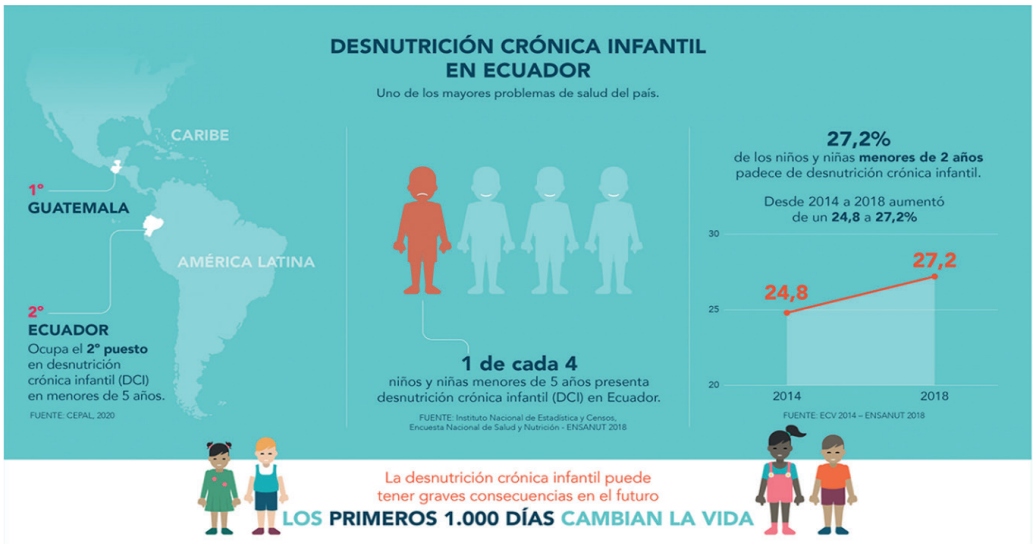
3. DERECHO A LA ALIMENTACIÓN

El derecho a la alimentación está claramente establecido en los artículos 24 y 27 de la Convención Internacional de los Derechos del Niño (CDN). Con esta referencia, en esta sección se incluyen los datos más relevantes disponibles en relación con desnutrición aguda o emaciación, inseguridad alimentaria y malnutrición (sobrepeso y obesidad).

3.1 Desnutrición

De acuerdo con los diagnósticos que regularmente aporta UNICEF (2021), la desnutrición crónica infantil afecta al 27.2 % de los niños menores de 2 años en Ecuador. Esta problemática repercute en la productividad del país y tiene un impacto a lo largo de la vida de las personas. Desde 1993, Ecuador ha llevado adelante alrededor de 12 programas relacionados con salud y nutrición, pero la curva de la Desnutrición Crónica Infantil (DCI) en menores de cinco años casi no se ha movido. Entre 2014 y 2018, incluso se incrementó de 24.8 % a 27. 2 % en niñas y niños menores de dos años y a uno de cada cuatro menores de cinco años en el Ecuador. Solo Guatemala tiene indicadores más graves:

Gráfico 4. Desnutrición crónica infantil en Ecuador



Fuente: UNICEF. (2021). Desnutrición Crónica Infantil. Disponible en: https://www.unicef.org/ecuador/desnutrici%C3%B3n-cr%C3%B3nica-infantil

De acuerdo con el informe Desnutrición crónica infantil. Uno de los mayores problemas de salud pública (UNICEF, 2021), la DCI es considerada uno de los principales problemas de salud pública del país. Para entender la dimensión de la problemática, es importante conocer sus múltiples causas: alimentación inadecuada o insuficiente y las enfermedades continuas durante los primeros dos años de vida, además de otras carencias como: escasez de agua potable, saneamiento e higiene, y dificultades de acceso a los servicios de salud.

Estamos ante problemas muy serios, respecto a los cuales UNICEF (2021) destaca dos dimensiones significativas en estas materias:

- Un niño o niña con desnutrición crónica puede tener problemas de aprendizaje en la edad escolar, sobrepeso, obesidad y enfermedades no transmisibles, como hipertensión o diabetes en la vida adulta, y dificultades para insertarse en el mercado laboral.

- Además de afectar a las personas que lo padecen, la desnutrición tiene un fuerte impacto en el desarrollo económico y social de los países. En Ecuador, los gastos asociados a la malnutrición representan el 4.3 % del producto interno bruto (PIB) ecuatoriano.

Gráfico 5. ¿Por qué invertir en la primera infancia?

Fuente: UNICEF. (2021). Desnutrición Crónica Infantil. Disponible en: https://www.unicef.org/ecuador/desnutrici%C3%B3n-cr%C3%B3nica-infantil

La conclusión de UNICEF (2021) es muy clara: el Ecuador debe poner fin a la desnutrición crónica. Los niños y niñas merecen el mejor comienzo en su vida. El Estado tiene que tomar acciones inmediatas. Para ello, se propone operar sobre un amplio conjunto de variables, de acuerdo con el Gráfico 6:

Gráfico 6. ¿Cómo se puede evitar la desnutrición crónica?

Fuente: UNICEF. (2021). Desnutrición Crónica Infantil. Disponible en: https://www.unicef.org/ecuador/desnutrici%C3%B3n-cr%C3%B3nica-infantil

En el momento de realizar el presente informe no se encontró con un perfil actualizado de la población afectada, pero las cifras de 2018 muestran un panorama preocupante (ver la Tabla 9) que —seguramente— se ha agravado con la pandemia:

Tabla 9. Perfil demográfico de niños y niñas afectados/as por la desnutrición crónica (%)

Desagregación		Menores de 5 Años	Menores de 2 Años
Nacional		23.0	27.2
	Urbano	20.1	25.4
	Rural	28.7	30.6
Región	Sierra	25.8	29.5
	Costa	19.8	24.7
	Amazonía	29.6	31.4
	Insular	23.6	28.6
Género	Hombre	24.8	30.8
	Mujer	21.2	23.4
Indentificación Étnica	Indígena	40.7	38.8
	Afro	16.1	17.8
	Mestizo	21.9	26.8
	Blanco	18.4	20.7
	Montubio y otros	21.3	24.4

Fuente: INEC-Ensanut. (2018).

El gobierno se propuso ubicar estos temas entre sus principales prioridades. Para ello creó una consejería ad honorem, en mayo de 2021, la Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil (STECSDI), dos meses después y la Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil (ECSDI) que requiere adecuada inversión y trabajo intersectorial para lograr el objetivo propuesto de erradicar el problema o disminuirlo radicalmente.

Tabla 10. Presupuesto previsto para atender la desnutrición infantil

Año	2021	2022	2023	2024/25	Total
MSP	125	186	246	307	864
MIES	217	228	228	228	901
TOTAL	342	414	474	535	1765

Fuente: STECSDI. Corte a junio de 2021.

3.2 Inseguridad alimentaria

Sumado a los problemas de desnutrición crónica consignados, hay que considerar los vinculados con la inseguridad alimentaria, terreno sobre el cual también se enfrentan serias dificultades.

Así, de acuerdo con las encuestas ENCOVID de UNICEF, el 48.5 % de los hogares reporta tener inseguridad alimentaria moderada o severa en febrero de 2022. Esta situación no ha variado desde octubre 2020, afectando particularmente a los hogares con niñas y niños, a los hogares rurales y a los de los estratos bajo y medio bajo, tal como se puede visualizar en la Tabla 11:

Tabla 11. Hogares con inseguridad alimentaria (con y sin NNA) por área de residencia 2020 y 2022

Área de residencia y tipo de hogares	Octubre 2020	Febrero 2022
Total hogares a nivel nacional	45.1	48.5
Total hogares sin NNA	38.0	40.8
Total hogares con NNA	50.9	54.7
Total hogares urbanos	39.8	41.8
Total hogares rurales	54.2	58.3

Fuente: UNICEF. (2022). Los efectos del COVID-19 en el bienestar de los hogares en Ecuador: Resultados 2020 y 2022. Quito.

Tabla 12. Hogares con inseguridad alimentaria según clases sociales 2020 y 2022

Estratificación social	Octubre 2020	Febrero 2022
Estrato bajo	67.4	70.3
Estrato medio bajo	57.0	67.0
Estrato medio	51.6	49.8
Estrato medio alto	34.1	34.9
Estrato alto	14.9	17.2

Fuente: UNICEF. (2022). Los efectos del COVID-19 en el bienestar de los hogares en Ecuador: Resultados 2020 y 2022. Quito.

Como puede apreciarse, la distancia entre los niveles de inseguridad alimentaria (leve + severa) en 2022 eran 15 puntos más altos en los hogares con NNA, en relación con los que no cuentan con NNA en su seno. Al mismo tiempo, en los estratos bajos son más de cuatro veces más elevados que en el estrato alto. Todo esto se agrava aún más, si se cruzan estratificación social y tipos de hogares (con y sin NNA), tal como puede apreciarse en la Tabla 13, siempre comparando la situación verificada en 2020 y en 2022:

Tabla 13. Hogares (con y sin NNA) con inseguridad alimentaria según clases sociales 2020 y 2022

Estratificación social	Octubre 2020	Febrero 2022
Estrato bajo con niños, niñas y adolescentes	67.9	79.2
Estrato bajo sin niños, niñas y adolescentes	66.9	63.7
Estrato medio bajo con niños, niñas y adolescentes	63.0	73.1
Estrato medio bajo sin niños, niñas y adolescentes	47.4	55.3
Estrato medio con niños, niñas y adolescentes	57.2	56.6
Estrato medio sin niños, niñas y adolescentes	44.5	40.4
Estrato alto con niños, niñas y adolescentes	40.4	42.7
Estrato alto sin niños, niñas y adolescentes	26.4	25.7

Fuente: UNICEF. (2022). Los efectos del COVID-19 en el bienestar de los hogares en Ecuador: Resultados 2020 y 2022. Quito.

Como puede apreciarse, 8 de cada 10 hogares del estrato bajo con NNA, están en situación de inseguridad alimentaria en 2022 (12 puntos más que en 2020), en tanto apenas la cuarta parte de los hogares del estrato alto sin NNA están en dicha situación (con diferencias leves entre 2020 y 2022). Es de destacar, de todos modos, que aún en el estrato alto, 4 de cada 10 hogares con NNA, se encuentran en esta situación (aunque el tamaño chico de la muestra obliga a ser prudente).

3.3 Malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad)

A continuación, se presenta el análisis sobre la malnutrición por exceso, es decir, la existencia de problemas de sobrepeso y obesidad. La Tabla 17 ofrece la información correspondiente al grupo de niños y niñas menores de cinco años, de los seis países incluidos en nuestro estudio.

Tabla 14. Prevalencia de sobrepeso en niños y niñas menores de 5 años (%)

Países	2000	2005	2010	2015	2018	2019	2020
Sudamérica	7.0	7.3	7.6	7.9	8.1	8.1	8.2
Argentina	11.6	12.1	12.3	12.5	12.8	12.9	12.9
Chile	11.3	11.3	10.6	10.1	9.9	9.9	9.8
Colombia	4.7	4.8	5.1	5.4	5.6	5.7	5.8
Ecuador	4.5	5.3	6.6	8.3	9.3	9.6	9.8
Perú	9.8	9.5	9.0	8.4	8.1	8.1	8.0
Uruguay	9.0	9.4	9.6	10.0	10.2	10.3	10.3

Fuente: FAO, FIDA, OPS, UNICEF, PMA. (2021). América Latina y el Caribe: Panorama Regional de la Seguridad Alimentaria y Nutricional: Estadísticas y Tendencias.

Como puede apreciarse, la proporción de niños y niñas afectados por esta problemática se ha duplicado entre 2000 y 2020, por lo que, actualmente, Ecuador se ubica por encima del promedio sudamericano, al mismo nivel que Chile y cercano a Argentina y Uruguay, mientras que la situación verificada en Colombia y Perú es menos grave, desde este punto de vista.

4. DERECHO AL DESARROLLO

▸▸ 4.1 Acceso a educación de calidad

Puede constatarse que el cierre de escuelas ha sido de los más intensos y prolongados de la región, con casi el 90 % de las escuelas cerradas (completa o parcialmente) tal como se puede constatar en la Tabla 15.

Tabla 15. Intensidad del cierre de escuelas: de marzo 2020 a marzo 2022 (%)

Países	Totalmente cerrada	Mayormente cerrada	Parcialmente abierta/cerrada	Mayormente abierta	Totalmente abierta
Argentina	24	19	---	48	9
Chile	15	55	9	7	14
Colombia	26	30	25	3	16
Ecuador	41	46	9	---	4
Perú	41	51	---	---	8
Uruguay	13	---	25	15	47

Fuente: BANCO MUNDIAL, UNICEF, UNESCO. (2022). Dos Años Después: Salvando una Generación.

Esto ha implicado el aumento del ausentismo escolar (deserción o abandono, según se mire) que fue evolucionando de más a menos (a lo largo de los dos primeros años de pandemia), al contrario de la evolución constatada en términos de retorno a las aulas (que ha ido de menos a más), tal como se puede constatar en la Tabla 16.

Tabla 16. Ausentismo escolar y retorno a las aulas 2020-2022 (%)

Abandono Escolar			
	Octubre 2020	Octubre 2021	Febrero 2022
Hogares con NNA de 5 a 11 años	9.1	3.1	3.0
Hogares con adolescentes de 12 a 17	7.6	7.1	4.6
Retorno a las aulas			
Hogares con NNA de 5 a 11 años	0.8	16.9	24.0
Hogares con adolescentes de 12 a 17	0.9	16.7	30.5

Fuente: UNICEF. (2022). Los Efectos del COVID-19 en el Bienestar de los Hogares en Ecuador: Resultados 2020 y 2022. Quito.

Entre aquellos que continúan estudiando en modalidad virtual, importa analizar cómo lo hacen, diferenciando grupos de edad, áreas de residencia y nivel socioeconómico, tal como se muestra en las Tablas 17 y 18.

Como puede apreciarse, entre niños y niñas de 5 a 11 años predomina ampliamente el uso de celulares (al contrario de lo que ocurre con el uso de computadores), a excepción de aquellos que pertenecen a hogares de estrato alto (en los que se da el fenómeno inverso). Por su parte, entre las y los adolescentes de 12 a 17 años las tendencias son parecidas, aunque hay niveles que presentan algunos matices, en particular en relación con las desigualdades en el uso de computadores.

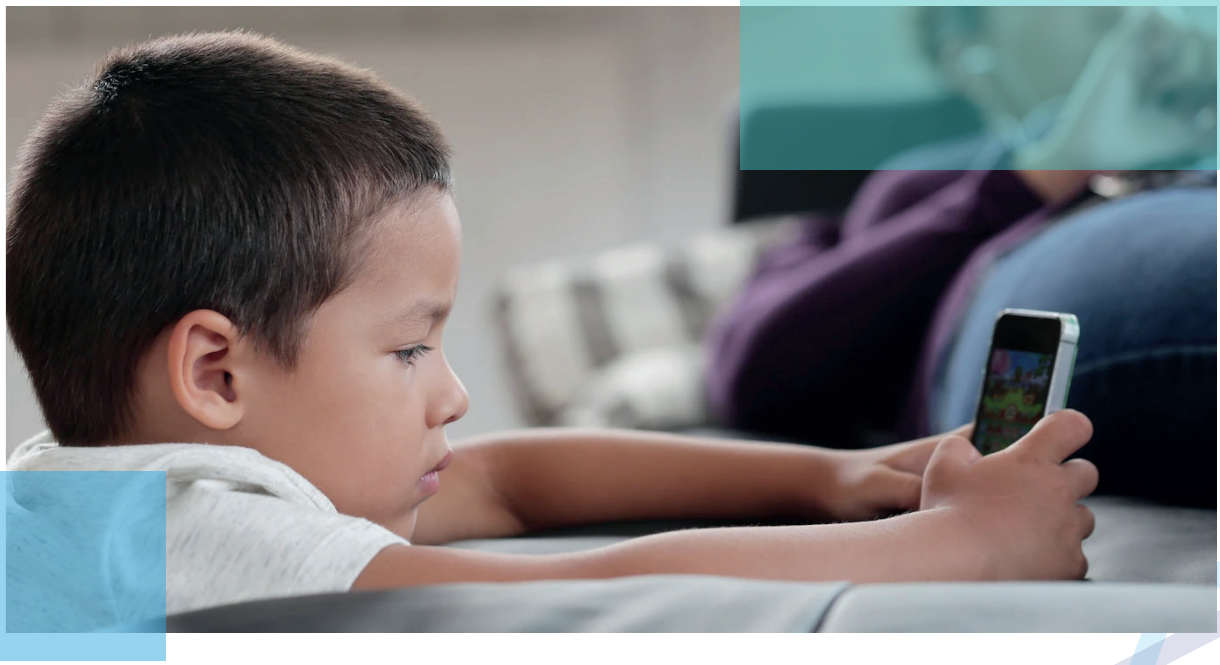


Tabla 17. Enseñanza virtual entre estudiantes por grupos de edad y área de residencia (%)

	Uso de computador		Uso de celular	
Niños y niñas de 5 a 11 años				
	Oct. 2020	Feb. 2022	Oct. 2020	Feb. 2022
Nacional	25.1	24.1	73.8	73.8
Urbano	34.6	34.6	64.4	64.5
Rural	11.9	11.9	87.0	84.7
Adolescentes de 12 a 17 años				
	Oct. 2020	Feb. 2022	Oct. 2020	Feb. 2022
Nacional	23.9	29.5	73.5	66.3
Urbano	30.5	40.4	69.4	68.5
Rural	16.2	17.8	78.4	74.6

Fuente: UNICEF. (2022). Los Efectos del COVID-19 en el Bienestar de los Hogares en Ecuador: Resultados 2020 y 2022. Quito.

Tabla 18. Enseñanza virtual entre estudiantes por grupos de edad y estrato social (%)

	Uso de computador		Uso de celular	
Niños y niñas de 5 a 11 años				
	Oct. 2020	Feb. 2022	Oct. 2020	Feb. 2022
Estrato bajo	15.9	9.8	84.4	86.6
Estrato medio bajo	6.7	7.8	90.6	91.7
Estrato medio	20.0	10.0	79.9	88.6
Estrato medio alto	32.0	45.8	66.2	48.1
Estrato alto	73.4	74.3	26.6	25.7
Adolescentes de 12 a 17 años				
	Oct. 2020	Feb. 2022	Oct. 2020	Feb. 2022
Estrato bajo	10.4	13.3	89.6	78.9
Estrato medio bajo	6.8	5.8	83.9	87.9
Estrato medio	22.9	22.1	77.1	76.3
Estrato medio alto	39.5	53.0	60.5	42.2
Estrato alto	58.0	64.5	42.0	35.5

Fuente: UNICEF. (2022). Los Efectos del COVID-19 en el Bienestar de los Hogares en Ecuador: Resultados 2020 y 2022. Quito.

4.2 Conectividad y uso de TIC

Relacionado íntimamente con los temas anteriormente presentados, otra de las dimensiones relevantes del bienestar social y cultural de NNA, tiene que ver con las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) sobre las que el INEC realiza regularmente mediciones generales y específicas. En el informe del INEC (2021) se brindan datos comparados entre 2019 y 2020, en una serie de indicadores relevantes que se presentan en la Tabla 19.

Tabla 19. Equipamiento y conectividad en la población por sexo y área de residencia

Equipamiento y conectividad	2019	2020
Computadora de escritorio (en hogares)	23.3	25.3
Computadora portátil (en hogares)	28.5	31.3
Computador de escritorio y portátil (en hogares)	11.2	12.7
Teléfono celular activado hombres	61.7	65.2
Teléfono celular activado mujeres	58.2	60.7
Teléfono celular inteligente hombres	47.1	52.5
Teléfono celular inteligente mujeres	45.0	50.5
Uso de internet nacional	59.2	70.7
Uso de internet urbano	66.7	77.1
Uso de internet rural	42.9	56.9
Uso de internet hombres	60.3	72.0
Uso de internet mujeres	58.1	69.5
Uso de internet en el hogar	68.1	86.1
Uso de internet en el trabajo	11.7	6.5
Uso de internet en casa de otra persona	4.5	4.6

Fuente: INEC. (2021). Boletín Indicadores de Tecnología de la Información y la Comunicación. Quito.

Como puede apreciarse, la disponibilidad de computadores (de escritorio y/o portátiles) se ubicó en el entorno de los dos tercios de la población, al igual que la disponibilidad de teléfonos celulares (tradicionales e inteligentes) mostrando, en este último caso, leves diferencias por sexo.

Por su parte, en lo que atañe al uso de internet, las cifras muestran que es más intenso en las áreas urbanas respecto a las rurales y (más levemente) también, entre los hombres respecto a las mujeres. Asimismo, es ampliamente mayoritario el uso de internet en el hogar, seguido a la distancia por el uso en el trabajo, que además descendió entre 2019 y 2020, en tanto el uso en establecimientos educativos fue mínimo en 2020, al igual que el uso en centros de uso público.

La Tabla 20, por su parte, aporta información sobre el uso de computadoras y la disponibilidad de teléfonos celulares activados, comparando siempre 2019 con 2020, diferenciando grupos decenales de edad.

Como puede apreciarse, en el grupo de NNA de 5 a 15 años, el uso de computadoras disminuyó entre el 2019 y 2020, al tiempo que la disponibilidad de teléfonos celulares fue en aumento. Por su parte, en la comparación con otros grupos de edad, NNA utilizan mucho menos ambas herramientas, contraste que se nota, sobre todo, en la comparación con los adultos entre 25 y 64 años, así como en relación con el grupo de jóvenes de 15 a 24 años (y aún con los de 65 años y más).

Tabla 20. Uso de computadoras y celulares por grupos de edad

	Uso de computador		Tienen teléfono celular activado	
Grupos de Edad	2019	2020	2019	2020
5 a 15 años	46.3	39.4	13.4	21.9
16 a 24 años	67.7	53.9	74.9	78.5
25 a 34 años	53.8	43.5	85.3	88.1
35 a 44 años	39.3	32.3	85.2	83.1
45 a 54 años	27.8	25.0	80.7	81.6
55 a 64 años	19.9	18.6	75.4	74.3
65 y más años	7.8	6.4	47.3	48.2

Fuente: INEC. (2021). Boletín Indicadores de Tecnología de la Información y la Comunicación.Quito.

En este marco general, importa ubicar a los sectores más claramente excluidos de la conectividad y el uso de herramientas como las que estamos analizando. La fórmula disponible, en este sentido, es diferenciar hogares con niñas y niños de 5 a 12 años no conectados, por quintiles de ingreso, tal como se presenta en la Tabla 21

Tabla 21. Niños y niñas de 5 a 12 años que viven en hogares no conectados por quintil de ingreso

Países	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5
Argentina	27.7	11.2	7.1	3.9	2.5
Chile	25.7	11.6	6.4	2.6	0.7
Colombia	79.9	59.4	35.0	18.4	5.6
Ecuador	88.5	73.2	53.7	36.2	16.0
Perú	95.8	83.9	66.7	45.0	19.6
Uruguay	59.7	27.6	13.1	4.9	2.4

Fuente: CEPAL. (2021). Datos y Hechos sobre la Transformación Digital.

Como puede apreciarse, casi 9 de cada 10 hogares con NNA ubicados en el quintil más pobre, no cuenta con conectividad a internet, situación que solo es superada por Perú, ubicándose por encima de los otros cinco países incluidos en nuestro estudio regional. Incluso en el segundo quintil más pobre, más de 7 de cada 10 hogares se encuentra en esta situación y hasta en el quintil intermedio todavía se ubican más de la mitad de dichos hogares. La contracara está dada por los hogares con niñas y niños de 5 a 12 años pertenecientes al quintil más rico, con un 16 % en esta situación.

5. DERECHO A LA PROTECCIÓN

El derecho a la protección está claramente establecido en los artículos 19 y 32 de la Convención Internacional de los Derechos del Niño (CDN). Aquí se consideran dos de sus dimensiones más relevantes: la protección contra toda forma de violencia y contra toda forma de explotación.

▸▸ 5.1 Protección contra toda forma de violencia

Uno de los componentes más relevantes en este campo es el vinculado con la Violencia Basada en Género (VBG), que ha sido sistemáticamente trabajada (en muy diversos espacios específicos) por los movimientos feministas y las instituciones públicas especializadas. Un informe gráfico de la Fiscalía General del Estado (2020), con base en datos proporcionados por el INEC (a través de su Encuesta de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra Mujeres de 2019) destaca que "a lo largo de toda la vida" se constata lo siguiente:

- El 35 % de las mujeres ha sufrido violencia física, el 33 % violencia sexual, el 16 % violencia patrimonial y el 57 % violencia psicológica.
- La VBG afecta al 45 % de las mujeres de 15 a 17 años; al 65 % de las de 18 a 29 años; al 69 % de las de 30 a 44 años; al 66 % de las de 45 a 64 años y al 65 % de las que tienen 65 años a más.
- Mientras la VBG afecta al 72 % de las mujeres afroecuatorianas, aqueja al 65 % de las mestizas, al 64 % de las indígenas y al 58 % de las montubias.
- En términos de estado civil, la VBG afecta al 65 % de las casadas, al 77 % de las separadas y al 55 % de las solteras.
- Por nivel de instrucción, la VBG afecta al 71 % de las alfabetizadas, al 67 % de las que tienen educación básica y al 63 % de las que cuentan con educación media, bachillerato y educación superior.
- En cuanto a los espacios donde se verifica la VBG, en el 43 % de los casos ocurre en la pareja, el 33 % en el ámbito social, el 20 % en la familia y en el ámbito laboral y el 19 % en la educación.

En el marco de este informe, importa recalcar una de las aristas más destacadas en este campo: la referida a la violencia en las escuelas. Un informe de Human Rights Watch (2020), comienza con una caracterización terminante: la violencia sexual y de género es un problema endémico y de larga data, en el sistema educativo ecuatoriano, desde preescolar hasta el bachillerato. Durante décadas, Ecuador no ha cumplido su deber de proteger a centenares de NNA, socavando su derecho a la educación, a la protección contra la violencia, a la integridad de sus derechos sexuales y reproductivos y a su derecho a la reparación.

El informe de Human Rights Watch (2020) destaca que entre 2014 y mayo de 2020, el Ministerio de Educación de Ecuador registró 3607 denuncias de violencia sexual en las instituciones educativas. Algunas de estas denuncias afectaban a más de un estudiante: 4221 NNA sufrieron violencia sexual por parte de docentes, personal escolar, conserjes, conductores de transporte escolar y compañeros de estudios. Dados los niveles generalmente bajos de denuncias de violencia de género y violencia sexual en el entorno escolar en Ecuador, es probable que esos casos representen apenas una porción de los casos reales de violencia sexual en las instituciones educativas en todo el país.

Complementariamente, el informe de Human Rights Watch (2020) destaca algunas de las medidas tomadas para enfrentar estas situaciones, señalando sus aportes y sus limitaciones del siguiente modo: el lanzamiento de una base de datos integral del Ministerio de Educación en 2018, para realizar un seguimiento de las denuncias, las investigaciones y los enjuiciamientos del personal relacionado con la escuela que comete actos de violencia, es un componente fundamental de los esfuerzos del gobierno. Sin embargo, algunas psicólogas estudiantiles dijeron a Human Rights Watch que, en algunas escuelas o distritos, se cuenta con poco apoyo para denunciar los casos. A nivel nacional, hay una escasez de departamentos de consejería estudiantil, que han sido fundamentales en la denuncia de casos y el apoyo a las y los estudiantes. Los docentes y los funcionarios educativos a veces socavan a estos equipos. En algunas provincias, las autoridades distritales les disuadieron de presentar denuncias.

Del mismo modo, el informe destaca las distancias existentes entre teoría y práctica, por ejemplo, en el campo legal y la procuración de justicia: algunos sobrevivientes entrevistados por Human Rights Watch sintieron que no recibieron justicia incluso cuando fueron a juicio. Muchos NNA, y sus familias se han encontrado con demasiados obstáculos en su búsqueda de justicia por los crímenes que sufrieron: la mayoría de las familias cuyos casos documentó Human Rights Watch dijeron haber sentido que tenían que luchar para obtener justicia. En el proceso, en ocasiones agotaron sus recursos económicos, lo que a su vez tuvo un gran impacto en la salud mental de toda la familia. A pesar de la obligación constitucional de agilizar los procesos judiciales cuando están involucrados NNA, estos se demoran y no siempre se llevan a cabo respetando el interés superior del niño.

Sobre esta base, el informe de Human Rights Watch (2020) formula una serie de recomendaciones, entre las que se destacan las siguientes:

- El abordaje y la erradicación de la violencia sexual endémica en las instituciones educativas requiere una agenda ejecutable a largo plazo, que cuente con el respaldo suficiente de todos los responsables de formular políticas, incluyendo la Asamblea Nacional. Esta agenda nacional debe mantenerse a pesar de los cambios en el gobierno.

- El gobierno ecuatoriano debería abordar y erradicar la violencia sexual endémica, apoyando y aumentando el personal encargado del bienestar y la protección de las y los estudiantes, asegurando que todas las escuelas denuncien los casos de violencia sexual cuando ocurran y garantizando que todas las denuncias sean inves-

tigadas adecuadamente. También debería garantizar que los procedimientos judiciales traten adecuadamente a las víctimas, y brinden apoyo a sus familias o representantes.

- El gobierno debería prestar la misma atención a la prevención de la violencia sexual, asegurando que todos los NNA tengan el mismo acceso a una educación sexual integral basada en la ciencia, adecuada a cada edad y etapa de desarrollo, para que comprendan sus derechos y se sientan empoderados, asimismo, puedan identificar y desafiar tanto los comportamientos que pueden conducir a delitos sexuales como los intentos de encubrir tales delitos.

- Debería asegurarse, asimismo, que sus compromisos vayan acompañados de recursos financieros aumentando los presupuestos de educación para la erradicación y la prevención en todo el sistema, asignando más recursos para el enjuiciamiento de la violencia de género y el fortalecimiento de las unidades judiciales especializadas. El gobierno debería restablecer los presupuestos interministeriales para la prevención de la violencia de género y embarazos de adolescentes, y así garantizar que se implementen todas las políticas interdependientes.

Un panorama, sin duda, extremadamente preocupante, en el que se juega cotidianamente la vigencia plena de los derechos de NNA a una vida libre de violencia, que incluya, de parte del Estado, los mecanismos de protección y promoción correspondientes.

5.2 Protección contra la explotación laboral

Otra de las aristas relevantes en relación con el derecho a la protección de NNA, es la vinculada con el trabajo infantil y adolescente. La pregunta central en este campo es si la pandemia del COVID-19 impactó de algún modo en estas dinámicas, y para responderla, se puede recurrir a la información que brindan las Encuestas de Empleo, Desempleo y Subempleo (EMENDU) del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) de estos últimos años, tal como se presenta en las Tablas 22 y 23.

Tomando al grupo de NNA como conjunto (entre 5 y 17 años), puede constatarse que el cruce entre trabajo infantil y asistencia escolar no ha tenido grandes variantes entre 2017 y 2021, lo que estaría indicando que, en general, la pandemia no ha tenido impactos significativos en este campo.

Tabla 22. Trabajo infantil y asistencia escolar en niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años (%)

	2017	2018	2019	2020	2021
Trabaja y estudia	6.3	6.5	8.7	7.3	11.4
Solo trabaja	2.1	1.5	1.7	1.4	1.7
Solo estudia	88.0	88.3	85.7	86.7	83.3
Ni trabaja ni estudia	3.6	3.7	3.9	4.5	3.7

Fuente: Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional (CNII) y UNICEF Ecuador (2017), en base a datos de las Encuestas Nacionales de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU) del INEC.

Pero si se desagrega la información, por área de residencia y por sexo, concentrando la mirada exclusivamente en NNA que trabajan, pueden constatarse algunas diferencias relevantes, tanto entre variables como en el recorrido en el tiempo.

Tabla 23. Trabajo infantil de NNA entre 5 y 17 años, por área de residencia y sexo (%)

	2017	2018	2019	2020	2021
TOTAL	8.4	8.0	10.4	8.8	13.0
Área urbana	3.2	2.5	1.9	2.3	3.1
Área rural	17.9	17.6	25.5	20.4	30.8
Hombres	10.0	9.2	12.1	10.7	14.4
Mujeres	6.7	6.9	8.7	6.7	11.6

Fuente: Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional (CNII) y UNICEF Ecuador (2017), en base a datos de las Encuestas Nacionales de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU) del INEC.

Como puede apreciarse, las cifras referidas al trabajo infantil rural son elevadísimas y crecientes, mientras que las diferencias de género son más acotadas. En cualquier caso, el impacto del COVID-19 no aparece tan claro en 2020, pero sí en 2021, dado el crecimiento de las cifras correspondientes. Estas tendencias se registran tanto en el grupo de 5 a 14 años como en el de 15 a 17 años, aunque con matices relevantes, tal como puede visualizarse en las Tablas 24 y 25.

Tabla 24. Trabajo infantil de NNA entre 5 y 14 años, por área de residencia y sexo (%)

	2017	2018	2019	2020	2021
TOTAL	5.2	5.4	9.3	5.7	10.1
Área urbana	1.2	1.2	0.7	0.8	0.9
Área rural	12.4	13.0	21.8	14.3	27.1
Hombres	5.8	5.6	9.4	6.4	10.0
Mujeres	4.5	5.3	7.2	5.0	10.2

Fuente: Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional (CNII) y UNICEF Ecuador (2017), en base a datos de las Encuestas Nacionales de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU) del INEC.

Tabla 25. Trabajo de adolescentes entre 15 y 17 años, por área de residencia y sexo (%)

	2017	2018	2019	2020	2021
TOTAL	19.0	17.0	17.8	19.8	23.6
Área urbana	9.7	7.4	6.2	7.3	11.6
Área rural	36.4	33.5	38.6	43.1	43.4
Hombres	23.6	20.8	20.9	24.7	29.0
Mujeres	14.1	12.9	14.2	13.7	17.1

Fuente: Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional (CNII) y UNICEF Ecuador (2017), en base a datos de las Encuestas Nacionales de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU) del INEC.

Como puede apreciarse, mientras que las cifras de 2020 muestran un descenso del trabajo de niños y niñas de 5 a 14 años, el trabajo aumentó en el grupo de adolescentes. Las cifras de 2021 muestran un marcado crecimiento en ambos grupos de edad, duplicando las tasas del año anterior en el primer grupo, en tanto el aumento entre las y los adolescentes es más acotado.

Las explicaciones posibles de esta evolución en el tiempo y entre grupos diferentes de NNA podrían ser muchas y muy diversas, pero al parecer, entre las más relevantes habría que destacar las vinculadas con la reformulación de las estrategias de sobrevivencia en el plano familiar, que en principio reaccionaron "protegiendo" a sus hijos

e hijas (en 2020) y por las medidas de aislamiento obligatorio. Las medidas y estrategias cambiaron al año siguiente, al percibir que la crisis continuaba y que se necesitaban más aportantes a los ingresos de las familias. Del mismo modo, podría mencionarse el aflojamiento de los controles estatales en estas materias, lo que podría explicar el comportamiento más expansivo de las empresas, recurriendo a estrategias informales de contratación laboral.

En todo caso, se trata de explicaciones preliminares y especulativas, que habrá que analizar con más detenimiento y poder contar con argumentos más sólidos basados en evidencias, que podrían provenir de estudios específicos en este campo, del estilo de las anteriormente concretadas, recabando información específica en las familias y en las empresas.

5.3 Protección contra la explotación sexual y comercial

En el estudio del Observatorio Social del Ecuador (2018). Situación de la niñez y adolescencia en el Ecuador, una mirada a través de los ODS, se analizan también otras modalidades de violencia contra NNA, agrupadas en el concepto de "trata" de personas. En dicho marco, el informe enumera una serie de modalidades a través de las cuales se concreta, en función de los fines correspondientes: (i) explotación laboral; (ii) mendicidad; (iii) servidumbre y prácticas análogas a la esclavitud; (iv) delictivos; y (v) matrimonio servil.

En este sentido, en la trata de personas con fines de explotación sexual, NNA son utilizados en la prostitución, el turismo sexual y la pornografía. En este marco, se controla el desplazamiento, horario, tarifas, clientes y servicios que debe prestar la víctima, no se tiene acceso al dinero producido y no se respetan los derechos sexuales y reproductivos de las víctimas.

Por su parte, la trata vinculada con matrimonios forzados se centra en el establecimiento forzado de una relación de pareja, que ocurre con mayor frecuencia cuando se realiza con un NNA o con una persona ajena al contexto cultural. En estos casos el cónyuge es utilizado en servidumbre doméstica, explotación sexual por parte de terceros, o procreación. Aunque no se dispone de cuantificaciones homogéneas y comparables (en el tiempo y el espacio) actualizadas, en el estudio del Observatorio Social del Ecuador (2018). Situación de la niñez y adolescencia en el Ecuador, una mirada a través de los ODS (en adelante SITAN) consigna que entre 2006 y 2016 el porcentaje de NNA de 12 a 17 años casados o unidos osciló en torno al 3 %, sin grandes diferencias por niveles de pobreza ni por área geográfica, pero sí en términos étnico/raciales: entre NNA montubios la tasa duplica a la verificada entre NNA mestizos.

Teniendo en cuenta el ODS 5 (lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas) y sus dos metas principales[1], el SITAN procuró establecer la "línea de base", teniendo en cuenta los indicadores establecidos (porcentaje de niños, niñas y adolescentes rescatadas de redes de trata y explotación sexual y porcentaje de adolescentes en matrimonio o unión libre por declaración de los entrevistados, respectivamente) concluyendo que respecto al primero no hay datos sistemáticos, en tanto respecto al segundo se tomó el ya mencionado 3 % de 2016.

Por ello, en las últimas décadas se han hecho reiterados llamados a establecer indicadores sobre estos temas, con sus respectivos protocolos de recolección y tratamiento, del estilo del que realizó en 2017 el Comité de Derechos del Niño de las Naciones Unidas, destacando este problema y recomendándole al Estado ecuatoriano que adopte indicadores específicos sobre la infancia en la recopilación de datos relativos a la trata, la explotación sexual y la pornografía, en línea con un reclamo formulado en el denominado "Informe sombra" realizado por la Coalición Nacional de Mujeres del Ecuador (2016) en dicho ámbito, que establece el siguiente juicio: la Reforma al Código Civil de junio de 2015, establecida de acuerdo con los estándares internacionales de derechos humanos, fija la edad mínima para contraer matrimonio civil en 18 años para hombres y mujeres. Esta nueva disposición legal debe acompañarse de políticas públicas sistemáticas, orientadas a transformar los patrones culturales nocivos que fomentan esta práctica y la sustentan en las tradiciones, la religión y las leyes consuetudinarias. Las políticas y programas nacionales y territoriales deben incluir mecanismos de participación de las y los adolescentes, sus aportes y visiones desde su protagonismo.

[1] 5.2. Eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación; y 5.3. Eliminar todas las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina.

6. DERECHO A LA PARTICIPACIÓN

El derecho a la participación de niños, niñas y adolescentes está claramente establecido en el artículo 12 de la Convención Internacional de los Derechos del Niño (CDN). Incluimos aquí algunas consideraciones sobre tres dimensiones particularmente relevantes en este sentido: (i) derecho a ser escuchado; (ii) derecho a participar en la toma de decisiones; y (iii) derecho a la participación social y política.

▸▸ 6.1 Derecho a ser escuchado

Aunque no se dispone de información actualizada en este campo, importa tener en cuenta algunos de los antecedentes más destacables, incluidos en el capítulo VI sobre "derecho a la participación" (SITAN, 2018, p. 194-200). El informe destaca las opiniones vinculadas con ser escuchados en los gobiernos estudiantiles, ser escuchados en el hogar, la pertenencia a colectivos sociales, y la participación política en procesos electorales. Se incluyen, textualmente, las siguientes consideraciones

- En el año 2015, según las respuestas de los propios niños, niñas y adolescentes, el 78 % de los que tienen entre 8 a 17 años a nivel nacional declaró que los gobiernos estudiantiles toman en cuenta su opinión, siendo esta cifra tres puntos porcentuales más baja que la encontrada en el año 2010. La diferencia entre rangos etarios evidencia que el grupo al que menos tienen presente los gobiernos estudiantiles es el de los niños y niñas de 5 a 11 años (74 %). El 81 % de adolescentes afirmó que su opinión es considerada por la organización estudiantil. Por otro lado, la región Costa presenta el porcentaje más bajo (74 %) en comparación a la Sierra (81 %) y a la Amazonía (80 %).

- Si bien en el año 2015 aumenta porcentualmente la frecuencia con la que los profesores toman en cuenta la opinión de los niños, niñas y adolescentes en relación con el año 2010, aún un 29 % afirma que solo a veces su opinión es considerada y un 5 % declara que nunca sucede esta situación. En otro orden de cosas, la frecuencia con la que toman en cuenta su opinión los profesores refiere que existen inequidades étnicas. El 33 % de la niñez de hogares afrodescendientes afirmó que solo a veces consideran su opinión los docentes. Este porcentaje en el grupo de blancos/-mestizos es del 29 % y en el de indígenas de 28 %.

En el 2015, la participación de los alumnos en la elección del gobierno estudiantil alcanzó el 67 %, superando porcentualmente a la de 2010 que fue del 53 %. Las diferencias por grupo de edad demuestran que los niños y niñas de 8 a 11 años participan en un 57 % en las elecciones estudiantiles. Este es un porcentaje significativamente inferior al encontrado en el grupo de edad de 12 a 17 años, donde la participación estudiantil asciende al 75 %.

La participación de los niños, niñas y adolescentes en el hogar es de suma importancia para contribuir a su proceso de desarrollo, es por ello necesario que sean consultados y tomados en cuenta en las decisiones que se adoptan en la familia. En el año 2015 el porcentaje de esta participación fue mayor que el registrado en 2010. Siete de cada diez niños, niñas y adolescentes afirman que sus padres y madres siempre toman en cuenta sus opiniones y un 27 % asevera que solo a veces son consideradas. La cifra se eleva al 74 % en el grupo de edad entre 12 y 17 años. La participación de los niños, niñas y adolescentes en la vida del hogar, según la etnia, indica que el 67 % de quienes pertenecen a hogares indígenas y el 66 % de blancos/-mestizos afirman que sus opiniones siempre son tomadas en cuenta por sus padres y madres, mientras que en la población afrodescendiente el porcentaje desciende al 60 %.

El grado de confianza que tienen los niños, niñas y adolescentes para hablar con sus progenitores sobre diversos temas determina su participación y relación en el hogar: seis de cada diez niños, niñas y adolescentes declaran que tienen mucha confianza para hablar de sus estudios con sus padres y madres. En segundo lugar (50 %) está el tema religioso y en tercer lugar (47 %) dialogan sobre sus sentimientos. Se destaca que el menor porcentaje, el 23 %, tiene mucha confianza para hablar de sexo con sus progenitores. Casi la mitad, el 49 %, tiene entre poca y muy poca confianza para abordar este tema. No es de extrañarse que el embarazo adolescente se incremente, si es que la sexualidad sigue siendo un tema tabú en los hogares.

En un sentido básico, la participación se expresa cuando los niños y adolescentes contribuyen activamente en procesos y actividades. Se cumple el ejercicio del poder, entendido como la capacidad de decidir, intervenir en las decisiones o influir en ellas. La tendencia a pertenecer a grupos de diversos tipos en las etapas de niñez y adolescencia no es alta en el país: la primera forma de organización son los clubes deportivos con 37 %, seguida de la jorga con 32 % y la directiva del grado/curso con el 23 %.

Al comparar el año 2010 con 2015, la participación en clubes deportivos se incrementó del 14 % al 37 % y la pertenencia a jorgas del 15 % al 32 %. Respecto de la pertenencia a organizaciones o grupos en la escuela, colegio o comunidad según la

etnia se destaca que tanto los niños, niñas y adolescentes de hogares indígenas, afrodescendientes y blancos/mestizos están vinculados positivamente a organizaciones como club deportivo, jorga y directiva del curso, siendo más alta la participación entre la población indígena, puesto que el 50 % forma parte de clubes deportivos, 37 % de jorgas y 29 % de grupos religiosos. En general, entre 2010 y 2015 la participación de la niñez en grupos deportivos es la que más se incrementó.

La Constitución ecuatoriana de 2008, en su Artículo 62 establece la posibilidad de ejercer el voto facultativo para las personas entre 16 y 18 años de edad, reconociendo a los adolescentes como sujetos de derechos capaces de expresar sus pensamientos con responsabilidad a través del voto. De acuerdo con el Consejo Nacional Electoral, en las elecciones seccionales de 2013 el porcentaje de participación de adolescentes en las provincias de Los Ríos, Manabí y Napo alcanzó el 80 %. En 2017, los y las adolescentes de entre 16 y 18 años que podían votar, representaban el 5 % del padrón electoral. Entre 2009 y 2017, el número de votantes en ese rango de edad se incrementó de 454 mil a 677 mil.

En suma, de acuerdo con las consideraciones precedentes, podría afirmarse que el derecho a ser escuchado, en el caso de NNA, pareciera tener vigencia en diferentes medidas y modalidades, y así es reconocido por las y los NNA encuestados.

6.2 Derecho a participar en la toma de decisiones

El informe Situación de la niñez y adolescencia en el Ecuador, una mirada a través de los ODS, además de brindar la información generada, analiza las fortalezas y las debilidades de la participación de NNA, hurgando en las causas correspondientes, destacando, los siguientes elementos de juicio:

- La participación es un derecho que debe desarrollarse a través de capacitaciones constantes en programas o proyectos, con espacios establecidos y materiales adecuados para poder trabajar colectivamente y guiados por personal capacitado que pueda orientar la acción a través de una correcta información. Comúnmente se requiere de seguimiento y evaluación del funcionamiento de los proyectos o programas de participación que se desarrollan. Sin embargo, no existe acceso financiero para ejecutar estos procesos, lo que limita la disposición a participar.

- Uno de los fenómenos actuales que ha limitado las prácticas y actitudes sociales y culturales en lo que concierne a la participación es el flujo de información cibernética y el apogeo de las redes sociales, que son los nuevos espacios donde la niñez y adolescencia concentran su acción y opinión. Por lo tanto, otra de las situaciones que debe visibilizarse es la existencia de un cambio constante en los temas que les interesan y convocan.

- El Estado destina presupuesto para el desarrollo cultural, artístico y deportivo a través de sus programas sociales. Sin embargo, la oferta para facilitar la participación en escuelas y comunidades todavía sigue siendo baja y el acceso no es universal. La infraestructura es insuficiente y poco adecuada, puesto que no existe un presupuesto específico para desarrollar espacios de participación que vinculen a las zonas marginales.

- Los niños, niñas y adolescentes deben ser parte activa de los procesos sociales, políticos, culturales y económicos que los rodean y afectan directamente a su desarrollo en todas las esferas de su vida. El desconocimiento de los derechos o la falta de información adecuada generan la normalización de los abusos y la violación de derechos que son comúnmente invisibilizados por la sociedad.

- La participación está limitada a los beneficios e intereses adultocéntricos en los diferentes espacios donde se desarrollan los niños, niñas y adolescentes (el hogar, la escuela, la comunidad, entre otros), lo que ha provocado su antipatía para expresar opiniones y vincularse a movimientos sociales, políticos, culturales o deportivos.

> La participación de la niñez y adolescencia está restringida a procesos que no inciden directamente en el desarrollo de las políticas públicas. Se desarrolla, por ende, un tipo de participación simbólica, que no fortalece ni empodera la opinión y las acciones tomadas por los diferentes grupos sociales. Por otro lado, la organización de grupos o movimientos sociales liderados por adolescentes están estigmatizados socialmente aduciendo su falta de capacidad para discernir y de madurez social, así como su vulnerabilidad a la manipulación política. (p. 200-201)

Finalmente, el informe llega a dos grandes conclusiones: (i) la participación de NNA se ha debilitado; y (ii) habría que promover la participación de NNA en el propio Plan de Desarrollo. El informe lo explica del siguiente modo (SITAN, 2018, p. 204):

> Se ha incrementado la participación de los niños, niñas y adolescentes en clubes deportivos. Sin embargo, por el débil sistema de protección hacia ellos y ellas, en los últimos años se registra un retroceso y debilitamiento en la participación en temas de su directa incumbencia, como el cumplimiento de sus derechos. En los espacios de participación no están comprometidas todas aquellas autoridades o instancias locales y nacionales que deben ser parte activa del desarrollo de la niñez y adolescencia, apoyando eficazmente la continuidad e inclusión de sus voces, criterios, formas de enfrentar los problemas, y sus sueños.
>
> Si bien es cierto que el Estado ecuatoriano, en su Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021, tiene como objetivo: "incentivar una sociedad participativa, con un Estado cercano al servicio de la ciudadanía" (p. 37), no existen políticas específicas que promuevan y garanticen la participación de niños, niñas y adolescentes en los planes y programas de desarrollo nacional ni local. Es necesario asegurar la provisión de presupuestos para la creación de espacios y mecanismos que garanticen la participación adolescente en los ámbitos donde se discuten políticas y programas que afectan sus vidas, por ejemplo, en los relacionados con los presupuestos nacionales y locales, con el fin de asegurar que sus prioridades y demandas sean adecuadamente escuchadas. Los gobiernos locales cumplen un rol crucial en el fomento de espacios de participación que vinculen a la niñez y adolescencia con el deporte, el arte y la cultura como espacios de diálogo y empoderamiento.

Es evidente que la participación de NNA era en 2015 (y seguramente lo es aún más actualmente) más formal que real, por lo que la vigencia plena de este derecho dista de ser una realidad efectiva.

6.3 Derecho a la participación social y política

Por último, importa retomar una modalidad adicional (a la que ya se ha aludido en la sección anterior) en materia de participación de NNA: la que se concreta en el campo social y político, tema sobre el cual las encuestas de opinión pública y los estudios especializados brindan regularmente información y análisis de gran valor. En este marco, es destacable el perfil diferente que muestran las y los adolescentes (junto a sus pares "jóvenes") en comparación con las que brinda la población adulta, en las encuestas más serias y mejor valoradas en América Latina, como las de Latinobarómetro. En particular, aquí se destacan las respuestas recibidas a una pregunta general (con sus correspondientes opciones), comparando las recopiladas en 2015 y 2020.

Tabla 26. ¿Cómo cree usted que es mejor actuar para que usted y el país avancen más? Respuestas por edad en 2015 y 2020 (%)

	Total	15 -25	26 - 40	41 - 60	61 y más
2015					
Votar siempre	71.5	72.5	71.4	69.0	75.2
Votar pero también protestar	22.5	22.3	22.7	24.8	18.0
Solo protestar, no sirve votar	1.6	1.0	1.7	1.9	1.9
Ni votar ni protestar	0.9	2.4	1.2	0.6	---
No sé qué hay que hacer	3.4	2.8	3.0	3.7	5.0
2020					
Votar siempre	32.6	28.4	33.7	33.8	34.5
Votar pero también protestar	38.4	48.6	37.2	34.4	31.8
Solo protestar, no sirve votar	3.0	3.2	2.5	3.5	2.7
Ni votar ni protestar	5.4	4.0	5.0	5.9	8.1
No sé qué hay que hacer	20.7	15.8	21.7	22.4	23.0

Fuente: PNUD, CAF, SIDA, IDB, OEI. (2021). Latinobarómetro.

Como puede apreciarse, mientras las respuestas brindadas en 2015 no diferían mucho entre generaciones o grupos de edad, estas sí se diferenciaron en 2020, aumentando entre adolescentes y jóvenes las opiniones vinculadas con "votar, pero también protestar", bajando las correspondientes a "solo votar" y aumentando también (por cierto) el "no sé qué hay que hacer". Sin duda, en estos cambios, han jugado centralmente las condiciones del entorno, más ordenadas y claras en 2015, y más caóticas e inciertas en 2020.

7. CONCLUSIONES Y DESAFÍOS A ENCARAR

Una vez completado el recorrido propuesto, en torno al impacto de la sindemia en los derechos de niños, niñas y adolescentes, importa extraer las principales conclusiones del análisis realizado e identificar los principales desafíos a encarar, con el horizonte de los ODS al 2030. Esto se da en un marco global que el Fondo Monetario Internacional (FMI) presenta como "un panorama sombrío y más incierto":

7.1 Presente preocupante, futuro incierto

> La titubeante recuperación de 2021 ha venido seguida de una evolución cada vez más lúgubre en 2022, a causa de los riesgos que comenzaron a materializarse. Durante el segundo trimestre de este año, el producto mundial se contrajo, debido a la desaceleración de China y Rusia, mientras que el gasto de los hogares en Estados Unidos no alcanzó las expectativas. Varios shocks han sacudido una economía mundial ya debilitada por la pandemia: una inflación superior a lo previsto en todo el mundo —sobre todo en Estados Unidos y las principales economías europeas— que ha provocado el endurecimiento de las condiciones financieras; una desaceleración peor de lo previsto en China, consecuencia de los brotes de la COVID-19 y los confinamientos, y las nuevas repercusiones negativas de la guerra en Ucrania (FMI, 2022, p. 1).

Esto implica, sin duda, que el presente es preocupante, al tiempo que el futuro aparece cargado de incertidumbres. En dicho marco, seguramente lo más preocupante es la acotada disponibilidad de opciones estratégicas para tratar de incidir en estas tendencias, procurando eludir el real o supuesto "destino" que las dinámicas globales le ofrecen a América Latina: una región abastecedora de materias primas e importadora de productos industriales y servicios de todo tipo. Si los gobiernos de la región se dejan arrastrar por este "destino", seguramente se profundizarán las estrategias de desarrollo dependientes, primario exportadoras y neo extractivistas.

Se trata, sin duda, de un escenario en el que, además, habrá que enfrentar los crecientes problemas inflacionarios internacionales, que impactarán negativamente en la alimentación y los programas sociales en general, con lo que se podrían ampliar los cuadros de pobreza y exclusión social, así como las profundas desigualdades sociales existentes en todos los países de la región, incluyendo (lógicamente) al Ecuador, en cuyo caso, muchos de los problemas que aquí se han analizado en relación a NNA, se mantendrán incambiados o se agravarán aún más.

Por si fuera poco, en momentos en que estamos cerrando este informe, Ecuador ha entrado en la quinta ola del COVID-19 y el gobierno ha decretado el retorno al trabajo remoto, junto con otras medidas de similares características, todo lo cual, vuelve a mostrar, claramente, que estamos lejos de entrar en una "nueva normalidad". Si se tiene en cuenta el cansancio de gran parte de la población con las medidas restrictivas vigentes desde la llegada de la pandemia, no es difícil imaginar que estas nuevas medidas podrían llegar a contar con una escasa adhesión efectiva, todo lo cual impactaría aún más negativamente en un cuadro general ya de por sí complicado, en medio de las limitaciones de la propia gobernabilidad democrática.

▸▸ 7.2 Niños, niñas y adolescentes: entre la relevancia y la indiferencia

Niños, niñas y adolescentes se ubican (inevitablemente) en este complejo marco situacional en términos económicos, sociales y políticos, tanto en términos de su relevancia como grupo poblacional clave para el desarrollo humano, como en la atención que recibe de parte del Estado y de la sociedad civil, para potenciar sus capacidades y minimizar los impactos negativos de la crisis.

En este sentido, si se mira al conjunto de indicadores revisados en las páginas precedentes, parece claro que el país enfrenta algunos problemas graves que requerirían urgente consideración y una mejor ubicación en la agenda de políticas públicas:

- En materia de protección social en general, limitaciones vinculadas con el acceso, la cobertura y la calidad de los apoyos, junto con niveles comparativamente bajos de inversión social.
- En el campo de la salud, impactos negativos de la pandemia en la salud mental de NNA, junto con problemas estructurales vinculados con el matrimonio y el embarazo temprano.
- En el campo de los derechos a la alimentación, niveles altos de desnutrición crónica, de inseguridad alimentaria y de malnutrición por exceso.
- En lo que atañe al derecho al desarrollo, limitaciones importantes (muy desigualmente distribuidas) en el campo educativo y en el relacionado con la conectividad a internet.

- En protección específica, niveles preocupantes de diversas violencias, junto con persistencia de problemas ligados a la explotación laboral y a la explotación sexual y comercial.

- En materia de participación, retrocesos en el "derecho a ser escuchados", junto con limitaciones estructurales a la "participación en la toma de decisiones".

Todo esto, además, atravesado por desigualdades significativas, tanto en términos de tipos como de niveles de incidencia de dichos problemas, en diversos grupos específicos de NNA, sobre todo en términos de desigualdades de ingreso de sus respectivos hogares, así como en el campo de las desigualdades de género, las desigualdades territoriales y las desigualdades étnicas y raciales.

En este sentido, todo parece indicar que —en medio de grandes problemas económicos, sociales y políticos, que dinamizan importantes conflictos sociales— estos problemas más específicos podrían quedar opacados y relegados al momento de fijar prioridades y tomar decisiones vinculadas con el desarrollo futuro del país.

Por ello, importa recordar que, en sociedades como la ecuatoriana, en las que la toma de decisiones se ve notoriamente influenciada por las presiones corporativas de los diferentes grupos de poder, las políticas públicas que finalmente se priorizan (sobre todo, al momento de asignar recursos para la implementación efectiva de planes y programas) no siempre (más bien, al contrario) están sustentadas en evidencias objetivas.

En este marco, en áreas como las que aquí se analizan que no cuentan con grupos de presión fuertes y activos, sino que dependen de las sensibilidades y de las convicciones de los principales actores involucrados, todo puede terminar en una gran indiferencia, seguida de la no fijación de prioridades de política pública acordes con las características y las dimensiones de los problemas que aquí se han revisado.

Las desigualdades intergeneracionales del poder podrían inclinar la balanza —una vez más— a favor de los adultos, con los que el propio desarrollo humano de nuestros países se vería limitado.

7.3 Aseguramiento y plena vigencia de derechos como principal desafío

Otro espacio para el análisis y la toma de decisiones en estas materias es el vinculado con las estrategias que se asumirán para enfrentar los problemas identificados. En este sentido, aún en el caso en que se lograra que estos temas fueran priorizados y se asignaran los recursos correspondientes, las posibilidades reales de mejora en

los diferentes planos en que se ha centrado este análisis, dependerán en buena medida de los enfoques con los que se trabaje.

Esto nos lleva, nuevamente, a los problemas más estructurales vinculados con la gobernabilidad democrática, en la medida en que la sociedad ecuatoriana sigue profundamente dividida en varios planos (simultáneamente) entre los cuales destacan tres dimensiones particularmente preocupantes: la que separa los "enfoques de riesgo" de los "enfoques de derecho"; (ii) la que separa a quienes postulan enfoques "universales" de quienes postulan enfoques "focalizados"; y (iii) la que separa a quienes priorizan la "lógica de mercado", de quienes postulan la relevancia del "rol del Estado" en la definición de las principales orientaciones estratégicas y la correspondiente regulación de dichos mercados.

Esto puede parecer excesivamente "teórico", pero lo cierto es que en varios de los planos que aquí se han analizado, estas divisiones están presentes, en medio de disputas más o menos fuertes y más o menos razonables. Así, en temas tan sensibles como las pautas alimenticias de NNA, las uniones y los embarazos tempranos, y las diversas expresiones de violencias (entre otras), estos contrapuntos operan permanentemente a todos los niveles. Preguntas claves, como cuáles son las mejores estrategias para prevenir y acotar los embarazos en la adolescencia o para promover la participa-

ción activa de NNA a todos los niveles, no cuentan con respuestas sencillas ni fáciles de consensuar, para operar mancomunadamente.

En cualquier caso, el principal desafío a encarar a futuro (en el corto, mediano y largo plazo) es el vinculado con la plena vigencia de derechos de NNA, asumiendo que estamos ante procesos en permanente construcción, que estarán afectados por factores impulsores y también por factores adversos, en el recorrido correspondiente.

Las respuestas más generales a la pandemia y a la sindemia vinculadas con el COVID-19, deberán estar claramente orientadas por dos grandes principios: (i) el combate a las desigualdades sociales existentes (promoviendo la inclusión social, desde enfoques universalistas); y (ii) la promoción de la sostenibilidad ambiental (enfrentando decididamente las estrategias depredadoras del ambiente). Esto ha sido propuesto por los principales organismos internacionales, particularmente los vinculados con las Naciones Unidas, y postulados como la guía central de los procesos de cambio.

En el campo concreto de la niñez y la adolescencia, esto tendrá que expresarse claramente en la defensa indeclinable de la Convención Internacional de los Derechos del Niño, procurando que cualquier revisión del Código de la Niñez y la Adolescencia que se promueva, se procese en la línea de reforzar y ampliar derechos, y no en términos de recorte de derechos conquistados y vigentes.

Esto deberá procesarse, operando en línea con los compromisos globales asumidos en relación con la Agenda 2030 de las Naciones Unidas. En estos momentos, parece difícil poder lograr las metas fijadas en los ODS, pero ello debe impulsar más y mejores esfuerzos para tratar de lograrlo, y no el conformismo con lo que "no se puede". En este marco, niños, niñas y adolescentes deberán ser protagonistas centrales de las estrategias que se desplieguen en este sentido.

8. REFERENCIAS

Acosta, A., Cajas, J., y Jácome, H. (2021). Al borde del naufragio Ecuatoriano: Entre la pandemia sanitaria y el pandemonio neoliberal. Quito.

BANCO MUNDIAL, UNICEF, UNESCO. (2022). Dos Años Después: Salvando una Generación. Panamá.

BANCO MUNDIAL. (2018). Diagnóstico del Sistema de Protección Social en el Ecuador. Washington.

BANCO MUNDIAL. (2020). Retos y oportunidades de la migración venezolana en Ecuador. Washington.

Barre, J. y Castro, C. (2021). Deserción educativa generada a raíz de la cuarentena obligatoria durante la pandemia de COVID-19 en estudiantes de básica elemental y media en la ciudad de Quito. Quito.

Cajas, J. (2021). COVID-19: La tragedia de los pobres. Entre crisis, sindemia y otros males. Plataforma por el erecho a la Salud/Fundación Donum/FOS. Quito.

CARE. (s/f). Prácticas nocivas: Estudio sobre el matrimonio infantil y las uniones precoces en Ecuador. Quito.

Castillo, C. & Marinho, M. (2022). Los impactos de la pandemia sobre la salud y el bienestar de niños y niñas en América Latina y el Caribe: la urgencia de avanzar hacia sistemas de protección social sensibles a los derechos de la niñez. Santiago de Chile. Obtenido de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47806/4/S2200064_es.pdf

CEPAL. (2021). Datos y Hechos sobre la Transformación Digital. Santiago de Chile.

CEPAL. (2022). Cepalstat. Principales cifras de América Latina y el Caribe. Obtenido de: https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/index.html

CEPAL. (2022a). Panorama Social de América Latina 2021. Santiago de Chile.
Cevallos, F. (comp.) (2021). Un balance crítico sobre los desafíos de la juventud en la nueva normalidad. Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional. Quito.

CONSEJO NACIONAL PARA LA IGUALDAD INTERGENERACIONAL. (2017). Agenda Nacional para la Igualdad Intergeneracional 2017 – 2021. Quito.

Espejo, N. (2018). Teoría del cambio sobre violencia sexual infantil 2022: Resumen ejecutivo. Quito.

Espinoza, F. (2021). La prevención del abuso sexual contra niños y niñas en entornos educativos del distrito metropolitano de Quito desde el enfoque de Derechos Humanos. Quito.

FAO, FIDA, OPS, UNICEF, PMA. (2021). América Latina y el Caribe: Panorama Regional de la Seguridad Alimentaria y Nutricional: Estadísticas y Tendencias. Santiago.
FISCALIA GENERAL DEL ESTADO. (2020). Análisis de la Violencia de Género: Ecuador 2020. Quito.

FMI. (2022). Actualización de perspectivas de la economía mundial de julio de 2022. Un panorama sombrío y más incierto. Nueva York.
Forttes, P. (2019). Informe Marco Conceptual: hacia un Sistema Nacional de Cuidados. Programa EUROSocial. Quito.

Galeth, A. (2021). El Impacto de las redes sociales en la interacción familiar en adultos jóvenes durante la pandemia de COVID-19 en la ciudad de Quito. Quito.

Gallo, E. (2020). Análisis de la políticas públicas de salud sexual y reproductiva y su incidencia en el embarazo adolescente en Ecuador para el período 2011–2018. (Facultad de Ciencias Sociales y Humanas). Quito.

Gobierno del Ecuador. (2018). Política Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes: Ecuador 2018 – 2025. MSP / MIES / MINEDUC / UNFPA / OPS. Quito.

Gobierno del Ecuador. (2021). Evaluación socioeconómica: PDNA Covid-19 Ecuador, marzo – diciembre 2020. Quito.

Goulds, S.; Fergus, I. y Winslow, E. (2020). Vidas detenidas: el impacto de la COVID-19 en niñas y mujeres jóvenes. Obtenido de: https://plan-international.es/files_informes/doc_56.pdf

HUMAN RIGHTS WATCH. (2020). "Es una Lucha Constante": La Violencia Sexual Relacionada con la Escuela y los Esfuerzos de Jóvenes Sobrevivientes por Obtener Justicia en Ecuador. Nueva York.

Hurtado, F. y Velasco, M. (2020). La pandemia en Ecuador: desigualdades, impactos y desafíos., Quito.

INCLUSION, UNICEF. (2020). El choque COVID-19 en la pobreza, desigualdad y clases sociales en el Ecuador: una mirada a los hogares con niños, niñas y adolescentes. Quito.

INEC. (2019a). Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres (ENVIGMU). Quito.

INEC. (2019b). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018: Principales Resultados. Quito.

INEC. (2021a). Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU) 2021. Quito.

INEC. (2021b). Indicadores de Tecnología de la Información y la Comunicación: Encuesta Nacional Multi Propósito de Hogares. Quito.

INEC. (2022a). Reportes de la ENSANUT 2018. Volumen 2: Desarrollo Infantil. Quito.
INEC. (2022b). Reportes de la ENSANUT 2018. Volumen 1: Salud de la Niñez en el Ecuador. Quito.

León, M. (2017). Protección Social de la Niñez en el Ecuador. Santiago.

Lozano, E. (2020). Análisis de la Implicación de las Familias en la Educación de sus Hijos/as durante la Emergencia Sanitaria generada por el COVID-19. Quito.

Mideroa, A. y Fernández, M. (2021). El bienestar como tarea pendiente en el Ecuador: Hacia nuevos pactos para garantizar la protección social universal. Quito.

MIES (2020). Análisis de la Problemática de la Mendicidad en Ecuador. Quito.

MSP, MIES, MINEDUC, MINJUS, UNFPA. (2018). Política Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes. Quito.

OBSERVATORIO SOCIAL DEL ECUADOR. (2019). Situación de la Niñez y la Adolescencia en Ecuador: una Mirada a Través de los ODS. Quito.

OCDE. (2020). Impacto Social del COVID-19 en Ecuador: Desafíos y Respuestas. Quito.

OIT. (2021). Ecuador. Panorama de la Protección Social: Gobernanza, Cobertura y Sostenibilidad. Lima.

OPS. (2022). Vacunación contra la COVID-19 en la región de las Américas. Obtenido de: https://ais.paho.org/imm/IM_DosisAdmin-Vacunacion-es.asp

OPS. (2022a). Cobertura vacunal en las Américas. Obtenido de: https://ais.paho.org/imm/IM_JRF_COVERAGE.asp

Parlamento Andino. (2022). Principales Medidas Adoptadas por el Gobierno Ecuatoriano frente a la Emergencia provocada por la COVID- 19. Quito.

PNUD, CAF, SIDA, IDB, OEI. (2021). LATINOBAROMETRO. Obtenido de: https://www.latinobarometro.org/lat.jsp

Rodrigues, B. (2018). Sistema de protección de la niñez y la adolescencia: un análisis de situación en el Ecuador. Quito.

SECRETARIA TÉCNICA ECUADOR CRECE SIN DESNUTRICION INFANTIL. (2020). Plan Estratégico Institucional 2021–2025. Dirección de Planificación y Gestión Estratégica. Quito.

UNFPA. (2020). Consecuencias Socioeconómicas del Embarazo en la Adolescencia en Ecuador. Quito.

UNICEF. (2021). Efectos del COVID-19 en el Bienestar de los Hogares de Ecuador. Quito.

UNICEF. (2022). Los efectos del COVID-19 en el bienestar de los hogares de Ecuador: Resultados 2020–2022. Quito.

UNICEF. (2022a). Desnutrición crónica infantil. Uno de los mayores problemas de salud pública en el Ecuador. Obtenido de: https://www.unicef.org/ecuador/desnutrici%C3%B3n-cr%C3%B3nica-infantil

PERÚ

La sindemia asociada a COVID-19 y los derechos de niñas, niños y adolescentes en Latinoamérica

María del Carmen Calle Dávila

Secretaria ejecutiva
Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue
Sociedad Peruana de Pediatría. Capítulo de Pediatría Social
Sociedad Peruana de Adolescencia y Juventud

Bertha Luz Pineda Restrepo

Coordinadora cambio climático y desigualdades
Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue

Lima, segundo semestre 2022

TABLA DE CONTENIDO

1. Introducción 324

1.1 Breve historia del Perú 324
1.2 Crecimiento económico previo a la pandemia 328

2. Pandemia COVID-19 330

2.1 Situación epidemiológica 330
2.2 Caracterización general de la estrategia antipandemia 333
2.3 Caracterización general de la opinión pública 336

3. Marco socioeconómico 338

3.1 Impacto de la pandemia en la pobreza y la desigualdad 338
3.2 Estimaciones de orfandad 342
3.3 Caracterización general de los sistemas de protección social 344
3.4 Gasto social 349

4. Derecho a la salud 352

4.1 El sistema de salud peruano 353
4.2 Cobertura de vacunación 355
4.3 Problemáticas prioritarias 359

5. Derecho a la alimentación 364

5.1 Desnutrición aguda o emaciación 364
5.2 Desnutrición crónica 366
5.3 Sobrepeso y obesidad 368
5.4 Anemia 369
5.5 Inseguridad alimentaria 369

6. Derecho al desarrollo 371

6.1 Desarrollo infantil temprano 372
6.2 Acceso a la educación de calidad 373
6.3 Conectividad y uso de TIC 375

7. Derecho a la protección 377

7.1 Violencia física, psicológica y sexual 377
7.2 Explotación laboral 377
7.3 Explotación sexual y comercial 377

8. Derecho a la participación 378

9. Conclusiones y recomendaciones 381

10. Referencias 385

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Indicadores seleccionados sobre COVID-19 al 26 de septiembre 2022 330
Tabla 2. Casos positivos de COVID-19, según etapa de vida Perú 2020-2022 332
Tabla 3. Letalidad por COVID-19 333
Tabla 4. Incidencia de la pobreza extrema (porcentaje) 339
Tabla 5. Niñas, niños y adolescentes en situación de pobreza monetaria por área de residencia, lengua materna y grupos de edad entre 2019 y 2020 (porcentaje) 340
Tabla 6. Proporción de población de 14 a más años de edad con seguro de pensión 346
Tabla 7. Gasto social global en seis países de Suramérica (2019-2020) 349
Tabla 8. Gasto social en seis países de Suramérica (2019-2020) por funciones del gasto 349
Tabla 9. Avances en la vacunación contra el COVID-19 356
Tabla 10. Porcentaje de niñas y niños menores de 36 meses de edad que han recibido vacuna 358
Tabla 11. Tasa de muertes por suicidio en población general y población de 10 a 17 años de edad, Perú 2017-2021 361
Tabla 12. Proporción de desnutrición crónica y aguda en niñas/os menores de 5 años que acuden a establecimientos de salud 366
Tabla 13. Niñas y niños menores de cinco años de edad con desnutrición crónica 367
Tabla 14. Sobrepeso y obesidad en niñas y niños menores de 5 años 368
Tabla 15. Niñas y niños menores de 5 años con anemia 369
Tabla 16. Algunos indicadores de seguridad alimentaria y nutricional en el Perú 370
Tabla 17. Desarrollo infantil temprano porcentaje – 2019 372
Tabla 18. Tasa neta de asistencia a educación 373
Tabla 19. Conformación de CCONNA. Julio 2022 380

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Evolución de la incidencia de la pobreza monetaria total, 2007-2018 328
Gráfico 2. Mortalidad neonatal, 2011 y 2018 (Tasa) 329
Gráfico 3. Mortalidad infantil (niñas y niños menores de un año), 2011 y 2018 (Tasa) 329
Gráfico 4. Mortalidad en la niñez (niñas y niños menores de 5 años de edad), 2011 y 2018 (Tasa) 329
Gráfico 5. América Latina y el Caribe (33 países): defunciones por COVID-19 por cada 1000 habitantes, entre marzo de 2020-marzo de 2022 331

Gráfico 6. Algunas dimensiones de la pobreza en el Perú, 2021 338
Gráfico 7. Pobreza monetaria, 2012-2021 (porcentaje de la población) 339
Gráfico 8. Pobreza extrema 2012-2021 340
Gráfico 9. Estimación de la pobreza extrema en niñas, niños y adolescentes (2020-2021) 341
Gráfico 10. América Latina (14 países): tasas de pobreza por grupos de edad (en porcentajes) 342
Gráfico 11. Estimaciones de orfandad en el Perú 342
Gráfico 12. América Latina (16 países): distribución de hogares con niños, niñas y adolescentes y con jefe o jefa de hogar, o su cónyuge, en etapa activa, según acceso a la protección social, alrededor de 2018 (en porcentajes) 347
Gráfico 13. América Latina y el Caribe (33 países): gasto total en salud del Gobierno general y composición pública y privada, 2018 (en porcentajes del PIB) 350
Gráfico 14. América Latina y el Caribe (33 países): gasto privado en salud como porcentaje del gasto total en salud, según gasto de bolsillo y otro gasto privado (en porcentajes) 350
Gráfico 15. Sistema de salud peruano 353
Gráfico 16. Vacuna COVID-19 en el Perú 356
Gráfico 17. Adolescentes que son madres o que están embarazadas por primera vez, según edad y nivel de educación, 2013 y 2017-2018 362
Gráfico 18. Embarazo y maternidad de adolescentes de 15 a 19 años de edad 362
Gráfico 19. Evolución de niñas y niños menores de cinco años de edad con desnutrición crónica 367

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Intervenciones de la protección social a niñas, niños y adolescentes en el Perú 345

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Breve historia del Perú

El Imperio incaico o Tahuantinsuyo fue el último Estado autóctono o indígena, hacia el siglo XV con una extensión de dos millones de km², hoy ubicado en los territorios del sur de Colombia, el oeste de Ecuador, Perú, el oeste y centro sur de Bolivia, el norte de Chile y el noroeste de Argentina. Tras el año 1532, el Tahuantinsuyo sucumbió ante la conquista española que lideró Francisco Pizarro, quien encontró al imperio debilitado a causa de una guerra civil iniciada en 1529 entre Huáscar y Atahualpa, los dos hermanos pretendientes al trono imperial.

Hacia 1542, se configuró el dominio español en dicho territorio bajo la forma de un virreinato en el imperio de Carlos I, y empezó la extracción de plata y oro con trabajo forzado de indígenas y de esclavos africanos en minas y haciendas, durante 300 años. Llegada la Independencia del Perú, la que se proclamó formalmente el 28 de julio de 1821 por el general José de San Martín, esta solo se consolidó tres años después en la batalla de Ayacucho, en la que realmente fue derrotado el último virrey, por las tropas de Simón Bolívar; es así que desde 1821 se va fundando una nueva etapa, la época Republicana, con sus diferentes matices.

Tras la Independencia, permaneció como nación autónoma una década, hasta la creación de un proyecto de integración denominado Confederación Peruano-Boliviana, que duró hasta 1839, cuando dicha confederación se fragmentó en los países de Perú y Bolivia. Iniciado el período nacionalista desde 1840, llegó la bonanza del guano[1] que duró hasta 1866, durante los gobiernos de Ramón Castilla y otros civilistas.

Entre 1879-1884 se dio la Guerra del Pacífico, un conflicto armado con Chile, cuyos orígenes se remontan a una larga disputa territorial entre Chile y Bolivia para definir sus fronteras en el desierto de Atacama, y por la disputa de territorios con recursos de guano y salitre. El gobierno civilista entró en crisis con la toma de Lima por los chilenos, que fueron desalojados de la capital con la ayuda de militares y tropas de la sierra. Tras varios gobiernos del general Cáceres, el civilista Nicolás de Piérola reo-

rientó el país, pero con una autonomía disminuida debido a las concesiones internacionales que se hicieron para la reconstrucción tras la guerra. Así, en casi tres décadas de posguerra, se cimentó una política nacionalista que prevaleció hasta la llegada del Oncenio de Leguía (1919 y 1930)[2] .

Avanzado el siglo XX, los sucesivos gobiernos democráticos fueron constantemente interrumpidos por golpes de Estado, y en 1948, tras un corto gobierno democrático llegó el Ochenio de Odría. Tras la década de 1950, familias que buscaban mejores condiciones de vida y educación iniciaron el éxodo rural, desde la sierra hacia las urbes de la costa. Con la llegada de los años sesenta, se dio una crisis política y hacia 1968 se produjo la toma del poder político por parte de las Fuerzas Armadas del Perú, al comando del general Juan Velasco Alvarado, una época en la que se produjo la nacionalización del petróleo y otras fuentes de recursos. Casi una década después, la vuelta a la democracia electoral se hace, esta vez, con el suceso de una nueva carta magna en la que participa la figura política de Raúl Haya de la Torre.

[1] La Era del Guano, también llamada La República del Guano, fue una época de la historia republicana del Perú entre 1845 y 1866, durante la cual la exportación del guano de las islas de la costa transformó la economía y la política nacional. Se considera su inicio con el primer gobierno del general Ramón Castilla.

[2] El Oncenio de Leguía fue la época del gobierno de Augusto B. Leguía en el Perú, entre 1919 y 1930. Leguía ya había sido presidente constitucional entre 1908 y 1912. Su segundo gobierno iniciado en 1919 se prolongaría por once años, ya que, tras sendas reformas constitucionales, se reeligió en 1924 y en 1929. Por eso se le conoce como el oncenio.

Durante la década de 1980, el Perú enfrentó una fuerte crisis económica y social junto con un conflicto armado interno, propiciado por la insurrección del partido comunista revolucionario Sendero Luminoso y el Movimiento Revolucionario Túpac Amaru, de inspiración maoísta y marxista-leninista, que pretendían tomar el poder mediante la lucha armada. Para contrarrestar esta ola de insurrección, llega el gobierno de Alberto Fujimori, y ya en 1992, se desató una crisis constitucional cuando Fujimori disolvió el Congreso de la República y restringió la libertad de prensa. Posteriormente, convocó a la Asamblea Constituyente, que produjo una nueva constitución política promulgada en el año 1993. Fujimori se mantuvo como presidente tras la promulgación de la Constitución y logró ser reelegido en 1995 y, en el año 2000, tras unas cuestionadas elecciones, renunció, a través de un fax, desde Japón donde se refugió. El Congreso no aceptó la renuncia y lo destituyó, inhabilitándolo para ejercer todo cargo político por 10 años.

Los sucesivos gobiernos democráticos, acogieron el modelo de la apertura económica de la globalización y llegaron a mostrar altos índices de crecimiento económico, pero con una débil política social y, condiciones laborales de informalidad y empleo precario, cuyas implicaciones saldrán a la luz al llegar la pandemia del COVID-19. La inestabilidad institucional también ha llamado la atención de los politólogos internacionales, dado que varios presidentes de la última década han sido destituidos [3] .

Desde marzo de 2020, inició la pandemia de COVID-19. En noviembre de ese año, en un segundo intento, el Congreso destituyó a Martín Vizcarra[4]. La sucesión presidencial recayó sobre Manuel Merino, hecho que desencadenó masivas manifestaciones en su contra. En menos de una semana, Merino renunció al cargo. El 17 de noviembre, el Congreso eligió a Francisco Sagasti como nuevo presidente de la República, quien gobernó bajo el autodenominado "gobierno de transición y emergencia" y heredó una crisis política causada por el denominado vacunagate[5] . Sagasti entregó la presidencia (28 de julio de 2021) a su sucesor Pedro Castillo, quien se desempeñó como presidente del Perú hasta el 7 de diciembre de 2022.

Cabe destacar que el Perú es un estado miembro de la Organización de las Naciones Unidas desde el 31 de octubre de 1945, y ha ratificado los principales instrumentos internacionales relacionados con los derechos humanos. En su Constitución Política (Congreso de la República de Perú, 1993) afirma:

[3] Incluido el gobierno de Pedro Castillo, un profesor elegido después de la pandemia, y se esperan elecciones para el 2023.
[4] Martín Vizcarra heredó la debilidad parlamentaria de su predecesor Pedro Kuczynski, quien renunció a la presidencia luego del segundo pedido de vacancia. Sus iniciativas reformistas fueron rechazadas por la oposición. Vizcarra disolvió el Congreso y convocó a elecciones parlamentarias (30 de septiembre de 2019). El nuevo Congreso fue elegido en enero de 2020.
[5] Vacunagate es el término utilizado por los medios de comunicación para referirse al escándalo por las inoculaciones irregulares de 487 personas (principalmente altos funcionarios del Poder Ejecutivo del Perú) contra el COVID-19, que inició el 10 de febrero de 2021.

> Artículo 4.- La comunidad y el Estado protegen especialmente al niño, al adolescente, a la madre y al anciano [...] Artículo 6.- Política Nacional de Población. La política nacional de población tiene como objetivo difundir y promover la paternidad y maternidad responsables. Reconoce el derecho de las familias y de las personas a decidir. En tal sentido, el Estado asegura los programas de educación y la información adecuados y el acceso a los medios, que no afecten la vida o la salud. (p. 19)

El Perú ha experimentado importantes avances normativos, en la aprobación de instrumentos de políticas y de servicios en los últimos años a favor de la infancia y la adolescencia, por ejemplo, la Convención sobre los Derechos del Niño en el año 1990. Asimismo, se han creado y fortalecido servicios con la finalidad de proteger sus derechos, entre otros, las Unidades de Protección Especial, las Defensorías Municipales de las Niñas, Niños y Adolescentes, los juzgados, fiscalías, policías y defensores públicos especializados en materia de niñez y adolescencia (MIMP, 2021, p. 6).

En materia de instrumentos de política, en el Perú se han aprobado, entre otros, cuatro planes nacionales de Acción por la Infancia y Adolescencia (1992-1995; 1996-2000; 2002-2010; 2012-2021) que han orientado la gestión a favor de dicha población.

En 2021 se aprobó la Política Nacional Multisectorial para las Niñas, Niños y Adolescentes al 2030 (MIMP, 2021)[6] , de obligatorio cumplimiento para todos los niveles de gobierno. Dicha Política tiene como eje abordar las limitaciones que tienen las niñas, niños y adolescentes (NNA) para el ejercicio de sus derechos. Se propone los siguientes objetivos:

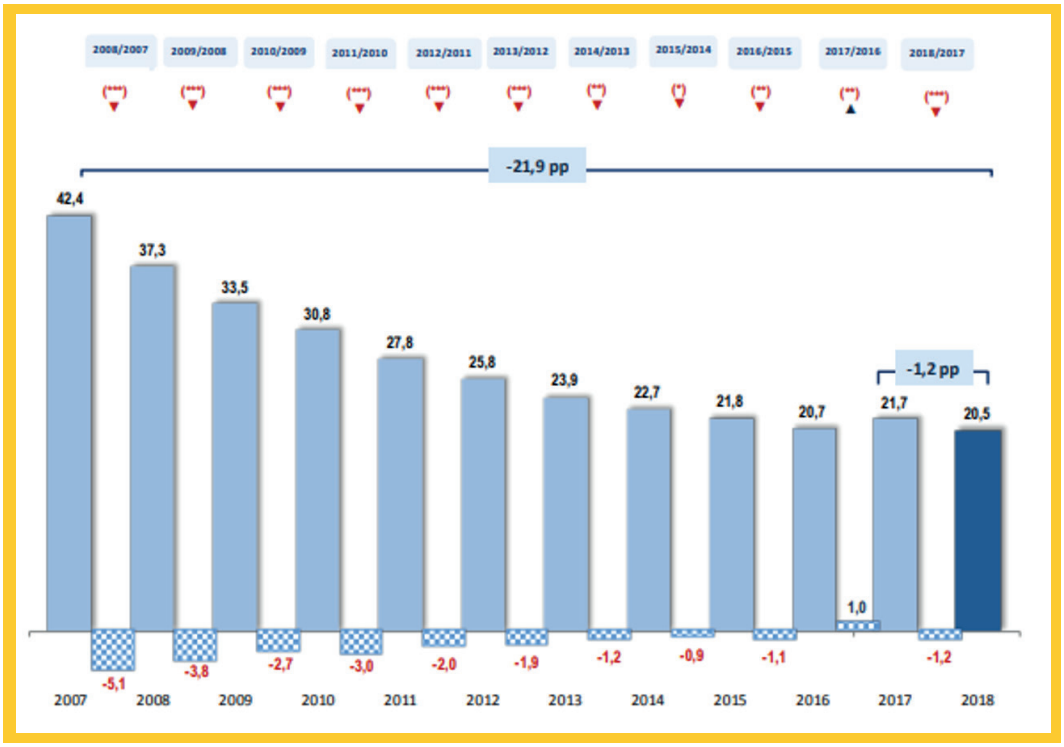
- Mejorar las condiciones de vida saludables de NNA.
- Fortalecer el desarrollo de la autonomía de NNA.
- Disminuir el riesgo de desprotección de las NNA.
- Fortalecer la participación de NNA en los distintos espacios de decisión de su vida diaria.
- Optimizar la gobernanza vinculado al ejercicio de NNA.

[6] Véase el Decreto Supremo que aprueba la Política Nacional Multisectorial para las Niñas, Niños y Adolescentes al 2030. Disponible en: https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-aprueba-la-politica-nacional-multisector-decreto-supremo-no-008-2021-mimp-1966624-1/

1.2 Crecimiento económico previo a la pandemia

El Perú es considerado uno de los diecisiete países megadiversos del mundo, con una gran variedad de ecosistemas, de flora y fauna, así como materias primas. Además, se caracteriza por una cultura diversa como resultado del intenso mestizaje originado en la época de la Colonia. A ello se une la influencia de migraciones procedentes de Japón, China, Europa y Suramérica. El país, experimentó a principios del siglo XXI un importante crecimiento económico[7] , reducción de la pobreza, mejora en diversos indicadores sociales y económicos. Se muestra como ejemplo algunos datos:

Gráfico 1. Evolución de la incidencia de la pobreza monetaria total, 2007-2018. Porcentaje respecto del total de población

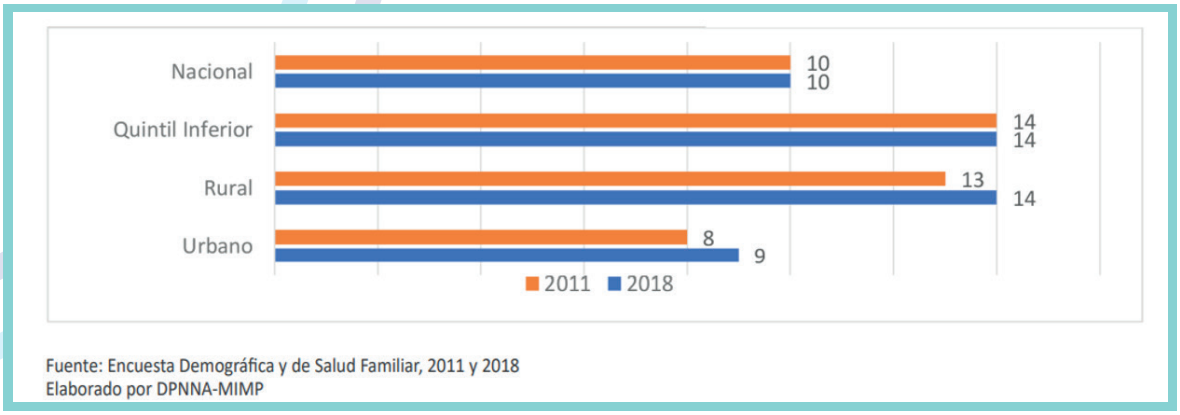


Fuente: INEI. (2019). Evolución de la pobreza monetaria 2007-2018. Informe técnico (p. 40).

Como puede verse en el Gráfico 1 la incidencia de la pobreza monetaria pasó de 42.4 % en 2007 a 20.5 % en el 2018. La incidencia de la pobreza extrema también se redujo de 11.2 % en 2007 a 2.8 % en el 2018 (INEI, 2019). La disminución de la pobreza posibilita la mejora en indicadores de la salud, como ejemplo se muestran los Gráficos 2, 3 y 4.

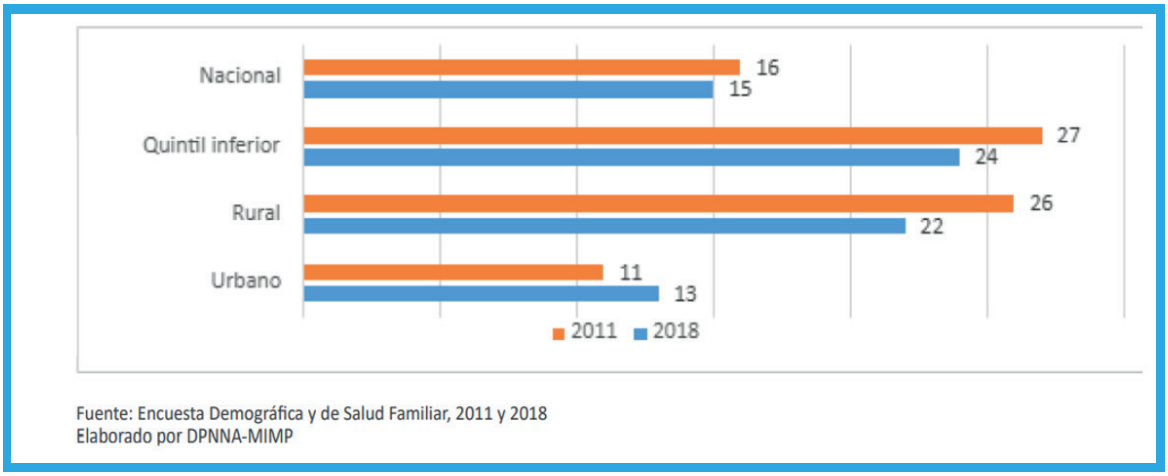
[7] La Política se encuentra disponible en el siguiente enlace: https://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/pnaia/pdf/PNMNNA-2030.pdf Entre sus principales actividades económicas se incluyen la agricultura, la minería, la pesca, el turismo, la construcción y el comercio.

Gráfico 2. Mortalidad neonatal, 2011 y 2018 (Tasa)



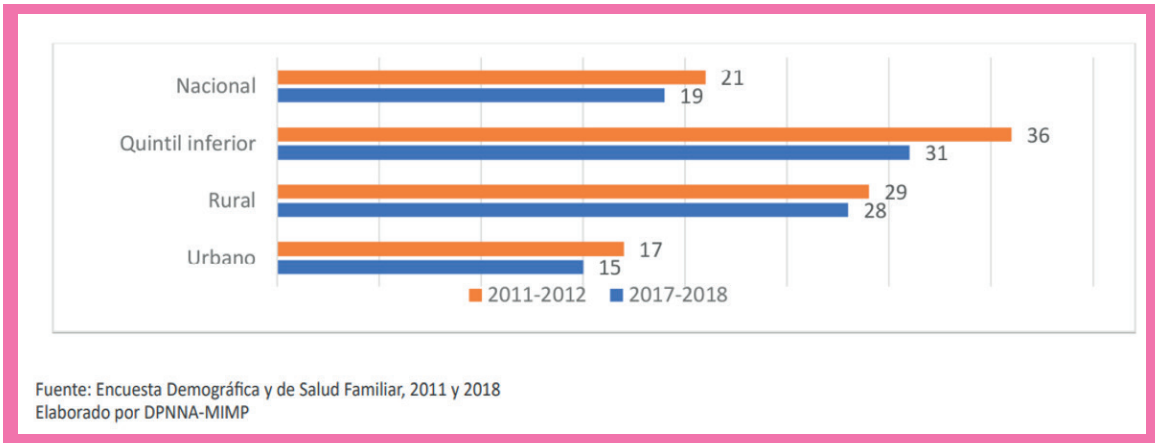
Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2011 y 2018
Elaborado por DPNNA-MIMP

Gráfico 3. Mortalidad infantil (niñas y niños menores de un año), 2011 y 2018 (Tasa)



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2011 y 2018
Elaborado por DPNNA-MIMP

Gráfico 4. Mortalidad en la niñez (niñas y niños menores de 5 años de edad), 2011 y 2018 (Tasa)



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2011 y 2018
Elaborado por DPNNA-MIMP

Las tasas de mortalidad neonatal (niños y niñas menores de 28 días), mortalidad infantil y de niñez (menores de un año y de cinco años) muestran una reducción a nivel de quintil y contexto rural (MIMP, 2021, pp. 52-54).

2. PANDEMIA COVID-19

2.1 Situación epidemiológica

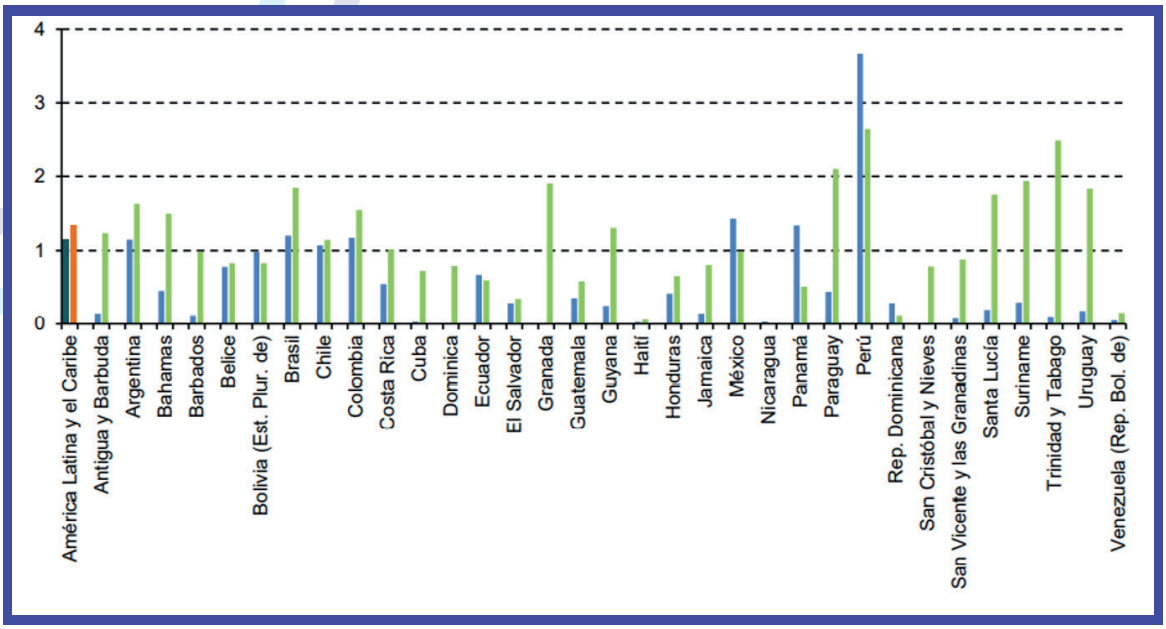
Tabla 1. Indicadores seleccionados sobre COVID-19 al 26 de septiembre 2022

Países	Casos totales	Muertes totales	Total casos / 1 millón de habitantes	Muertes / 1 millón de habitantes
Mundo	620.347.023	6.540.542	78.795	831
Argentina	9.708.420	129.897	210.504	2.817
Chile	4.620.377	61.141	240.017	3.176
Colombia	6.307.372	141.794	122.443	2.753
Ecuador	1.003.778	35.894	55.416	1.982
Perú	4.143.869	216.548	123.021	6.429
Uruguay	984.152	7.473	281.142	2.135
Total:	**26.767.968**	**592.747**	**105.435**	**2.875**

Fuente: COVID Live. Estadísticas de coronavirus (Worldometer, 2022).

Desde la identificación del primer caso de COVID-19 al 26 de septiembre de 2022, se han reportado 620 347 023 casos y 6 540 542 fallecidos en el mundo. En los seis países del proyecto se contabilizan 26 767 968 de casos acumulados y 592 747 personas fallecidas. En el Perú se han presentación 4 143 869 casos de COVID-19. No obstante, en términos comparativos, estos indicadores de síntesis muestran la magnitud de la pandemia en el Perú, ya que la tasa de letalidad promedio en el mundo es de 831 muertes por millón de habitantes, mientras que la del Perú (6429) es casi ocho veces superior.

Gráfico 5. América Latina y el Caribe (33 países): defunciones por COVID-19 por cada 1000 habitantes, entre marzo de 2020-marzo de 2022



Fuente: Marinho & Castillo, (2022). Los impactos de la pandemia sobre la salud y el bienestar de niños y niñas en América Latina y el Caribe: la urgencia de avanzar hacia sistemas de protección social sensibles a los derechos de la niñez. (Marinho & Castillo, 2022, p. 16).

Un análisis realizado por UNICEF (2021) en 87 países revela que las niñas, los niños y los adolescentes representan un 11 % del total de infecciones por COVID-19. En el Perú, los menores de 17 años han sido menos afectados directamente por la pandemia COVID-19 (301 017 casos y 1474 fallecidos al 30 de septiembre de 2022).

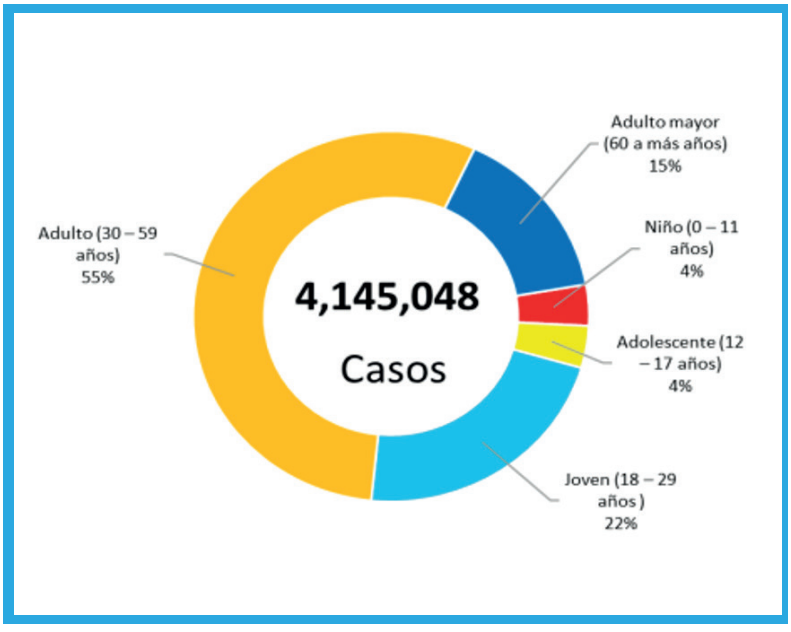
Más allá de las cifras, la muerte de una niña, un niño o un/a adolescente es una tragedia para cada familia y la sociedad completa. Además, los efectos indirectos de la sindemia afectan la garantía de sus derechos, como se verá en el presente informe.

A continuación, se presentan tablas y gráficos que ilustran la situación epidemiológica del COVID-19, al 30 de septiembre de 2022, a partir de la información del Ministerio de Salud (MINSA) y el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC).

Tabla 2. Casos positivos de COVID-19, según etapa de vida Perú 2020-2022

Etapa de vida	N°	Tasa de ataque	Razón de tasas
Niño (0-11 años)	148 384	2.29	0.16
Adolescente (12-17 años)	152 633	4.92	0.34
Joven (18-29 años)	916 628	14.28	1.00
Adulto (30-59 años)	2 293 499	18.36	1.29
Adulto mayor (60 o más años)	633 904	15.31	1.07
Total	4 145 048	12.17	-

Fuente: MINSA y CDC. (2022). Situación Actual COVID-19. Setiembre de 2022.



Fuente: MINSA y CDC. 2022. Situación Actual COVID-19. Setiembre de 2022.

Tabla 3. Letalidad por COVID-19

LETALIDAD POR COVID-19 SEGÚN OLA Y ETAPAS DE VIDA

Primera Ola

Marzo - Octubre 2020

Etapa de vida	Defunciones	Confirmados	Letalidad (%)
Niño (0 – 11 años)	437	35 797	1,22
Adolescente (12 – 17 años)	148	27 020	0,55
Joven (18 – 29 años)	1 135	190 714	0,60
Adulto (30 – 59 años)	23 957	560 580	4,27
Adulto mayor (60 a más años)	62 157	170 742	36,40
Total	87 834	984 853	8,92

Segunda Ola

Del 01 de noviembre 2020 al 23 de octubre 2021

Etapa de vida	Defunciones	Confirmados	Letalidad (%)
Niño (0 – 11 años)	373	28 819	1,29
Adolescente (12 – 17 años)	187	43 014	0,43
Joven (18 – 29 años)	1 359	268 419	0,51
Adulto (30 – 59 años)	34 194	706 893	4,84
Adulto mayor (60 a más años)	77 223	211 603	36,49
Total	113 336	1 258 748	9,00

Tercera Ola

Del 24 de octubre 2021 al 30 de abril 2022

Etapa de vida	Defunciones	Confirmados	Letalidad (%)
Niño (0 – 11 años)	157	58 158	0,27
Adolescente (12 – 17 años)	57	48 327	0,12
Joven (18 – 29 años)	258	350 649	0,07
Adulto (30 – 59 años)	2 075	724 746	0,29
Adulto mayor (60 a más años)	9 147	159 627	5,73
Total	11 694	1 341 507	0,87

Cuarta Ola

Del 01 de mayo 2022 a la fecha

Etapa de vida	Defunciones	Confirmados	Letalidad (%)
Niño (0 – 11 años)	84	25 610	0,33
Adolescente (12 – 17 años)	31	34 272	0,09
Joven (18 – 29 años)	104	106 846	0,10
Adulto (30 – 59 años)	645	301 280	0,21
Adulto mayor (60 a más años)	2 850	91 932	3,10
Total	3 714	559 940	0,66

Fuente: MINSA y CDC. (2022). Situación Actual COVID-19. Setiembre de 2022.

▸▸ 2.2 Caracterización general de la estrategia antipandemia

Frente a la pandemia COVID-19 el gobierno peruano aprobó el "Plan Nacional de Preparación y Respuesta frente al riesgo de introducción del Coronavirus" (MINSA, 2020) con el fin de fortalecer los sistemas de vigilancia, contención y respuesta.

El primer caso de la pandemia de COVID-19 en Perú fue anunciado el 6 de marzo de 2020. El 11 de marzo, el Gobierno declaró oficialmente la emergencia sanitaria a nivel nacional por el plazo de noventa días calendario y dictó medidas de prevención y control del COVID-19 (El Peruano)[8] . El 15 de marzo y en una rueda de prensa, el Gobierno decretó el estado de emergencia y cuarentena a nivel nacional. Las princi-

[8]Decreto Supremo que declara en Emergencia Sanitaria a nivel nacional por el plazo de noventa (90) días calendario y dicta medidas de prevención y control del COVID-19. Disponible en: https://busquedas.elperuano.pe/download/url/decreto-supremo-que-declara-en-emergencia-sanitaria-a-nivel-decreto-supremo-n-008-2020-sa-1863981-2
La misma que fue prorrogada por los Decretos Supremos N.º 020-2020-SA, N.º 027-2020-SA y otros. Véase: https://busquedas.elperuano.pe/download/url/decreto-supremo-que-declara-estado-de-emergencia-nacional-po-decreto-supremo-n-184-2020-pcm-1907451-1

pales medidas fueron cierre total de las fronteras, la suspensión del transporte internacional de pasajeros y el aislamiento obligatorio a toda la población[9] . Se asignó a las fuerzas armadas y a la policía, la responsabilidad de garantizar el cumplimiento de las medidas anunciadas y de prevención de los contagios (uso de mascarilla, distanciamiento físico, entre otras).

El gobierno tomó decisiones referente a la habilitación de establecimientos de salud (Hospital de Ate, la Villa Panamericana y otros), la creación del Comando de Emergencia COVID-19, la entrega de la bonificación para el personal de salud, entre otras medidas para la prevención y control de la pandemia.

- Colapso hospitalario

Con el pasar del tiempo el aumento de contagios se expandió en todo el territorio nacional. El 7 de abril, las autoridades gubernamentales y de salud reconocieron la deficiencia de camas para cuidados intensivos (UCI) y advirtieron que las próximas semanas serían muy críticas para el sistema de salud. Se sumó a este problema la poca cantidad y calidad de los ventiladores mecánicos. El estado de emergencia fue recurrente y se extendió en respuesta al aumento de casos. Con la disminución del colapso hospitalario, la cuarentena general fue cambiada por un "aislamiento social focalizado" y la flexibilización de la inmovilización social obligatoria para menores de 14 y mayores de 65 años, y personas con comorbilidades.

- Reactivación económica

El 3 de mayo de 2020, se publicó el Decreto Supremo N° 080-2020-PCM[10] , que oficializó la reanudación de las actividades económicas de manera gradual en cuatro fases. El 22 de octubre de 2020, el Gobierno peruano anunció el fin de la cuarentena en todo el país debido a una reducción en el número de casos COVID-19. Sin embargo, continuó el toque de queda y la prohibición de circular a los vehículos particulares los domingos. Otra medida anunciada fue la apertura progresiva de las fronteras terrestres y el transporte aéreo (Colombia, Ecuador, Panamá, Paraguay, Uruguay, Bolivia y Chile), para lo cual se incorporaron protocolos de seguridad y se solicitó de forma obligatoria el uso de pruebas PCR.

[9]Con algunas restricciones, se mantuvieron abiertos los servicios comerciales, de banca, abastecimiento de alimentos y medicinas, servicios de agua, saneamiento, energía eléctrica, gas, combustible, telecomunicaciones, limpieza, recojo de residuos sólidos y servicios funerarios.
[10] Disponible en: https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-aprueba-la-reanudacion-de-actividades-ec-decreto-supremo-n-080-2020-pcm-1865987-1/

- Subsidios y transferencias

El 16 de marzo de 2020, día que entró en vigor el Estado de Emergencia, el Gobierno tomó la decisión de realizar un subsidio de 380 soles (100 dólares aproximadamente) para las familias más pobres, durante los primeros 15 días. En abril se aplicó un segundo y luego un tercer bono y el Bono Familiar Universal de 760 soles.

El 20 de marzo, el gobierno creó el "Fondo de Apoyo Empresarial a la pequeña y mediana empresa" con el objetivo de garantizar créditos, reestructurar y refinanciar sus deudas. Las transferencias en especie implementadas fueron muy importantes para niñas, niños y adolescentes y sus familias, en especial los programas de entrega de alimentos. Esto debido a que el cierre de las escuelas ocasionó interrupciones en las entregas de desayunos y almuerzos. Además, se implementaron medidas que permitieron darle continuidad a la distribución de alimentación escolar, frecuentemente a través de la entrega de canastas de alimentos (Marinho & Castillo, 2022, p. 16).

- Segunda ola a inicios de 2021

El 27 de enero de 2021, el Gobierno decidió establecer una cuarentena a nivel nacional ante el incremento de contagios y muertes por COVID-19. La cuarentena se clasificó en cuatro niveles de riesgo. Las autoridades advirtieron a la población que la segunda ola de contagios tenía un comportamiento más agresivo que la inicial. En la segunda ola, la ocupación de las camas UCI llegó a su límite y se formaron largas colas para la obtención de oxígeno medicinal.

- Tercera y cuarta ola en el 2022

El 4 de enero de 2022, el Ministerio de Salud oficializó el inicio de la tercera ola en el país, la cual alcanzó picos muy superiores de contagios en comparación de las dos anteriores. Esta ola se asoció a la llegada de otras variantes, especialmente ómicron. A partir de mayo inició la cuarta ola.

En conclusión, respecto a las estrategias contra la pandemia, las medidas en el Perú tuvieron las características ya mencionadas, y aunque un gran porcentaje del gasto social (12 % del PIB) fue adjudicado para afrontar el riesgo colectivo de la pandemia COVID-19, ante los problemas preexistentes resultó insuficiente dicho gasto social. La concentración de población en la capital haría de la aglomeración un problema difícil de sortear, lo que además generó, como reacción, un retorno de población

migrante hacia el campo, a sus lugares de origen, amplificando las formas de contagio a zonas que habían permanecido con bajos indicadores de contagio y letalidad.

- Niñas, niños y adolescentes

Como se afirma en el estudio Respuesta con enfoque de derechos de la niñez frente a la pandemia por COVID-19 en Chile, Colombia y Perú (González et al., 2021), se elaboraron documentos normativos y estrategias para disminuir o mitigar el impacto sobre la salud física de niñas, niños y adolescentes (cierre de las escuelas y aislamiento), y se dispusieron franjas horarias en las cuales podían salir a espacios abiertos durante la cuarentena. También se produjeron diversos materiales (la Guía técnica para cuidado de la salud mental, con capítulos específicos de NNA, entre otros), así como estrategias de apoyo socioemocional de NNA y sus familias.

En conclusión, a pesar de que las niñas, los niños y adolescentes no han sido un grupo de la población particularmente vulnerable al virus, las medidas de salud pública que se implementaron como respuesta a la pandemia (confinamientos, restricción de movilidad, suspensión de prestación de servicios de salud, de cuidado infantil y de educación y reorientación de servicios sanitarios) han tenido efectos en la posibilidad que NNA accedan a programas de alimentación y vacunación rutinarios, a controles de salud y monitoreo alimentario-nutricional, diagnósticos y derivaciones oportunas. De igual manera, han restringido la posibilidad que puedan jugar con pares o de manera libre, se ha transformado dramáticamente la cotidianeidad de la niñez e impactado en sus vínculos, exponiéndolos a padecer adversidades tempranas, que se asocian a deficiencias posteriores en el aprendizaje, comportamiento, bienestar físico y mental. En este sentido, los efectos multidimensionales de la pandemia sobre el bienestar integral de NNA son enormes (Castillo, 2021).

▸▸ 2.3 Caracterización general de la opinión pública

Luego de que el Gobierno anunciara el estado de emergencia y cuarentena a nivel nacional desde el día 15 de marzo de 2022, a través de las redes sociales se organizó una iniciativa promovida por la Selección Peruana de Fútbol que convocaba a la población a realizar un canto masivo de la canción Contigo Perú.

Se promovieron hashtags «YoMeQuedoEnCasa», «BanderazoPorElPerú» y «ContigoPerú». Además, muchas personas se asomaban desde sus balcones o ventanas de sus hogares para aplaudir, en agradecimiento, a los trabajadores de la salud y se difundió el hashtag «AplausosALosQueEstánAfuera». El 20 de marzo, los titulares de los diarios peruanos amanecieron con el hashtag «YoMeQuedoEnCasa», iniciativa similar en otros países.

Debido a problemas estructurales (pobreza y desigualdad), una limitada apropiación social de la ciencia y dificultades en la gestión de la salud pública, con el pasar de los días, la opinión pública, derivó en la proliferación de miedos, actitudes y comportamientos que dificultaron la gestión de la pandemia, aunado a otros problemas que dificultaron cumplir con las medidas de prevención (quedarse en casa, distanciamiento físico, uso de mascarilla, lavado de manos, ventilación). En menor medida surgieron movimientos antivacunas, y la socialización de formas alternativas poco probadas científicamente para hacer frente al virus. En medio de este barullo de la opinión, las niñas, niños y adolescentes resultaron poco visibilizados.

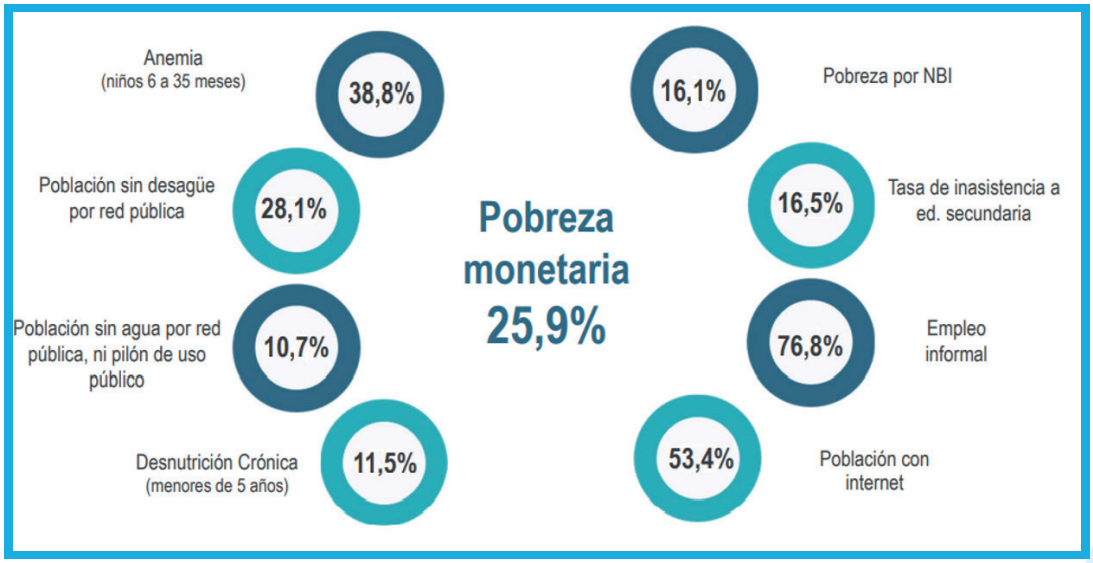
3. MARCO SOCIOECONÓMICO

3.1 Impacto de la pandemia en la pobreza y la desigualdad

La llegada de la pandemia en 2020 agravó indicadores de desigualdad previamente altos (ORAS-CONHU, 2022), así como unos indicadores laborales de trabajo precario e informalidad, cuya sumatoria se tradujo en un cúmulo de determinantes sociales adversos para afrontar un riesgo colectivo. A ello se sumó una serie de deficiencias en equipamiento (escasez de camas de cuidados intensivos, respiradores artificiales, oxígeno y de otras prioridades al comenzar la pandemia).

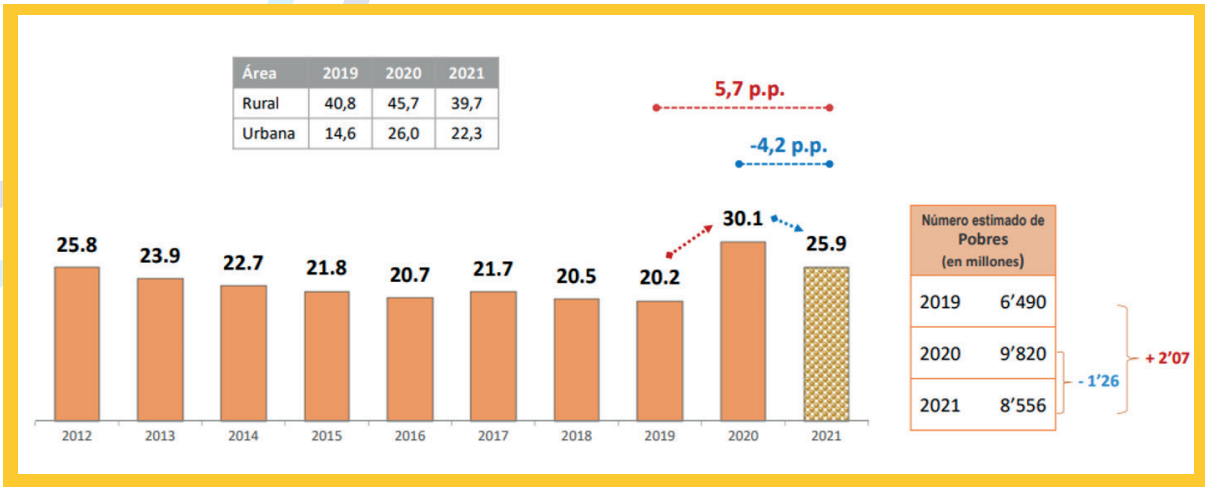
Las medidas tomadas para prevenir y controlar la pandemia, como el aislamiento obligatorio tuvieron impacto social, económico y en la salud. Muchas personas no pudieron salir a trabajar lo que afectó la fuente de recursos, asimismo, se dio la interrupción de la educación presencial y la desvinculación abrupta de los procesos de formación y socialización presenciales. En el Perú, la situación de las niñas, los niños y adolescente cobró dimensiones especiales dado el impacto estructural de la pandemia en toda la sociedad, lo que puede deducirse de los datos que se muestran a continuación.

Gráfico 6. Algunas dimensiones de la pobreza en el Perú, 2021



Fuente: Carhuavilca, D. Diálogos CIES Perú Sostenible. Las Nuevas Cifras de Pobreza 2021. (INEI, 2022).

Gráfico 7. Pobreza monetaria, 2012-2021 (porcentaje de la población)



Fuente: Carhuavilca, D. Diálogos CIES Perú Sostenible. Las Nuevas Cifras de Pobreza 2021. (INEI, 2022).

En cuanto a la dimensión de la pobreza en Perú que venía en tendencia de disminución, en 2019 la cifra de pobreza monetaria de la población general está en 20.2 %, mientras que al 2021 pasa a 25.9 (INEI, 2022). La población en pobreza extrema también aumentó (2.9 % en 2019; 4.1 en 2021).

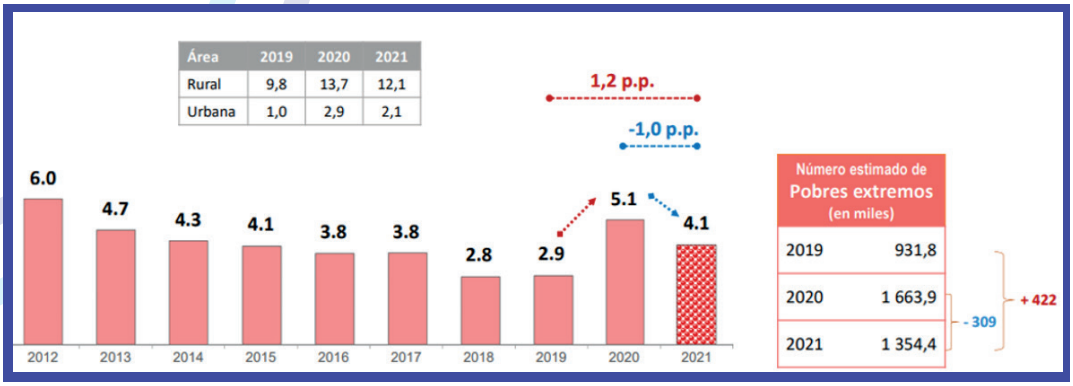
Tabla 4. Incidencia de la pobreza extrema (porcentaje)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
NACIONAL																		
Nacional	16.4	15.8	13.8	11.2	10.9	9.5	7.6	6.3	6.0	4.7	4.3	4.1	3.8	3.8	2.8	2.9	5.1	4.1
ÁREA DE RESISTENCIA																		
Urbano	5.7	5.4	4.0	2.9	2.7	2.0	1.9	1.4	1.4	1.0	1.0	1.0	0.9	1.2	0.8	1.0	2.9	2.1
Rural	41.6	41.0	38.1	32.7	32.4	29.8	23.8	20.5	19.7	16.0	14.6	13.9	13.2	12.8	10.0	9.8	13.7	12.1

Fuente: INEI. (2022). Sistema de Monitoreo y Seguimiento a los indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Estos resultados se explican por problemas y desigualdades preexistentes. En 2019, la desigualdad de ingresos medida por el coeficiente de Gini se expresa en la cifra de 41.6, y a 2021 pasa a 42.4 (Banco Mundial, 2021).

Gráfico 8. Pobreza extrema 2012-2021



Fuente: Carhuavilca, D. Diálogos CIES Perú Sostenible. Las Nuevas Cifras de Pobreza 2021. (INEI, 2022).

Tabla 5. Niñas, niños y adolescentes en situación de pobreza monetaria por área de residencia, lengua materna y grupos de edad entre 2019 y 2020 (porcentaje)

Área	2019 (%)	2020 (%)
Nacional	27.9	39.8
Por área de residencia		
Rural	49.7	55.8
Urbano	21.4	35.2
Por lengua materna		
Lenguas amazónicas	56.8	51.4
Aymara	55	74.8
Quechua	56.1	62.1
Castellano	25.4	38.2
Por grupos de edad		
Primera infancia (0 a 5 años)	30.2	42.1
Niñez (6 a 11 años)	28.3	40.7
Adolescencia (12 a 17 años)	25.7	37.4

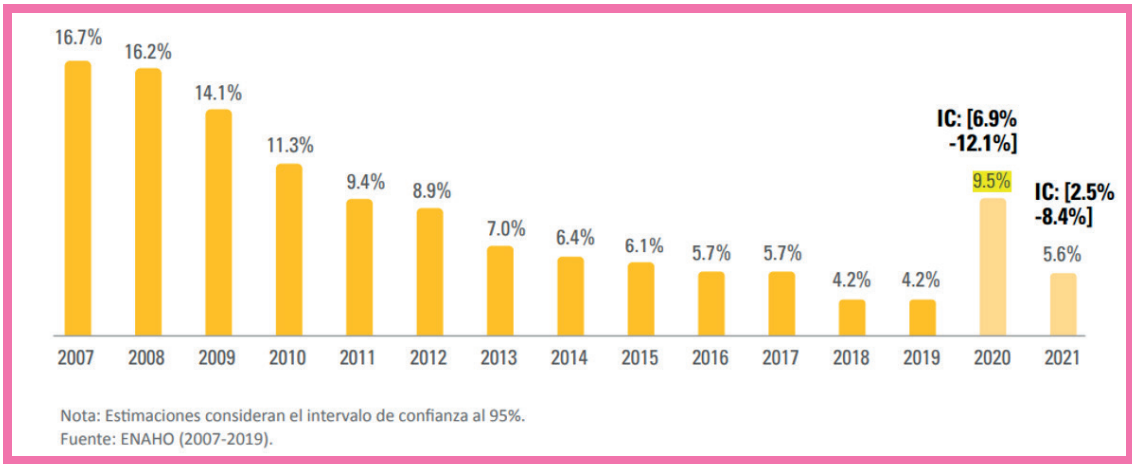
Fuente: MIMP. (2021). Política Nacional Multisectorial para las Niñas, Niños y Adolescentes al 2030. (MIMP, 2021, p. 42).

La situación de pobreza en la población de 0 a 17 años de edad se ubica en 39.8 % para el año 2020. Esto refleja porcentajes más altos de pobreza frente a otros grupos etarios. La diferencia se hace aún más marcada si este indicador se lleva a un plano territorial. En efecto, mientras la población urbana pobre menor de 18 años de edad se sitúa en 35.2 %, el mismo grupo poblacional, en el ámbito rural se multiplica por 1.6 veces y llega a la cifra de 55.8 %. Dicha situación se agrava aún más de acuerdo con su pertenencia étnica. Así, por ejemplo, el 51.4 % de niñas, niños y adolescen-

tes que tienen una lengua amazónica como lengua materna se encuentran en situación de pobreza, cifra 1.3 veces mayor que el porcentaje de NNA de lengua materna castellana (MIMP, 2021, p. 42).

Ciertamente, entre los años 2019 y 2020, la pobreza monetaria de niñas, niños y adolescentes a nivel nacional aumentó en 11.9 puntos porcentuales, a nivel nacional la cifra es de 27.9 en 2019, y pasa a 35.4 en 2021. La pobreza extrema en NNA pasó de 4.2 % en 2019 a 9.5 % en 2020 (UNICEF, 2020).

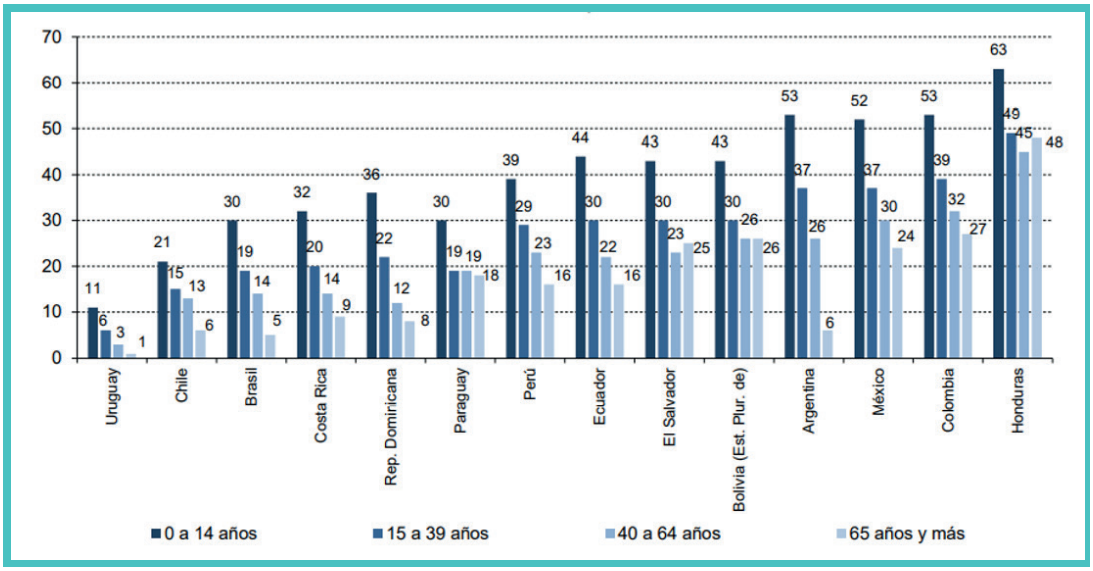
Gráfico 9. Estimación de la pobreza extrema en niñas, niños y adolescentes (2020-2021)



Fuente: UNICEF. (2020). COVID-19: Impacto en la pobreza y desigualdad en niñas, niños y adolescentes en el Perú Estimaciones 2020-2021 (UNICEF, 2020, p. 30).

De acuerdo con el documento de trabajo Caracterización básica del marco situacional en países seleccionados del cono Sur y la región Andina (Rodríguez, 2022), en la comparación regional con datos de 2020, la pobreza en menores de 14 años su ubica en el 39 % en Perú (frente al 53 % en Argentina y Colombia), la de adultos mayores se ubica en el 16 %. Esto muestra que la pobreza en la región y el Perú afecta más a las niñas, niños y adolescentes. Es prioridad avanzar en sistemas de protección social universales, solidarios y sensibles a la infancia.

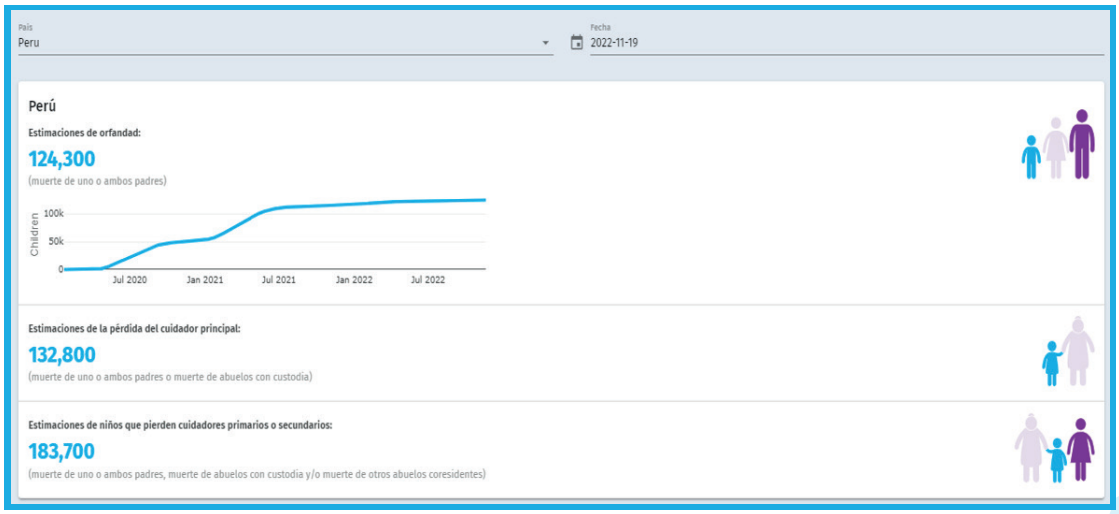
Gráfico 10. América Latina (14 países): tasas de pobreza por grupos de edad (en porcentajes)



Fuente: Marinho & Castillo. (2020). Los impactos de la pandemia sobre la salud y el bienestar de niños y niñas en América Latina y el Caribe: la urgencia de avanzar hacia sistemas de protección social sensibles a los derechos de la niñez.

3.2 Estimaciones de orfandad

Gráfico 11. Estimaciones de orfandad en el Perú



Fuente: Imperial College Londo. (2022). Orfandad COVID-19.

De acuerdo con datos de The Lancet (2021), los países con tasas de mortalidad de cuidadores primarios de al menos 1 por cada 1000 niños son de Perú (10.2 por cada 1000 niños/as), Sudáfrica (5.1), México (3.5), Brasil (2.4), Colombia (2.3), Irán (1.7), Estados Unidos (1.5), Argentina (1.1) y Rusia (1.0). Además, durante este mismo período, otro medio millón de niñas, niños y adolescentes perdieron a un abuelo o una abuela que los cuidaba y que vivía en su propio hogar (Banco Mundial, 2021).

A la fecha (noviembre de 2022), el Imperial College London estima que 183 700 niñas, niños y adolescentes en el Perú pierden cuidadores primarios o secundarios (muerte de padre, madre o ambos, abuelos/as con custodia y/o muerte de otros abuelos corresidentes).

Más allá de la morbilidad y la mortalidad, las pandemias tienen impactos secundarios, como niñas, niños y adolescentes huérfanos o privados de sus cuidadores. Estos NNA a menudo enfrentan consecuencias adversas, como la pobreza, el abuso y la institucionalización. Los impactos a largo plazo incluyen un menor nivel educativo y menores ingresos como adultos. La evidencia de la epidemia del VIH/SIDA muestra que las transferencias de efectivo y la protección social reducen la pobreza y sus efectos asociados (The Lancet, 2021).

En el Perú, mediante decreto de urgencia se aprobó la asistencia económica de 200 soles (USD 55 aproximadamente) mensuales a niñas, niños y adolescentes cuyo padre, madre o ambos hayan fallecido durante la emergencia sanitaria por causa del COVID-19. Este recurso se otorga a través del Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar (INABIF, 2022). Se prioriza a las familias que se encuentran en situación de pobreza y extrema pobreza, según el Padrón General de Hogares del Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH) y que la defunción se encuentre inscrita como tal en el Sistema Informático Nacional de Defunciones (SINADEF).

Cabe destacar que, en abril de 2022, se aprobó la Ley N° 31405 (diario oficial El Peruano, 2022) y el Decreto Supremo N° 007-2022-MIMP, que promueve la protección y desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes que se encuentran en situación de orfandad, autoriza mantener vigente, hasta los 18 años, el otorgamiento de la asistencia económica de 200 soles. También, establece el acompañamiento profesional, crea el Sistema Integrado de Monitoreo y Acompañamiento y la Comisión Multisectorial de Alto Nivel en Materia de Protección de NNA en Situación de Orfandad. Respecto a la grave problemática de orfandad en el Perú, la pandemia COVID-19 incidió en el diseño de políticas públicas, ya que es esencial lograr su implementación y que sean eficaces en la garantía de los derechos de NNA.

3.3 Caracterización general de los sistemas de protección social

Los sistemas de protección social ocupan un lugar destacado en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). En el ODS-1: Fin de la Pobreza, se plantea la meta: implementar sistemas y medidas de protección social apropiados a nivel nacional y garantizar que para 2030 una parte significativa de las personas pobres y vulnerables se beneficien de ellos. (Naciones Unidas, 2015). En este sentido el indicador 1.3.1, propone:

> Proporción de la población cubierta por sistemas o niveles mínimos de protección social, desglosada por sexo, distinguiendo entre los niños, los desempleados, los ancianos, las personas con discapacidad, las mujeres embarazadas, los recién nacidos, las víctimas de accidentes de trabajo, los pobres y los vulnerables. (p. 1)

De acuerdo con la literatura (Rubio, 2017) la protección social tiene cuatro componentes. Esta clasificación debe, necesariamente, considerarse aproximada:

- Las medidas de asistencia social, que cumplen la función de protección o alivio ante la privación, y que típicamente se plasman en programas focalizados.

- La seguridad social, que busca prevenir la privación a través de seguros ante distintos riesgos.
- El acceso a servicios sociales que cumplen la función de promoción de capacidades e ingresos.
- Las medidas transformacionales que atienden la exclusión y promueven la equidad social.

Cuadro 1. Intervenciones de la protección social a niñas, niños y adolescentes en el Perú

Componentes de la protección social	Aspectos para evaluar	Intervenciones específicas para el Perú
Asistencia Social	• Transferencias monetarias (condicionadas o no, pensiones no contributivas a la vejez, pensiones para personas con discapacidad). • Transferencias en especie, como programas de alimentación o suplementos nutricionales. • Programas de empleo público.	• JUNTOS. • Pensión 65. • Pensión de la discapacidad. • Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma. • Programa Complementación Alimentaria Vaso de Leche. • A trabajar Urbano y Rural.
Seguridad Social	• Pensiones contributivas. • Aseguramiento de salud (contributivo). • Seguro de desempleo. • Beneficios por maternidad.	• Pensiones y seguro médico contributivo. • Prestaciones de salud del seguro contributivo para la infancia y adolescencia. • Seguro de desempleo. • Beneficios por maternidad.
Acceso a servicios Sociales	• Servicios de apoyo familiar, sistemas de adopción. • Servicios de cuidado infantil, familiar o comunitario. • Becas, subsidios para la escolaridad. • Atención especializada para asegurar acceso equitativo de servicios (huérfanos/as, niños/as en situación de calle y otros). • Políticas y legislación que aseguren equidad y no discriminación.	• Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar. • Programa Nacional Cuna Más. • Programa No Escolarizado de la Educación Inicial y modalidad preescolar. • Ministerio de Educación (logros de aprendizaje). • Beca 18. • Prestación del Seguro Integral de Salud para la madre, infancia y adolescencia. • Programa de Saneamiento Urbano y Rural. • Yachay.
Medidas para la equidad social y restitución de derechos	• Registro de nacimiento. • Licencias de maternidad o paternidad. • Políticas sobre cuidado infantil. • Programas contra la violencia doméstica. • Programas contra el trabajo infantil. • Otras medidas o programas de restitución de derechos.	• Acceso a la identidad. Registro Nacional de Identificación y Estado Civil. • Política de desarrollo temprano, infancia y adolescencia. • Programa contra la violencia familiar y sexual. • Legislación contra trabajo infantil, Programa Yachay.

Fuente: Rubio, M. (2017). La construcción de un sistema de protección social adecuado a la infancia en el Perú. Oportunidades y retos (p. 19).

Como se afirma en el informe Panorama Social de América Latina (CEPAL, 2021):

> Pese a los esfuerzos realizados en la región durante las últimas dos décadas para expandir la cobertura de protección social, los países están enfrentando la pandemia de COVID-19 con importantes brechas y amplios grupos de la población desprotegidos, lo que pone en evidencia la fragmentación y las desigualdades de sus sistemas de protección social, así como la debilidad histórica del Estado de bienestar en la región. Un elevado porcentaje de la población no está afiliada ni cotiza en los sistemas de pensiones y salud, un fenómeno que se asocia al alto nivel de informalidad laboral. La pandemia COVID-19 encontró a una región que ya mostraba la necesidad de reorientar el diseño de la protección social de cara a los desafíos de construir sistemas plenamente universales. (p. 32)

La pandemia del COVID-19 ha puesto de manifiesto la importancia de los sistemas de protección social para enfrentar los impactos económicos y sociales de la crisis. La región ha sido la más afectada proporcionalmente en número de muertes, y es una de las más impactadas en términos económicos y sociales. Esto se debe a factores estructurales de larga data, como la desigualdad en sus diversas manifestaciones, así como a la debilidad de los sistemas de protección social en términos de su cobertura, aún distante de la universalidad, suficiencia y sostenibilidad financiera (CEPAL, 2022). Por ejemplo, en el Perú, todavía es incipiente la proporción de población con pensión.

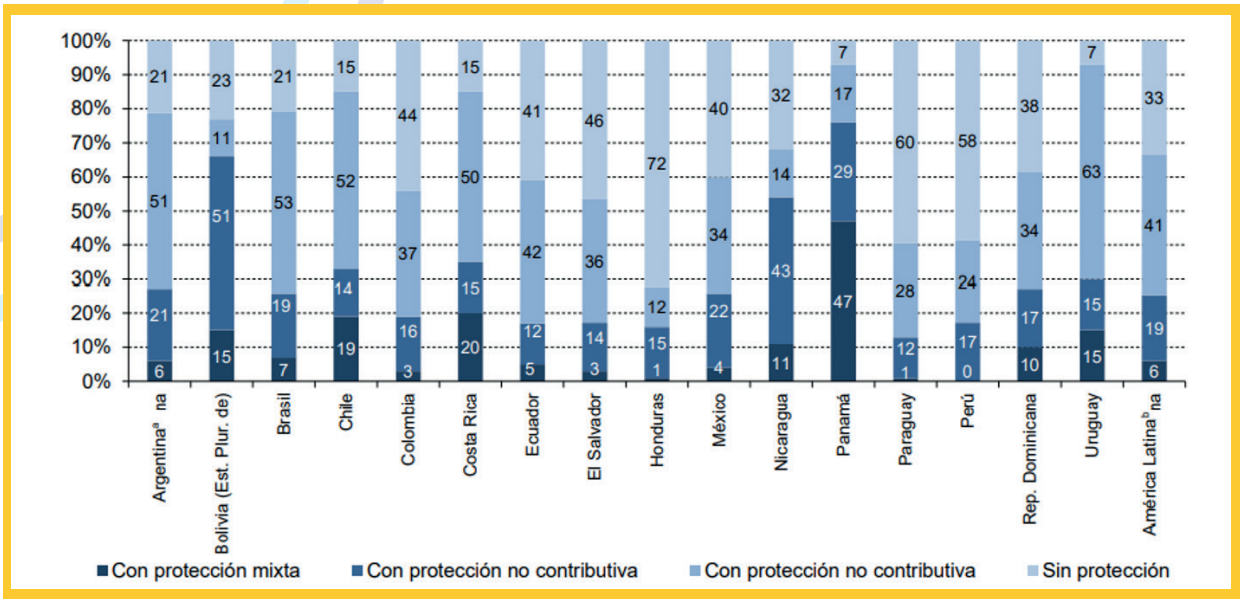
Tabla 6. Proporción de población de 14 a más años de edad con seguro de pensión

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
NACIONAL															
Nacional	22.2	22.9	24.8	25.8	26.3	27.9	27.7	29.2	28.1	28.9	29.9	30.1	30.4	30.6	29.8
METROPOLITANA															
Lima Metropolitana y Prov. Callao	33.8	33.7	35.8	36.6	37.4	39.6	38.6	41.6	40.2	40.2	42.4	42.3	41.5	41.1	39.6
Resto país	16.7	17.8	19.6	20.6	21.0	22.2	22.4	23.1	22.2	23.3	23.7	24.0	24.8	25.2	24.8

Fuente: INEI. (2022). Sistema de monitoreo y seguimiento de los indicadores de los objetivos de desarrollo sostenible.

Acceso, financiamiento y solidaridad, siguen siendo, por tanto, elementos imperativos de ser atendidos en el diseño de los sistemas de protección social. Se requiere de una protección social con un enfoque renovado e integral ante los riesgos ambientales, económicos y sociales (CEPAL, 2022).

Gráfico 12. América Latina (16 países): distribución de hogares con niños, niñas y adolescentes y con jefe o jefa de hogar, o su cónyuge, en etapa activa, según acceso a la protección social, alrededor de 2018 (en porcentajes)



Fuente: CEPAL, UNICEF. (2020). Protección social para familias con niños, niñas y adolescentes en América Latina y el Caribe: un imperativo frente a los impactos del COVID-19.

En el Perú, en 2018, la población sin protección llega al 58 %, esto tiene relación directa con los niveles de informalidad (72.4 en 2018) que aumentó como consecuencia de la pandemia COVID-19:

> En el año móvil abril 2021-marzo 2022, la tasa de empleo informal del país, fue de 76,1 %. En el área urbana la tasa de informalidad alcanzó al 70,6 % y en el área rural, el 95,3 % de la población ocupada es informal. (INEI, 2022, p. 1).

En el informe Los impactos de la pandemia sobre la salud y el bienestar de niños y niñas en América Latina y el Caribe (2022), respecto a la protección social se realiza la siguiente descripción que aplica al contexto peruano:

> La situación en términos de cobertura en protección social previo a la crisis mostraba dificultades y debilidades en materia de protección de los derechos de la niñez. Por una parte, se observaba una subrepresentación de niños, niñas y adolescentes en el pilar contributivo de la protección social, dada la mayor probabilidad que las familias jóvenes y con niños estén ocupadas en el sector informal [...] No obstante, el hecho más alarmante corresponde a que un tercio de los hogares con niños, niñas y adolescentes no están cubiertos por ninguno de los componentes de la protección social y quedan fuera del sistema, dejando a dicha población en una preocupante situación en términos de su bienestar y garantía de sus derechos. (Marinho & Castillo, 2022, p.16)

En conclusión, es primordial fortalecer y consolidar sistemas de protección social universales, integrales, sostenibles y resilientes. Esta es una tarea urgente que requiere enfrentar una nueva estructura de riesgos que se configura a partir de la intersección de los impactos socioeconómicos y la crisis sanitaria ocasionada por la pandemia del COVID-19. Se debe asegurar la solidaridad entre generaciones y garantizar una protección social adecuada para todas las personas, a partir de al menos cuatro ejes (CEPAL, 2022):

1) Políticas tendientes a consolidar una garantía de ingresos adecuados a lo largo del curso de vida.
2) Políticas orientadas a reestructurar ámbitos estratégicos del bienestar, y en particular, el acceso universal a la salud y las pensiones.
3) Políticas de prestaciones familiares con un enfoque de curso de vida y políticas de cuidados.
4) Un pacto social, que dé sustento a estas transformaciones y permita también avanzar en una política de inversión estratégica que combine políticas de inclusión laboral, formación de capacidades y prestaciones de la protección social para el tránsito hacia una economía ambientalmente sostenible.

3.4 Gasto social

Respecto al gasto social (como % del PIB, en USD, por áreas de actuación, etc.) la Tabla 7 compara los datos de 2019 y 2020 y muestra que Perú se ubica entre los países con menores niveles absolutos (medidos en dólares) de gasto social, resulta significativo, también, constatar que al igual que otros países amplió el gasto social durante 2020, para hacer frente a la pandemia.

Tabla 7. Gasto social global en seis países de Suramérica (2019-2020)

Países	Como % del PIB		En dólares constantes de 2010	
	2019	2020	2019	2020
Argentina	13.0	17.2	1.278	1.492
Chile	17.3	20.2	2.584	2.965
Colombia	12.5	15.5	976	1.103
Ecuador	10.5	11.7	534	533
Perú	11.0	13.4	726	792
Uruguay	16.2	16.7	2.578	2.543

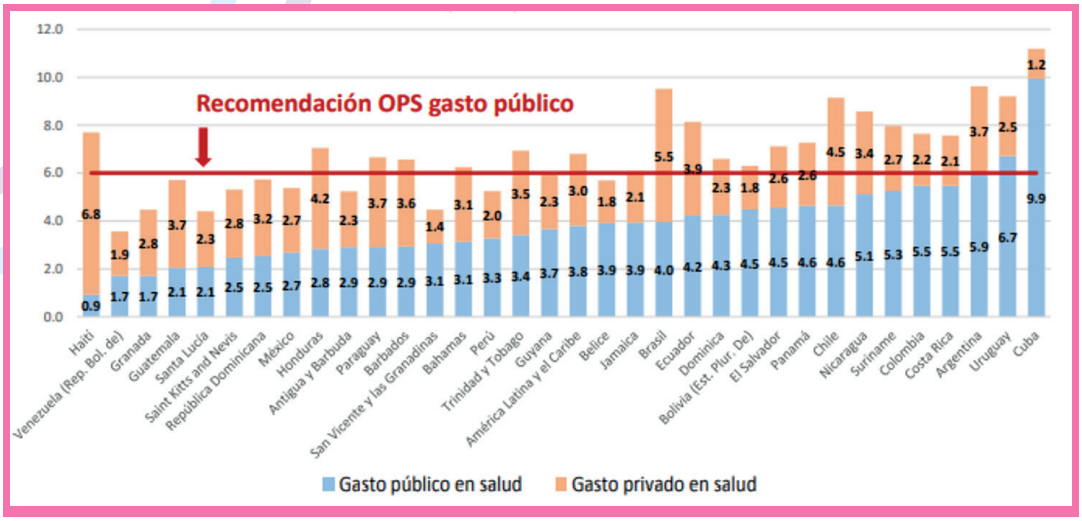
Fuente: CEPAL. (2022). Panorama Social de América Latina 2021. Santiago.

Tabla 8. Gasto social en seis países de Suramérica (2019-2020) por funciones del gasto

Países	Protección Social	Educación	Salud	Vivienda y servicios comunitarios	Recreación, cultura y religión	Protección del medio ambiente
Argentina	83.0	7.0	7.2	2.5	0.0	0.4
Chile	40.2	26.8	29.9	1.7	0.8	0.5
Colombia	48.3	23.5	24.8	2.0	1.0	0.4
Ecuador	34.0	35.7	23.4	4.7	1.2	1.0
Perú	31.4	30.3	25.3	3.5	1.7	7.8
Uruguay	46.0	27.9	21.9	2.9	1.1	0.2

Fuente: CEPAL. (2022). Panorama Social de América Latina 2021. Santiago.

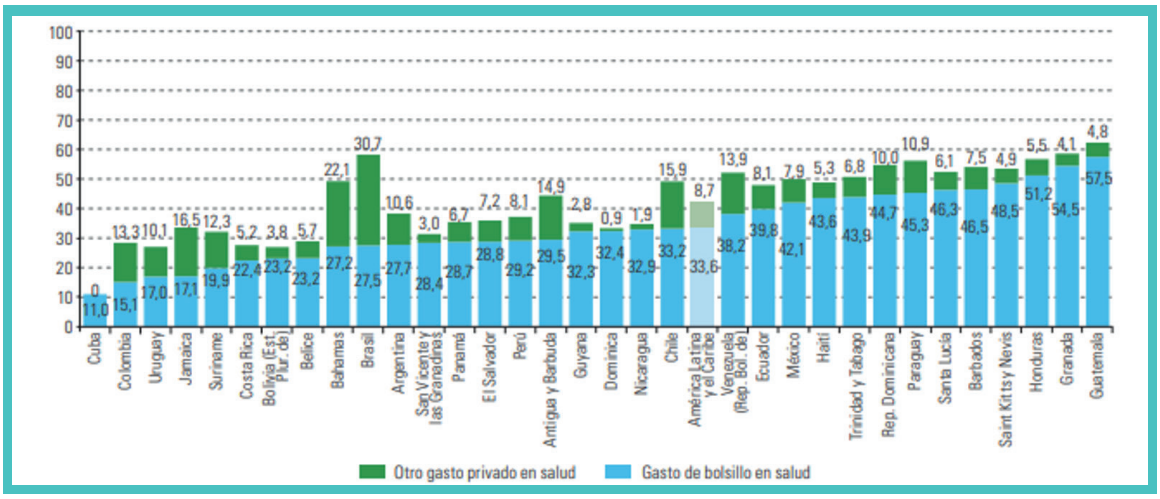
Gráfico 13. América Latina y el Caribe (33 países): gasto total en salud del Gobierno general y composición pública y privada, 2018 (en porcentajes del PIB)



Fuente: CEPAL, sobre la base de la OMS., Global Health Expenditure Database. Disponible en: https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en

En cuanto al gasto social en salud como porcentaje del PIB, el promedio de América Latina es del 4.5 en 2019, y Perú no llega al 3 % (CEPAL, 2021). Cuando los estados gastan tan poco en la salud, se incrementa el gasto privado, dado que los individuos deben comprometer sus ingresos para paliar sus problemas de salud.

Gráfico 14. América Latina y el Caribe (33 países): gasto privado en salud como porcentaje del gasto total en salud, según gasto de bolsillo y otro gasto privado (en porcentajes)



Fuente: CEPAL, sobre la base de la OMS. Global Health Expenditure Database. Disponible en: https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en

En el Perú el gasto de bolsillo en salud asciende a 29.2 en 2021, un puesto intermedio entre los países de América Latina. En términos generales, si al limitado gasto público social se añade el creciente gasto de bolsillo en salud, los ingresos de los habitantes de este país se recortan enormemente. Este es un contexto que afecta la garantía de los derechos de las niñas, los niños y adolescentes.

De esta manera, se concluye que los impactos de la pandemia no solo son desiguales, sino que también reproducen y profundizan desigualdades. La desigualdad actúa como causa y efecto (desigual distribución de los determinantes sociales de la salud incrementa la probabilidad de contagio y muerte por COVID-19). A su vez, el impacto social y económico de la pandemia reproducen y agudizan las desigualdades que existían anteriormente. Ello deja en evidencia la necesidad de reestructurar los sistemas de salud y de protección social, para reducir las desigualdades en salud y el impacto generado por la pandemia.

4. DERECHO A LA SALUD

Respecto al derecho a la salud, el Artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, afirma:

> 1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

> 2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para: a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez [...]. (ONU, 1989, p. 19)

El Objetivo de Desarrollo Sostenible 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, propone un conjunto de metas e indicadores relacionados con los derechos a la salud de niñas, niños y adolescentes. No obstante, la pandemia COVID-19 sigue planteando retos para la salud y el bienestar de las personas en todo el mundo e impide el progreso para alcanzar las metas del Objetivo 3.

De acuerdo con el Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (Naciones Unidas, 2022), a fines de 2021 se registraron interrupciones en los servicios de salud esenciales en el 92 % de los 129 países encuestados. Estas interrupciones se produjeron en todas las áreas principales de la salud, lo que incluye la salud materno-infantil, la inmunización, los programas de salud mental y el tratamiento de enfermedades como el VIH, la hepatitis, la tuberculosis y el paludismo. La evidencia muestra que las niñas, niños y adolescentes se han visto muy afectados. Por ejemplo, en el Perú, el porcentaje de NN que asistieron a controles de nacimiento y desarrollo pasó de 62.1 en 2019 a 34.4 en 2021 (ENDES, 2021).

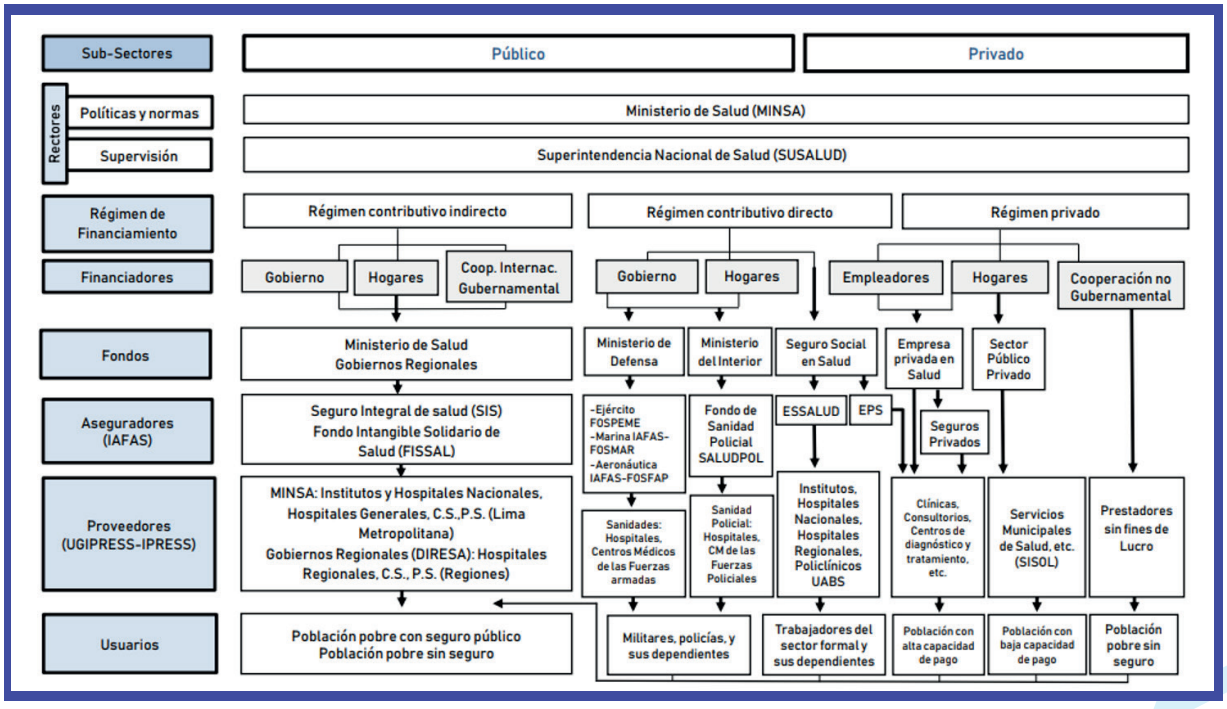
4.1 El sistema de salud peruano

América Latina enfrentó la pandemia con debilidades estructurales en sus sistemas de salud. De acuerdo con la sistematización de seminarios web: Hacia una nueva normalidad. Sistemas de salud universales y resilientes, realizado por el ORAS-CONHU (2021), algunas de las características son las siguientes:

- Subfinanciamiento crónico: problemas de disponibilidad de recursos en servicios de atención.
- La región tiene un bajo gasto público en salud (3.8 % del PIB, frente al 6 % recomendado por OPS/OMS) y alto gasto de bolsillo 33.6 %.
- Sistemas segmentados: subsistemas especializados en diferentes estratos de la población, que entregan servicios de distinta calidad.
- Atención y organización fragmentada: servicios de salud con desigualdad en cantidad y calidad de los recursos

La sistematización del ORAS-CONHU coincide con análisis realizados en eventos internacionales, por ejemplo, en el Seminario Avanzado sobre Salud Global y Diplomacia en Salud (Fiocruz, 2021), en una de las conferencias se afirmó: "Han quedado en evidencia las debilidades estructurales de los sistemas de salud, lo que incide en profundizar la crisis sanitaria" (Arenas, Alberto, 2022).

Gráfico 15. Sistema de Salud peruano



Fuente: Alcalde, Lazo, Macías & Contreras. (2019). Sistema de salud en el Perú: situación actual, desafíos y perspectivas.

El sistema de salud en el Perú es muy similar en algunos aspectos al de los países que adoptaron los lineamientos del Consenso de Washington. Las directrices generales se encuentran consignadas en la Ley General de Salud N.° 26842 (1997), la Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud N.° 27813 (2002), Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud N.° 29344 (2009), la misma que fue fortalecida con el Decreto de Urgencia N.° 017-2019-SA, que permite al Seguro Integral de Salud (SIS) afiliar a toda persona residente en el territorio nacional.

En términos de cifras de protección, los datos de cobertura al momento previo de comenzar la pandemia (2019) son de 74.6 %, una cifra con la que Perú ocupa una posición intermedia de afiliación a salud en América Latina, según datos de la CEPAL (2020). El 4 julio, durante la ceremonia "Perú del Bicentenario: Asegurados en Salud" (Presidencia de la República del Perú, 2022), las autoridades gubernamentales presentaron un balance sobre el número de habitantes afiliados al sistema de salud nacional. Según las cifras presentadas por el Ministerio de Salud, 33 millones de personas (98.96 %) cuentan con mínimo un seguro para acceder a los servicios sanitarios ofertados por los hospitales y demás establecimientos, públicos o privados (MINSA, 2022).

- Una descripción sucinta del sistema de salud peruano se puede hacer en los siguientes términos (Ministerio de Salud de Perú, 2019):

> Está conformado por el Ministerio de Salud (MINSA), el Seguro Social de Salud (EsSalud), los servicios de salud de las municipalidades, las sanidades de las fuerzas armadas y la Policía Nacional del Perú, los servicios de salud del sector privado, las universidades y la sociedad civil organizada (Ley Nº 27813). Es coordinado a través del Consejo Nacional de Salud, presidido por el ministro o ministra de Salud.
>
> El sistema de salud tiene dos subsistemas o sectores, el público y el privado. Para la prestación de servicios de salud, el sector público se divide en el régimen subsidiado o contributivo indirecto y el contributivo directo, que corresponde a la seguridad social. Cada subsistema opera de forma separada y replica las funciones fundamentales del sistema: rectoría, financiamiento y prestación de servicios a través de sus propias Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS).
>
> El subsistema público subsidiado o contributivo indirecto, está estructurado en tres niveles: nacional, regional y local. El nivel nacional está conformado por el MINSA y sus órganos desconcentrados y organismos públicos adscri-

tos y programas. El nivel regional está representado por las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA), pertenecientes a los gobiernos regionales, y el nivel local por los establecimientos de salud de una provincia o distrito.

El subsistema público contributivo directo, representado por EsSalud, está adscrito al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo y ofrece prestaciones de salud a los trabajadores dependientes en actividad y a sus derecho habientes a través de su propia red de IPRESS y otros órganos propios. El sector o subsistema privado está constituido por diversas IPRESS lucrativas y no lucrativas, de menor a mayor complejidad, distribuidas en todo el territorio nacional, pero con alta concentración en Lima Metropolitana y otras ciudades. Este sector brinda prestaciones de salud a población con capacidad de pago a través de seguros privados de salud ofrecidos por Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), y población sin capacidad de pago en servicios de salud de instituciones eclesiásticas y otras sin fines de lucro.

La Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) es la institución encargada de proteger los derechos en salud de cada peruano, para lo cual orienta sus acciones a empoderar y colocar al ciudadano en el centro del sistema de salud nacional, sin importar donde se atienda o su condición de aseguramiento. Tiene potestad para actuar sobre todas las IPRESS, así como las IAFAS, públicas, privadas y mixtas del país. (p. 37)

En el año 2012, el 68.9 % de niñas, niños y adolescentes contaban con seguro de salud, y en el año 2019 es el 85.8 %. Se observa un incremento de 16.9 puntos porcentuales respecto a la cobertura del seguro de salud a este grupo poblacional (MIMP, 2021, p. 62). De acuerdo con datos del INEI (Estado de la niñez y la adolescencia, 2022) la población menor de 18 años de edad con seguro de salud aumentó a 86.3 % en 2020; 86.2 % en 2021 y 88.9 % en 2022.

▸▸ 4.2 Cobertura de vacunación

- **VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19**

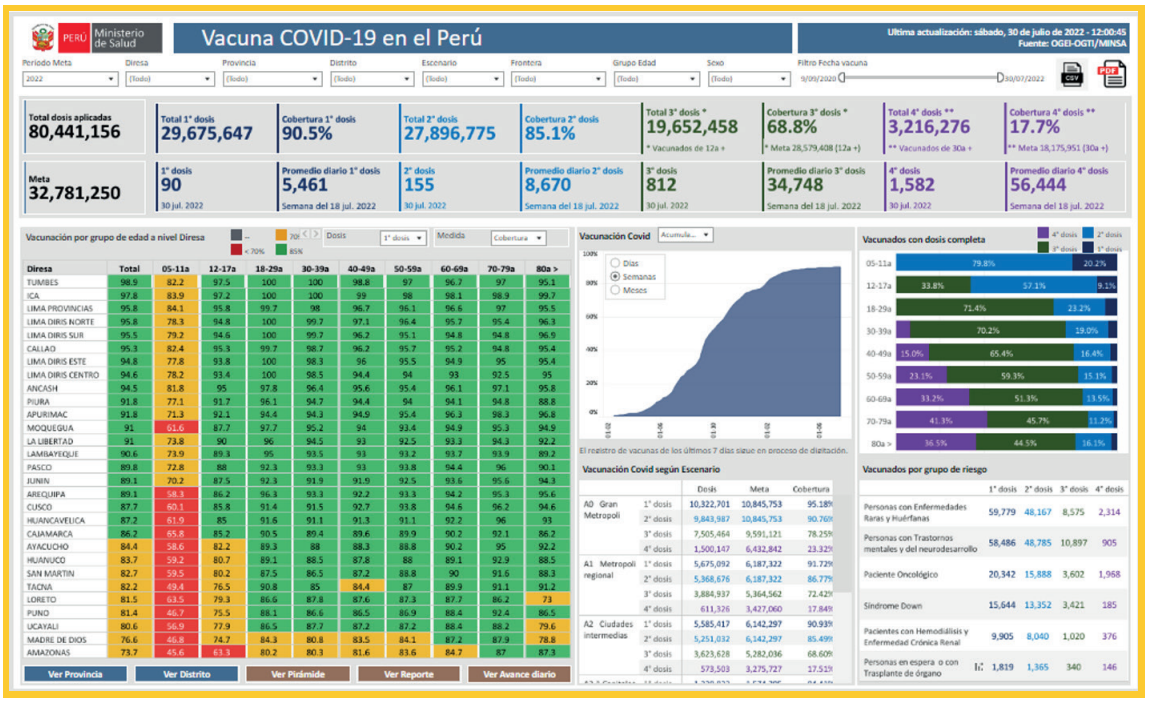
Tabla 9. Avances en la vacunación contra el COVID-19

Puesto a nivel Mundial	Países	% de población			Dosis administradas		
		Primera Dosis	Segunda Dosis[11]	Tercera Dosis	Por cada 100 personas	Total	Dosis Adicional
	Mundo	**69 %**	**63 %**	**29 %**	**160**	**12 284 820 701**	**2 202 969 325**
12	Argentina	92 %	84 %	64 %	239	107 417 805	28 895 232
6	Chile	95 %	93 %	>99 %	320	60 666 792	25 604 960
32	Colombia	84 %	72 %	26 %	172	86 474 076	13 254 074
26	Ecuador	88 %	81 %	44 %	209	36 343 088	7 662 155
15	Perú	91 %	85 %	68 %	244	79 420 487	22 034 176
30	Uruguay	87 %	83 %	81 %	252	8 708 108	2 820 447

Fuente: Our World in Data de la Universidad de Oxford. Seguimiento de las vacunas contra el coronavirus en todo el mundo (Our World in Data. Universidad de Oxford, 2022).

Al 30 de julio de 2022, más de 5290 millones de personas en todo el mundo han recibido una dosis de una vacuna contra el COVID-19, lo que equivale a aproximadamente al 69 % de la población mundial y el 63 % han recibido una segunda dosis (Our World in Data. Universidad de Oxford, 2022). Actualmente, es prioridad avanzar en las metas de la tercera dosis y las dosis necesarias, según se pierde la inmunización con el paso del tiempo.

Gráfico 16. Vacuna COVID-19 en el Perú



Fuente: MINSA. (2022). Vacunas COVID-19 en el Perú, 30 de julio de 2022.

[11]Ha recibido una vacuna de dosis única o ambas dosis de una vacuna de dos dosis.

La vacunación contra COVID-19 en el Perú se inició el 9 de febrero de 2021. Desde entonces hasta el presente (30 de julio de 2022), se han vacunado con primera dosis al 91 % de personas y con segunda dosis al 85 %.

El 26 de julio de 2022, el Ministerio de Salud autorizó la administración de la tercera dosis contra el COVID-19 en la población de niños y niñas de 5 a 11 años, conformado por una población objetivo de 4 201 842 menores de edad. Para reforzar la protección de los menores de edad frente al virus SARS-CoV-2, se utilizará la vacuna pediátrica del laboratorio Pfizer al transcurrir cinco meses de aplicada la segunda dosis (MINSA, 2022).

En cuanto a vacunación en niñas, niños y adolescentes, el 26 de julio de 2022, una nota del Ministerio de Salud de Perú (2022) afirma:

> Hasta la fecha, el país administró un total de 5.322.727 dosis alcanzando el 70.4 % de cobertura de vacunación en primeras dosis con 2.958.167 vacunas aplicadas, y el 56.3 % con 2.364.560 segundas dosis inoculadas. Dado que las vacunas pierden su efectividad en el transcurso de los meses, el MINSA decidió aplicar una tercera dosis a este grupo etario. De igual forma, se viene aplicando la cuarta dosis de la vacuna en adolescentes con inmunosupresión de entre 12 a 17 años al transcurrir cinco meses de aplicarles la tercera dosis. En tanto, aquellos pacientes oncológicos mayores de 5 años ya reciben la cuarta dosis tal como indica el protocolo de vacunación vigente. (MINSA, 2022)

• VACUNACIÓN INFANTIL RUTINARIA

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) es una de las investigaciones estadísticas más importantes que elabora de manera continua (anual) el Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú. El capítulo 8: Salud infantil, destaca lo referente a peso al nacer, vacunación, infecciones respiratorias agudas, enfermedad diarreica aguda. El capítulo 9 se refiere a lactancia, nutrición y desarrollo infantil temprano de niñas y niños y nutrición de mujeres. El capítulo 11 aborda lo referente a la violencia contra las mujeres, niñas y niños. A continuación, se presentan algunos datos según las áreas de derechos, aspectos a evaluar e indicadores seleccionados para el presente estudio.

Tabla 10. Porcentaje de niñas y niños menores de 36 meses de edad que han recibido vacuna

INDICADOR	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Porcentaje de niñas y niños menores de 36 meses de edad que han recibido vacuna: [7]													
Tuberculosis (BCG)	**91,5**	**90,6**	**93,7**	**94,0**	**93,6**	**92,2**	**94,7**	**94,7**	**94,3**	**95,4**	**95,4**	**93,9**	**92,2**
Área urbana	94,0	93,5	96,1	96,0	95,5	93,8	96,1	96,2	96,4	96,6	96,2	94,0	92,8
Área rural	86,6	85,3	88,9	89,9	89,4	88,4	90,9	90,5	88,6	92,1	93,1	93,9	90,2
Dipteria, pertussis o tos ferina y tétano (DPT, las tres dosis)	**71,1**	**72,6**	**81,4**	**81,4**	**79,4**	**77,8**	**80,2**	**80,7**	**82,3**	**83,0**	**84,4**	**77,7**	**81,2**
Área urbana	72,1	72,2	82,7	81,3	79,2	77,8	79,9	81,1	82,7	82,8	83,9	77,8	81,6
Área rural	69,2	73,4	78,9	81,8	79,6	77,9	81,1	79,6	81,1	83,5	85,7	77,4	79,8
Polio (las tres dosis)	**66,9**	**75,4**	**84,7**	**84,2**	**80,8**	**73,9**	**79,0**	**81,2**	**83,4**	**84,8**	**86,2**	**79,7**	**82,7**
Área urbana	67,1	74,8	85,8	84,1	81,2	74,4	79,7	82,0	84,2	84,6	86,3	79,9	83,1
Área rural	66,4	76,5	82,7	84,5	80,1	72,6	77,0	78,7	81,2	85,5	86,1	79,1	81,4
Antisarampionosa	**73,3**	**80,3**	**85,0**	**86,0**	**82,6**	**79,0**	**83,4**	**83,7**	**85,3**	**86,6**	**88,4**	**82,7**	**82,9**
Área urbana	72,8	79,3	84,4	85,4	81,7	77,6	82,8	83,3	86,1	86,3	88,7	81,9	82,9
Área rural	74,2	82,1	86,2	87,1	84,4	82,4	85,0	84,7	83,1	87,7	87,6	85,2	82,8
Todas las vacunas [8/]	**53,7**	**61,0**	**71,5**	**72,8**	**66,1**	**61,1**	**69,4**	**71,4**	**74,5**	**76,3**	**78,6**	**69,4**	**73,8**
Área urbana 8/	55,1	62,6	73,2	73,8	66,7	61,3	70,0	72,2	75,6	76,4	78,8	69,4	74,5
Área rural 8/	50,9	58,2	68,3	70,8	64,7	60,4	67,8	69,4	71,4	76,0	78,1	69,7	71,7

Fuente: INEI, (2021). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

A nivel mundial la pandemia de COVID-19 causa un importante retroceso en la vacunación infantil: 23 millones de niñas y niños no recibieron las vacunas básicas en 2020 (OPS, 2021). En el Perú el INEI informó que, en el año 2020, el 61.1 % de la población menor de 12 meses de edad completó sus vacunas de acuerdo con su edad, es decir, 15.6 puntos porcentuales menos que en el año 2019 (76.7 %).

Los datos oficiales publicados en julio de 2022 por la OMS y UNICEF muestran la mayor caída ininterrumpida de la vacunación infantil en unos 30 años. “Se trata de

una alerta roja para la salud infantil". El informe muestra el incremento del número de niñas y niños expuestos a enfermedades devastadoras pero prevenibles. Además, afirma que la drástica disminución en dos años se registra tras casi una década de estancamiento en los progresos, lo que subraya la necesidad no solo de abordar las interrupciones debidas a la pandemia, sino también los desafíos sistémicos en materia de vacunación para garantizar que todos los niños, niñas y adolescentes se vacunen.

Este retroceso histórico en las tasas de vacunación ocurre en un contexto de rápido aumento de las tasas de malnutrición aguda grave. Una niña o un niño malnutrido ya tiene la inmunidad debilitada, el hecho de que no haya recibido alguna vacuna puede significar que las enfermedades que son frecuentes durante la infancia sean letales rápidamente (OMS y UNICEF, 2022).

Según los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), en 2021, el 69.1 % de niñas y niños menores de 12 meses de edad tuvieron vacunas completas para su edad. Más de la mitad de NN menores de 24 meses de edad (56.7 %) tuvieron vacunas completas. La cobertura de vacunación de la BCG fue de 91.6 % y la Antisarampionosa de 78.5 %.

En el año 2021, el porcentaje de NN menores de 36 meses con todas las vacunas completas[12] fue 52.9 %. El 92.2 % recibieron la BCG y el 82.9 % la Antisarampionosa (INE, 2021, p. 198).

El porcentaje de vacunación Antisarampionosa en niñas y niños (menores de 36 meses) es 88.4 en 2019, y al 2021 disminuye a 82.9 (ENDES, 2021).

Los datos anteriores, concuerdan con el informe Panorama Social de América Latina 2021 (CEPAL, 2022) y con las notas y los informes de UNICEF y la OPS/OMS:

- Inmunización en las Américas. Resumen 2021 (OPS, 2021).
- Panel de estimaciones de cobertura de inmunización (UNICEF, 2022).
- Panel de estimaciones de la cobertura de inmunización (OMS, 2022).
- Nota en la página electrónica de la OPS/OMS, 2022: La pandemia de COVID-19 causa el mayor retroceso ininterrumpido de la vacunación en treinta años.

4.3 Otras problemáticas prioritarias

[12]Las vacunas básicas completas para niñas y niños menores de 36 meses de edad, comprende una dosis de BCG, tres dosis de Pentavalente, tres dosis contra la Poliomielitis, dos dosis de Rotavirus, tres dosis de Neumococo, dos dosis de Sarampión, Paperas y Rubeola (SPR), una dosis de refuerzo de DPT y una dosis de refuerzo de Polio.

• SALUD MENTAL

Los resultados del estudio La salud mental de niñas, niños y adolescentes en el contexto de la COVID-19. Estudio en línea, Perú 2020 (MINSA y UNICEF, 2020) revela que las niñas, niños y adolescentes se encuentran en mayor riesgo de presentar algún problema de salud mental en el contexto de pandemia. Se identificó que 36 % de las niñas, niños y adolescentes tuvieron problemas de salud mental. La prevalencia según edades fue: en menores de 18 meses (56.2 %); entre 18 y 59 meses (32.2 %), entre 6 y 11 años (32.5 %). Es evidente que la pandemia COVID-19 acrecentó la problemática, por ejemplo, un dato disponible de 2014 muestra que el 20.7 % de NN menores de 12 años tenían problemas de salud mental.

En el estudio se observó que el 29.6 % de las y los adolescentes estaba en situación de riesgo de presentar algún problema de salud mental de tipo emocional, conductual o atencional (UNICEF, 2021). Estas manifestaciones fueron más frecuentes en aquellos menores de edad cuyos padres presentaron depresión y poca capacidad de sobreponerse a situaciones traumáticas. Se debe tener en cuenta una mayor afectación por la interseccionalidad de diversos problemas y vulnerabilidades: quienes viven en entornos violentos y tienen trastornos psicológicos preexistentes, población LGBTI, entre otros. (Calle-Dávila, 2022).

• TASAS DE SUICIDIO EN NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

Respecto a los suicidios en población adolescente, la tasa pasó de 1.8 en 2019 a 2.9 en 2021 (MINSA, 2021).

Tabla 11. Tasa de muertes por suicidio en población general y población de 10 a 17 años de edad, Perú 2017-2021

Año	2017			2018			2019			2020			2021		
Concepto	N° Muertes por suicidio	Población	Tasa x 100,000 hab.	N° Muertes por suicidio	Población	Tasa x 100,000 hab.	N° Muertes por suicidio	Población	Tasa x 100,000 hab.	N° Muertes por suicidio	Población	Tasa x 100,000 hab.	N° Muertes por suicidio	Población	Tasa x 100,000 hab.
Muertes por suicidio en población general 2017 -2021.	466	31826018	1.5	576	32162184	1.8	638	32526, 84	2.0	655	32625948	2.0	712	33039912	2.2
Muertes por suicidio en población de 10-17 años 2017-2021 .	89	4054318	2.2	99	4058609	2.4	85	4651931	1.8	122	4187767	2.9	121	4215032	2.9

Fuente: Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Salud Mental. Línea estratégica de depresión, ansiedad y suicidio (MINSA, 2022). Referencia: Sistema Nacional de Defunciones – SINADEF.

La Tabla 11 muestra que se presenta una mayor tasa de muertes por suicidios en población de 10 a 17 años de edad, que en la población general. Además, al 30 de mayo de 2022 se han reportado 60 casos de muerte por suicidio en adolescentes. Cabe resaltar que son diversas las notas de instituciones y periodísticas que expresan la preocupación por el aumento en la tasa de suicidio en el Perú[13].

• EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Respecto al embarazo en adolescentes la ENDES (2021) afirma:

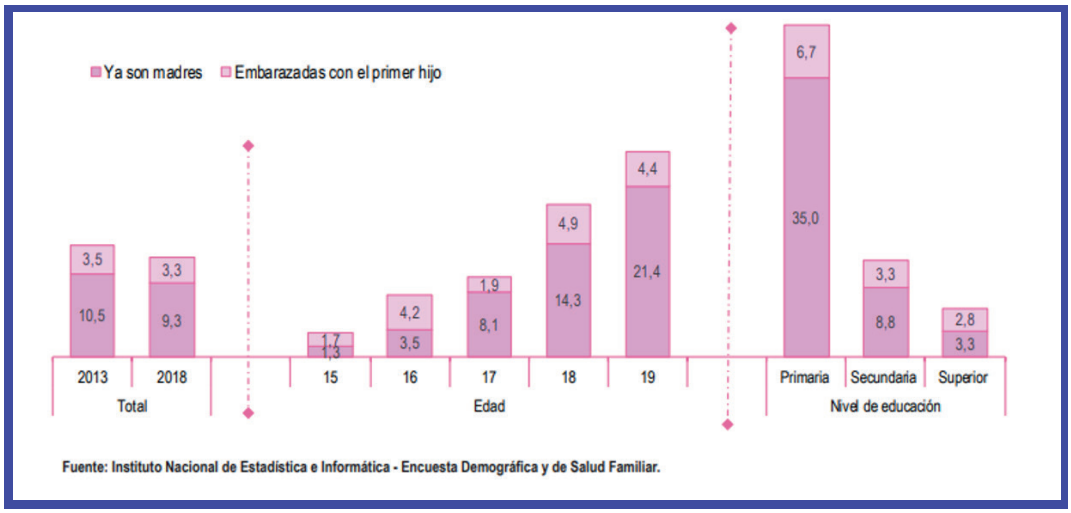
> La conducta reproductiva de las adolescentes es un tema de reconocida importancia, no solo en lo concerniente a embarazos no deseados y abortos, sino también en relación con las consecuencias sociales, económicas y de salud. Los embarazos a muy temprana edad forman parte del patrón cultural de algunas regiones y grupos sociales; por lo general se dan en parejas que no han iniciado una vida en común; o tienen lugar en situaciones de unión consensual, lo que generalmente termina con el abandono de la mujer y de la hija o hijo, configurando así el problema social de la madre soltera. Por otro lado, muchos de estos embarazos terminan en abortos practicados por personas sin la debida formación profesional y en condiciones sanitarias inadecuadas, ya que los servicios médicos especializados son escasos y costosos, además el aborto es ilegal en el Perú. (INE, 2021, p. 96)

[13]https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/490446-minsa-advierte-que-la-tasa-de-suicidio-esta-en-aumento-en-el-peru; http://noticias.essalud.gob.pe/?inno-noticia=essalud-advierte-incremento-de-suicidios-infantiles-durante-la-pandemia

En cuanto al embarazo adolescente, 12.6 % adolescentes entre 15 y 19 años estuvieron embarazadas en 2018. En 2021 se presenta una disminución, el 8.9 % de adolescentes de 15 a 19 años de edad, estuvieron alguna vez embarazadas ese año. Los mayores porcentajes de adolescentes alguna vez embarazadas se encuentran en el área rural (15.6 %); principalmente aquellas adolescentes que ya han sido madres (12.7 %).

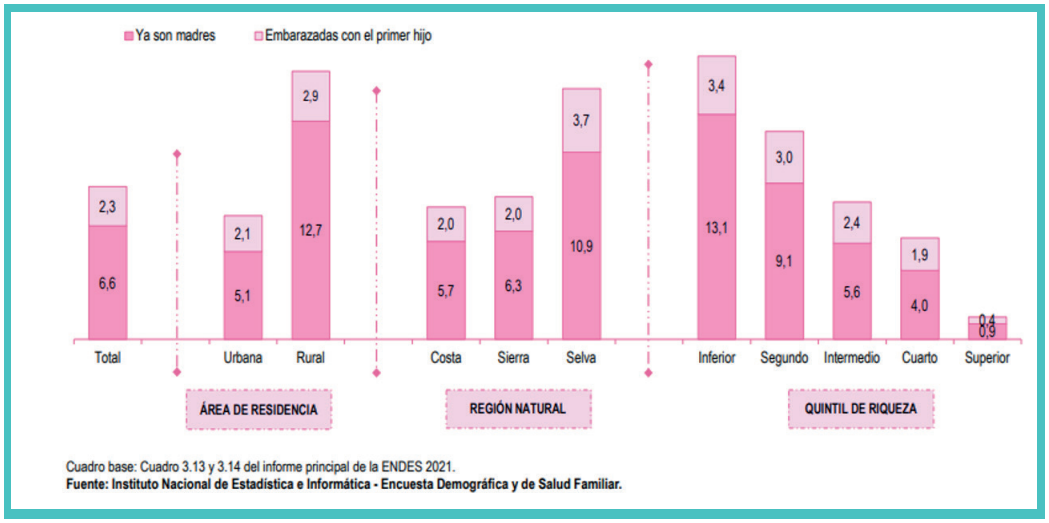
Del total de adolescentes de 12 a 17 años de edad, el 2.9 % estuvieron alguna vez embarazadas, de estas el 1.6 % ya eran madres y el 1.3 % estaban gestando por primera vez (ENDES, 2021).

Gráfico 17. Adolescentes que son madres o que están embarazadas por primera vez, según edad y nivel de educación, 2013 y 2017-2018



Fuente: INE. (2021). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Gráfico 18. Embarazo y maternidad de adolescentes de 15 a 19 años de edad



Fuente: INE. (2021). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

• NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES MIGRANTES

La situación de NNA migrantes en una pandemia no solo es doblemente difícil, sino que ante el panorama general pasa desapercibida, lo que la hace aún más grave. De acuerdo con investigaciones realizadas sobre la población migrante venezolana en el Perú, con la pandemia se disminuyó el ingreso monetario y se aumentó el gasto en alimentos. En 2021, el 59.2 % de los hogares vivió en hacinamiento. En cuanto a algunos indicadores sobre niñas, niños y adolescentes aparece la percepción del peso corporal de menores de 5 años, en donde se muestra que un 30.5 % percibe que ha disminuido de peso. En cuanto a las brechas de atención en salud, el 61.4 % de NNA venezolanos menores de 5 años no recibieron vacunas. El 65.1 % no recibió controles de peso y talla, mientras que el 49.5 % no recibió suplementos de hierro (Acción contra el hambre, 2022).

En conclusión, se puede afirmar que los problemas y vulneración de derechos previo a la pandemia de 2020 y que actuaron como determinantes sociales de la salud, como la informalidad y el empleo precario, más el déficit en gasto social en salud, un sistema de salud fragmentado, segmentado y financiado crearon condiciones adversas que facilitaron el mayor impacto negativo de la pandemia en los hogares, y por supuesto, en la salud de niñas, niños y adolescentes.

La pérdida de cuidadores, padres de familia o madres cabeza de hogar[13], que se expresó en el crecimiento de la orfandad, el desempleo y la informalidad, en un contexto de aislamiento obligatorio disminuyó la calidad de vida en los hogares y por ende, las medidas para prevenir y tratar las enfermedades y la rehabilitación de la salud.

Asimismo, la disminución de indicadores de vacunación rutinaria de niñas, niños y adolescentes para prevenir otras enfermedades muestra un aumento de vulnerabilidades respecto a enfermedades que ya se habían controlado. El proceso de la gestión de la pandemia se ha articulado con una gestión estatal que, por muy buenas intenciones y gasto social que se hiciera, tenía obstáculos muy grandes construidos históricamente, lo que aunado a los determinantes sociales de salud afecta el derecho de niñas, niños y adolescentes a la salud.

5. DERECHO A LA ALIMENTACIÓN

Respecto al derecho a la alimentación, el Artículo 27 de la Convención sobre los Derechos del Niño, afirma:

> Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para: [...] c. – Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente.
>
> 3 – Los Estados Partes [...] adoptarán medidas apropiadas para ayudar a los padres y a otras personas responsables por el niño a dar efectividad a este derecho y, en caso necesario, proporcionarán asistencia material y programas de apoyo, particularmente con respecto a la nutrición, el vestuario y la vivienda [...]. (ONU, 1989, p. 21)

El Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 2, Hambre cero: Lograr la seguridad alimentaria, mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible, se propone como metas: 1) De aquí a 2030, poner fin al hambre y asegurar el acceso de todas las personas a una alimentación sana, nutritiva y suficiente durante todo el año. 2) De aquí a 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición, incluso logrando, a más tardar en 2025, las metas convenidas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y la emaciación de las niñas y los niños menores de 5 años, y abordar las necesidades de nutrición de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes y las personas de edad (Naciones Unidas, 2015).

5.1 Desnutrición aguda o emaciación

En el prólogo del informe Panorama regional de la seguridad alimentaria y nutricional se afirma:

> La alimentación es fundamental para el desarrollo de las personas a lo largo de su vida. El hambre y la pobreza impiden el goce de los derechos fundamentales. En los últimos años, diversos factores han desviado al mundo del camino hacia la erradica-

ción del hambre, la inseguridad alimentaria y todas las formas de malnutrición para 2030, como parte de la Agenda de Desarrollo Sostenible. La pandemia del COVID-19 ha exacerbado esta tendencia, y nuestra región no es una excepción.

En 2020 se calcula que 59.7 millones de personas padecían hambre. Entre 2019 y 2020 la prevalencia del hambre en América Latina y el Caribe aumentó en 2 puntos porcentuales, lo que significa que 13.8 millones de personas más sufrieron hambre que en 2019.

En el mismo período, el aumento de la inseguridad alimentaria moderada o severa fue aún más pronunciado, con 9 puntos porcentuales. El 41 % de la población de la región padece inseguridad alimentaria moderada o severa, lo que se traduce en 267 millones de personas cuyo derecho humano a la alimentación se ve afectado.

No cabe duda de que gran parte de esta situación puede atribuirse al impacto de la pandemia de COVID-19, que redujo los ingresos de millones de personas en la región. Sin embargo, la pandemia no es la única responsable de todos estos contratiempos, ya que las estadísticas regionales del hambre llevan seis años consecutivos aumentando.

Si no hacemos cambios rápidos y sustanciales, los países de la región no lograrán alcanzar el Objetivo de Desa-

rrollo Sostenible 2: "Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible" y el ODS 3: "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades". (FAO, FIDA, OPS, WFP y UNICEF, 2021, p. v)

Como lo expresa el informe Panorama Social de América Latina:

> De acuerdo con el seguimiento realizado por UNICEF con respecto a la detección precoz de la emaciación, de 32 países que informaron sobre su situación en 2020, 4 registraron caídas en la cobertura, 2 de ellos (Haití y Perú) de entre un 50 % y un 74 %. (CEPAL, 2022, p. 120)

Respecto al indicador de desnutrición aguda, venía disminuyendo de manera lenta y constante desde el 2009, pero se incrementó en 0.3 puntos porcentuales y alcanzó una proporción de 1.6 % en 2020 (INS, 2020, p. 5). Según el informe de la CEPAL (2022) el retraso de crecimiento de niñas y niños en Perú llegó a 8 % en 2020.

Tabla 12. Proporción de desnutrición crónica y aguda en niñas/os menores de 5 años que acuden a establecimientos de salud

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2109	2020
Niños menores de 5 años (OMS)												
Proporción de desnutrición crónica	25,2	24,0	23,2	22,1	20,9	19,4	18,8	18,0	17,4	17,1	16,4	16,5
0 – 5 meses	11,7	11,0	10,3	10,0	9,9	9,9	9,8	10,0	10.0	10.2	10,0	9,2
6 – 11 meses	14,6	13,5	12,8	12,1	11,7	11,0	11,0	10.5	10.4	10.7	10,1	9,5
12 – 23 meses	27,6	25,8	25,0	23,6	22,4	20,8	20,5	19,1	18.7	19.0	18,4	17,0
24 – 35 meses	33,9	31,7	30,1	28,9	27,2	25,2	23,7	22,3	21.5	20.8	20,4	19,2
36 – 47 meses	35,1	33,4	31,5	30,3	28,7	26,8	25,0	23.6	22.8	22.0	20,4	20,1
48 – 59 meses	34,9	32,9	31,8	30,0	27,7	25,5	24,1	24,2	21.3	20.0	19,0	18,7
Proporción de desnutrición global	5,5	5,0	4,3	4,1	3,8	3,6	4,7	4,3	4,0	3,8	3,8	3,5
Proporción de desnutrición aguda	3,0	2,7	2,3	2,1	1,9	1,3	1,5	1,4	1,3	1,3	1,3	1,6

Fuente: INS. (2020). Informe Gerencial SIEN HIS. Estado nutricional de niños y gestantes que acceden a establecimientos de salud.

5.2 Desnutrición crónica

La desnutrición crónica es un indicador del desarrollo del país y su disminución muestra la mejora de la capacidad física, intelectual, emocional y social de las niñas, niños y adolescentes. Se determina al comparar la talla con la esperada para su edad y sexo. La desnutrición crónica a menudo es "invisible" e imperceptible pero restringe capacidades como aprender, afecta el crecimiento y desarrollo adecuado.

De acuerdo con el patrón de la OMS, la cifra de desnutrición crónica en niñas y niños menores de cinco años de edad es de 12.2 en 2019 y disminuyó a 11.5 en 2021. Según área de residencia, la desnutrición crónica afectó en mayor proporción a niñas y niños del área rural (24.4 %), es decir, 17.6 puntos porcentuales más que en el área urbana (6.8 %). ENDES (2021).

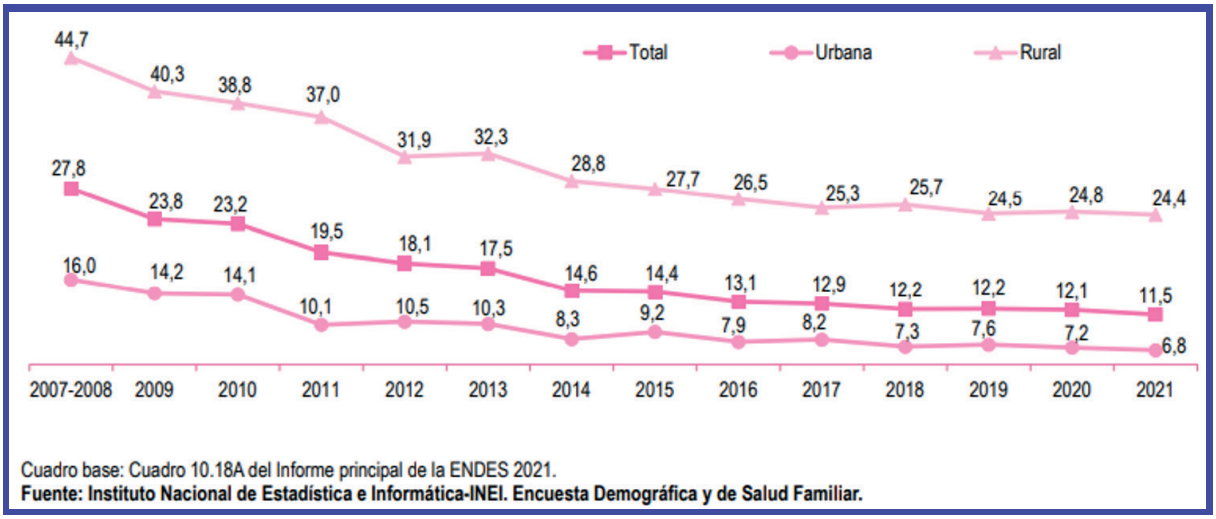
La desnutrición crónica, según el patrón OMS, ha tendido a disminuir a través de los años; es así como según la ENDES 2007-2008 afectó a cerca de 3 niñas y niños de cada 10 (27.8 %), y en 2021 afectó a uno/a de cada 10 (11.5 %) (INE, 2021).

Tabla 13. Niñas y niños menores de cinco años de edad con desnutrición crónica

INDICADOR	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
NUTRICIÓN EN LA NIÑEZ (Porcentaje)													
Niñas y niños menores de cinco años de edad con desnutrición crónica (Patrón OMS)	**23,8**	**23,2**	**19,5**	**18,1**	**17,5**	**14,6**	**14,4**	**13,1**	**12,9**	**12,2**	**12,2**	**12,1**	**11,5**
Área urbana	14,2	14,1	10,1	10,5	10,3	8,3	9,2	7,9	8,2	7,3	7,6	7,2	6,8
Área rural	40,3	38,8	37,0	31,9	32,3	28,8	27,7	26,5	25,3	25,7	24,5	24,8	24,4
Niñas y niños menores de cinco años de edad con desnutrición crónica (Patrón NCHS)	**18,3**	**17,9**	**15,2**	**13,5**	**13,1**	**10,7**	**10,2**	**9,3**	**9,1**	**8,8**	**8,7**	**-**	**6,9**
Área urbana	9,9	10,1	7,4	7,3	7,1	5,8	6,1	5,3	5,4	4,9	5,0	-	3,9
Área rural	32,8	31,3	30,0	24,6	25,3	21,9	20,5	19,5	19,2	19,4	18,3	-	15,2

Fuente: INE. (2021). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (p. 28).

Gráfico 19. Evolución de niñas y niños menores de cinco años de edad con desnutrición crónica (Patrón OMS), según área de residencia, 2007-2008, 2009-2021 (porcentaje)



Fuente: INE. (2021). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (p. 244).

5.3 Sobrepeso y obesidad

Según el Panorama regional de la seguridad alimentaria y nutricional 2021 en la región, uno de cada cuatro adultos sufre de obesidad. El sobrepeso infantil ha aumentado en los últimos 20 años y es mayor que la media mundial, la que afecta a 7.5 % de niñas y niños menores de cinco años desde 2020. Este problema tiene importantes repercusiones económicas, sociales y sanitarias en los países, ya que provocan un aumento de la discapacidad y la mortalidad prematura, así como un incremento de los costos de atención y tratamiento médico (FAO, FIDA, OPS, WFP y UNICEF, 2021). El exceso de peso corporal, expresado como sobrepeso u obesidad, está asociado a un riesgo mayor de desarrollar enfermedades crónicas como la diabetes, dislipidemias, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y varios tipos de cáncer, se asocia con un mayor riesgo de muerte en la vida adulta (p. 248).

Las proporciones de sobrepeso y obesidad en las niñas y los niños menores de cinco años han mostrado un comportamiento irregular desde 2009. En 2020 hubo un incremento con respecto a los datos de 2019.

Tabla 14. Sobrepeso y obesidad en niñas y niños menores de 5 años

Indicadores	2019	2020
Proporción de **sobrepeso** en niñas/os menores de 3 años	6.6	7.0
Proporción de **sobrepeso** en niñas/os menores de 5 años	6.4	6.6
Proporción de **obesidad** en niñas/os menores de 3 años	1.6	2.2
Proporción de **obesidad** en niñas/os menores de 5 años	1.6	1.7
Proporción de **sobrepeso y obesidad** en niñas/os menores de 5 años	8.0	10.0

Fuente: INS. (2020). Informe Gerencial SIEN HIS. Estado Nutricional de Niños y Gestantes que acceden a Establecimientos de Salud (p. 8).

5.4 Anemia

Tabla 15. Niñas y niños menores de 5 años con anemia

INDICADOR	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Niñas y niños menores de 6 a 35 meses de edad con anemia	50,4	50,3	41,6	44,5	46,4	46,8	43,5	43,6	43,6	43,5	40,1	40,0	38,8
Área urbana	46,8	46,6	37,5	39,9	43,8	42,3	40,5	39,9	40,0	40,9	36,7	36,7	35,3
Área rural	56,7	56,6	49,6	53,0	51,7	57,5	51,1	53,4	53,3	50,9	49,0	48,4	48,7
Niñas y niños menores de cinco años de edad con anemia	37,2	37,7	30,7	32,9	34,0	35,6	32,6	33,3	34,1	32,8	29,5	29,0	28,4
Área urbana	33,2	33,0	26,5	28,6	31,1	31,7	29,8	30,1	30,7	30,2	26,4	26,4	25,2
Área rural	44,1	45,7	38,6	40,7	39,8	44,4	39,7	41,4	43,0	39,6	37,9	35,7	37,5

Fuente: INE. (2021). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (p. 29).

El derecho a la supervivencia y a una vida saludable se ve seriamente afectado por la anemia que, en niños y niñas menores de 36 meses de edad en 2020 se sitúa en un 40 % y, en 2021 en 38.8 % (INEI, 2022). Este problema se hace aún más crítico en departamentos con altos índices de pobreza y ruralidad, como Puno (70.4 %), Ucayali (60.8 %) y Madre de Dios (58.4 %). Además, el problema aumentó en el área rural al comparar los datos de 2020 con 2021, según información del INE.

5.5 Inseguridad alimentaria

En el prólogo del informe Panorama regional de la seguridad alimentaria y nutricional 2021, se afirma:

> En los últimos años, diversos factores han desviado al mundo del camino hacia la erradicación del hambre. La pandemia del COVID-19 ha exacerbado esta tendencia. Las estadísticas indican un retroceso en la lucha contra el hambre y se está perdiendo la batalla contra todas las formas de malnutrición. La región está lejos de alcanzar la meta 2.1: poner fin al hambre y lograr la seguridad alimentaria [...] No podremos revertir estas tendencias a menos que transformemos nuestros sistemas agroalimentarios para hacerlos más eficientes, resilientes, inclusivos y sostenibles para proporcionar una dieta saludable a todos y todas, sin dejar a nadie atrás. (FAO, FIDA, OPS, WFP y UNICEF, 2021)

Se muestra algunos datos del Perú que reflejan el retroceso en 2020, al comparar con indicadores de 2019. Por ejemplo, la inseguridad alimentaria moderada o grave que es de 18 % en 2019 y pasa a 19.2 % en 2020.

La inseguridad alimentaria moderada describe una situación en la que la capacidad de una persona para obtener alimento está sometida a ciertas incertidumbres, y se ha visto obligada a reducir, a veces a lo largo de un año, la calidad y/o cantidad de la comida que consumen debido a la falta de dinero o de otros recursos. Por otra parte, la inseguridad alimentaria grave, refiere a un escenario en que a una persona lo más probablemente se le acabó la comida, padece hambre y, en su versión más extrema, lleva días sin alimentarse, poniendo su salud y bienestar en gran riesgo. (FAO, FIDA, OPS, WFP y UNICEF, 2021, p. 56)

Tabla 16. Algunos indicadores de seguridad alimentaria y nutricional en el Perú

Prevalencia del retraso en el crecimiento en niños y niñas menores de 5 años (%)

	2000	2005	2010	2015	2018	2019	2020
Mundo	3.1	30.7	27.7	24.4	22.9	22.4	22.0
Perú	31.7	28.0	21.8	15.0	12.1	11.4	10.8

Prevalencia de la subalimentación (%)

	2004 - 2006	2000 - 2002	2009 - 2011	2014 - 2016	2016 - 2018	2017 - 2019	2018 - 2020
Mundo	13.2	12.3	9.4	8.3	8.2	8.3	8.9
Perú	21.5	18.8	8.8	5.9	7.6	7.9	8.7

Prevalencia de la inseguridad alimentaria moderada o grave (%)

	2014 - 2016	2016 - 2018	2017 - 2019	2018 - 2020
Mundo	23.0	24.8	25.8	27.6
Perú	37.2	42.9	44.9	47.8

Prevalencia de la inseguridad alimentaria grave (%)

	2014 - 2016	2016 - 2018	2017 - 2019	2018 - 2020
Mundo	8.2	8.9	9.5	10.5
Perú	3.5	16.6	18.0	19.2

Fuente: FAO, FIDA, OPS, WFP, UNICEF. (2021). América Latina y el Caribe - Panorama regional de la seguridad alimentaria y nutricional 2021.

6. DERECHO AL DESARROLLO

Respecto del derecho al desarrollo varios artículos de la Convención sobre los Derechos del Niño (1998) lo refieren en los siguientes términos:

- Artículo 6. Los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño.

- Artículo 18. Los Estados Partes pondrán el máximo empeño en garantizar el reconocimiento del principio de que ambos padres tienen obligaciones comunes en lo que respecta a la crianza y el desarrollo del niño. Incumbirá a los padres o, en su caso, a los representantes legales la responsabilidad primordial de la crianza y el desarrollo del niño. Su preocupación fundamental será el interés superior del niño.

- Artículo 27. Los Estados Partes reconocen el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social. A los padres u otras personas encargadas del niño les incumbe la responsabilidad primordial de proporcionar, dentro de sus posibilidades y medios económicos, las condiciones de vida que sean necesarias para el desarrollo del niño. (p.11, 16, 26)

6.1 Desarrollo infantil temprano

Dado que el desarrollo corporal y psicológico de los infantes depende de relaciones sociales dentro de la unidad familiar, los indicadores de cuidado dependen de variables como interacción adecuada, apego seguro y comunicación verbal efectiva, aspectos importantes para descubrir las problemáticas de ese desarrollo.
A nivel general, se constata una disminución en el indicador apego seguro al comparar los datos de 2021 con 2019, tanto en las cifras totales, como en las rurales y las urbanas.

Tabla 17. Desarrollo infantil temprano porcentaje – 2019

Desarrollo infantil temprano en niñas y niños	2019 Total	2021 Total	2019 Urbano	2021 Urbano	2019 Rural	2021 Rural
Niñas y niños entre 9 y 12 meses de edad que tiene una adecuada interacción madre-hija/o como precursor del apego seguro.	46.0	41.5	44.9 %	41.9	49.1 %	40.4
Niñas y niños de 9 a 12 meses con comunicación verbal efectiva a nivel comprensivo y expresivo apropiada para su edad.	77.4	78.6	77.1	79.1	78.1	77.2
Madres de niñas y niños entre 9 y 18 meses de edad que verbaliza las acciones que realiza con su hija/o mientras las desarrolla.	86.5	90.5	87.8	90.9	83.0	89.1
Niñas y niños de 12 a 18 meses que camina por propia iniciativa sin necesidad de detenerse para lograr el equilibrio.	63.8	65.0	65.8	67.9	58.3	56.1

Fuente: INE. (2019). ENDES (pp. 244-246) y 2021 (pp. 262-264).

Para identificar algunas problemáticas clave en los datos presentados la ENDES (2021) afirma:

- El 41.5 % de niñas y niños de 9 a 12 meses de edad tienen una adecuada interacción con su madre: durante el año 2021, el 41.5 % de las niñas y los niños de 9 a 12 meses de edad tuvieron una adecuada interacción con su madre; porcentaje similar al obtenido en el año 2020 (41.1 %) y menor en 4.5 puntos porcentuales en comparación con el año 2019 (46.0 %). Además, el 91.6 % de madres de niñas y niños de este grupo de edad manifestaron haber respondido de manera inmediata y adecuada al llanto de su hija o hijo.

- El 48.4 % de niñas y niños de 9 a 36 meses de edad alcanza una comunicación verbal efectiva a nivel comprensivo y expresivo: alrededor de la mitad de las niñas y los niños de 9 a 36 meses de edad (48.4 %), alcanzó una comunicación verbal efectiva a nivel comprensivo y expresivo. La interacción verbal de las niñas y los niños con

otros adultos favorecería el desarrollo de una adecuada comunicación verbal. De igual modo, el INEI informó que más de la mitad de las niñas y los niños entre 19 y 36 meses de edad, participan de forma frecuente en las conversaciones entre adultos (53.3 %), porcentaje mayor en 5.3 puntos porcentuales respecto al año 2020 (48.0 %) y en 5.6 puntos porcentuales respecto al año 2019 (47.7 %).

- El 65.0% de la población de 12 a 18 meses de edad, caminan por propia iniciativa: de acuerdo con la ENDES-2021 el 65.0 % de las niñas y los niños de 12 a 18 meses de edad caminan por propia iniciativa, sin necesidad de detenerse a cada paso para lograr el equilibrio. Igualmente, el 33.5 % de las niñas y niños de 24 a 71 meses de edad regulan sus emociones y comportamientos en situaciones de frustración y establecimiento de límites.

- En todo el país, el 84.5 % de gestantes recibieron seis o más controles de atención prenatal: durante el año 2021, el 84.5 % de las gestantes recibieron seis o más controles de atención prenatal, es decir, 3.9 puntos porcentuales menos que en el año 2020 y 5.2 puntos porcentuales menos que en el año 2019.

6.2 Acceso a la educación de calidad

Respecto al derecho a la educación, la Convención sobre los Derechos del Niño, afirma:

> Artículo 28. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño a la educación, y a fin de que se pueda ejercer progresivamente y en condiciones de igualdad de oportunidades ese derecho, deberán en particular: a) Implantar la enseñanza primaria obligatoria y gratuita para todos (ONU. 1989, p. 22).
> Artículo 29. Los Estados Partes convienen en que la educación del niño deberá estar encaminada a: Desarrollar la personalidad, las aptitudes y la capacidad mental y física del niño hasta el máximo de sus posibilidades. (ONU, 1989, p. 23)

A continuación se presentan cifras de acceso o asistencia, pero también de fracaso escolar, y más específicamente, de calidad de educación.

Tabla 18. Tasa neta de asistencia a educación

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
3 a 5 años de edad	65,8	66,3	68,0	69,7	70,8	74,6	77,2	78,8	79,2	81,5	82,6	83,4	70,3
6 a 11 años de edad	93,7	94,0	93,3	93,0	91,6	92,4	91,9	91,1	91,1	91,4	93,3	93,6	90,1
12 a 16 años	75,5	77,5	78,5	79,6	80,3	81,3	82,3	83,4	83,0	83,9	84,7	84,5	80,8

Fuente: INEI. (2022). Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Nacional de Hogares.

En cuanto al acceso y a la asistencia, en la Tabla 18, para los tres rangos de edad, hubo una disminución de 2019 a 2020, en la tasa neta de asistencia a educación (proporción de niñas, niños y adolescentes que asisten a un centro de educación formal).

Otro indicador es el porcentaje de niñas de 0-5 años que asisten a un programa de primera infancia, cuya cifra para 2019 es de 93.0 % y para 2021 también disminuye a 83.2. Otro indicador que ya incluye a los adolescentes es el de porcentaje de NNA de 6-19 años que asisten a la educación escolar, cuya cifra para 2019 es de 84.5 % y para 2020 pasa a 80.8 %. Finalmente, el indicador de porcentaje de NNA de 6-19 años que dejaron de asistir a la educación escolar, la cifra para 2018 es de 1.42 % mientras que para 2020 pasa a 7.2 % (INEI, 2018-2021).

Respecto al abandono y deserción, según datos del Ministerio de Educación (MINEDU) para 2020, en Perú la deserción aumentó en primaria de 1.3 % al 3.5 %, lo que se traduce a más de 128 000 estudiantes, y en secundaria pasó del 3.5 % al 4 %, lo que se traduce a 102 000 estudiantes que se dieron de baja (MINEDU, 2020). En cuanto a calidad de la educación, los resultados de las pruebas PISA en lectura, matemática y ciencias fueron de 401, 400 y 404 (IDH, 2020).

La publicación El estado de la pobreza de aprendizaje en el mundo: actualización de 2022, enfatiza que los cierres de escuelas relacionados con la pandemia COVID-19 y otras problemáticas han aumentado drásticamente la pobreza de aprendizaje, una medida de las niñas y los niños que a los 10 años no pueden leer y comprender un texto sencillo. El cierre prolongado de escuelas, la disminución de ingresos, y las consecuencias de la sindemia COVID-19 tuvieron el mayor impacto en la pobreza de aprendizaje en América Latina y el Caribe, con un 80 % de niñas y niños que no pueden entender un texto escrito simple, en comparación con alrededor del 50 % antes de la pandemia. El informe subraya que incluso antes de la pandemia, ya había una crisis de aprendizaje (Banco Mundial, UNICEF, FCDO, USAID, la Fundación Bill Melinda Gates y UNESCO, 2022).

En conclusión, la educación de niñas, niños y adolescentes vista a la luz de indicadores de acceso, calidad, permanencia y abandono deja muchas preocupaciones por la disminución durante la pandemia, quebrando los avances logrados en las décadas anteriores.

Es obvio que la educación es vital para la igualdad de oportunidades, pero además de ver los indicadores relativos al acceso y calidad de la educación, se requiere mirar los resultados, dado que todas las niñas, niños y adolescentes no parten del mismo punto, y por lo tanto, la oportunidad de educarse puede no significar un factor de superación de la desigualdad de resultados, dadas las contradicciones de los sistemas meritocráticos, que pueden llevar a que la educación reproduzca la estructura desigual de la sociedad en lugar de crear factores dinámicos de cambio. Sin embargo, solo la confrontación de datos permitirá saber hasta dónde la educación, como herramienta para combatir la desigualdad, ha permitido cambiar vidas y estructuras de desigualdad previas.

▸▸ 6.3 Conectividad y uso de TIC

En cuanto al uso de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) de niñas, niños y adolescentes en el Perú, aparece que el uso de internet en la población de 6 a 17 años, hacia 2019 es de 47.2 %, y hacia el primer trimestre de 2022 aumenta a 72.4 % (INEI, 2022). En cuanto al indicador de población de 6 y más años que hace uso del servicio de internet, la cifra para 2019 es de 57.1 %, y hacia 2021 pasa a 64.5 % (INEI, 2021).

Estos datos muestran la gravedad de la situación de conectividad en los hogares, así como las dificultades que implicaron para que la población de NNA pudiese tomar normalmente las clases en la modalidad virtual. Hacia 2020, solo el 41 % de las escuelas primarias tiene acceso a internet, y el 74 % de las secundarias (IDH, 2020).

En conclusión, el análisis del uso de las TIC antes, durante y después de la pandemia se vuelve problemático porque los datos de acceso escolar solo tienen sentido en la modalidad presencial, y si las cifras arrojaban déficit en ello, con la llegada de la pandemia se impuso el uso obligatorio de las TIC para asistir a las clases escolares virtuales, y sobre esto los datos de acceso en el hogar no son lo suficientemente confiables, pero lo cierto es que una gran mayoría de niñas, niños y adolescente asistieron a clase solo utilizando el dispositivo celular (que en muchos hogares se compartía entre varios miembros), mientras que el acceso desde otros dispositivos como portátiles fue más restringido.

Ello contribuye a explicar el cambio de las prácticas escolares de las niñas, niños y adolescentes que comenzaron a caracterizarse por la dispersión, la no asistencia continua, la disminución de la atención y concentración en los temas, y la falta de asiduidad en las rutinas de aprendizaje, todo lo que al volver a la presencialidad ha aparecido y llamado la atención de los profesores, puesto que la capacidad de comunicarse directamente y sin leer dispositivos pone en evidencia un déficit de apropiación de los temas, y muestra probablemente un retroceso en el aprendizaje.

El reto del uso de las TIC en la nueva presencialidad y la importancia de la educación virtual como complemento pueden llevar a reflexiones, en donde no se confunda el acceso con los usos de las tecnologías y, sobre todo, la necesidad de indicadores que ponderen mejor el significado de las TIC y sus usos de aprendizaje entre los NNA, más allá de los usos de entretenimiento individualista o de la retórica de la multitarea, porque lo que está en juego es el potencial de aprendizaje de toda una generación.

7. DERECHO A LA PROTECCIÓN

Respecto al derecho a la protección la Convención sobre los Derechos del Niño, afirma:

> Artículo 19. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo. (ONU, 1989, p. 16)
>
> Artículo 32. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño a estar protegido contra la explotación económica y contra el desempeño de cualquier trabajo que pueda ser peligroso o entorpecer su educación, o que sea nocivo para su salud o para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social. (ONU, 1989, p. 24)

7.1 Violencia física, psicológica y sexual

De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales (ENARES, 2019), el 68.9 % de niñas y niños de 9 -11 años ha sufrido violencia psicológica o física en el hogar alguna vez en su vida. El 78 % de la población de 12-17 años de edad fue víctima de violencia psicológica o física en el hogar. El 35 % de adolescentes sufrieron alguna vez una o más formas de violencia sexual.

7.2 Explotación laboral

El porcentaje de niñas, niños y adolescentes vinculados al trabajo infantil para 2019 es de 19.9 %, de los cuales la población entre 5-17 lleva a cabo un trabajo en el que recibe algún tipo de remuneración, cifra que a 2020 aumenta al 22 % (Marcha Global, 2021).

7.3 Explotación sexual y comercial

En relación con el porcentaje de niñas, niños y adolescentes víctimas de explotación sexual y comercial, se estima en el ámbito nacional, el número de menores de 10-17 años expuestas a explotación sexual y comercial en una cifra que varía de 14 mil a 26 mil mujeres (OIT, 2019).

8. DERECHO A LA PARTICIPACIÓN

Respecto al derecho a la participación, la Convención sobre los Derechos del Niño, afirma:

> Artículo 12. Los Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio del derecho a expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afecten al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño. (ONU, 1989, p. 13).
>
> Artículo 15. Los Estados Partes reconocen los derechos del niño a la libertad de asociación y a la libertad de celebrar reuniones pacíficas. (ONU, 1989, p. 14).

En el Perú existe una política de participación para niñas, niños y adolescentes denominada Política Nacional Multisectorial para las Niñas, Niños y Adolescentes al 2030, orientada a buscar aumentar los niveles de participación tanto a nivel social y político, como en la toma de decisiones de políticas.

Es preciso destacar los esfuerzos orientados a promover espacios de participación de las niñas, niños y adolescentes en la toma de decisiones de políticas públicas en todos los niveles de Gobierno. En el año 2020, el 96.1 % (25) de gobiernos regionales, 52.0 % (102) de los gobiernos provinciales y 25.0 % (469) de los gobiernos distritales cuentan con un Consejo Consultivo de Niñas, Niños y Adolescentes (CCONNA), que, además, según estatutos garantizan una representación paritaria por sexo (MIMP, 2021). Cabe destacar que en 2022 se registra un aumento de dichas instancias de participación (ver Tabla 19).

Respecto a los CCONNA, la Dirección General de Niñas, Niños y Adolescentes del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP, 2022) afirma que la participación de niñas, niños y adolescentes es un derecho que implica ser escuchados y tomados en cuenta en las decisiones que los involucran; esto incluye el derecho a estar informados e informadas, expresar opinión, ser escuchados e intervenir en temas de su interés.

En los CCONNA las niñas, los niños y adolescentes son consultados sobre leyes, planes locales y nacionales. También pueden colaborar en la formulación de propuestas y de presupuestos participativos.

Los CCONNA están conformados por niñas, niños y adolescentes entre los nueve y diecisiete años. Este espacio contribuye con autoridades del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables a nivel nacional, así como con autoridades locales (municipios distritales y provinciales) y regionales.

Las principales funciones de los CCONNA son las siguientes:

- Elaborar y presentar propuestas de políticas en materia de niñez y adolescencia ante la Dirección General de Niñas, Niños y Adolescentes.
- Emitir opiniones sobre las consultas que se realicen en políticas sobre niñez y adolescencia.
- Vigilar y exigir el cumplimiento de derechos y políticas aplicadas por las instituciones u organismos que trabajen la temática de niñez y adolescencia.
- Vigilar toda propuesta de política pública que los afecten.
- Elevar propuestas en materia de niñez y adolescencia.
- Promover los derechos de las niñas, niños y adolescentes en coordinación con los gobiernos regionales y locales.

Tabla 19. Conformación de CCONNA. Julio 2022

Departamento / región	Distrital	Provincial	Regional	Total General
Amazonas	22	7	1	30
Ancash	14	5	1	20
Apurímac	15	2	1	18
Arequipa	24	1	1	26
Ayacucho	21	3	1	25
Cajamarca	12	12	1	25
Callao	7	1	1	9
Cusco	19	3	1	23
Huancavelica	14	5	1	20
Huánuco	52	7	1	60
Ica	24	5	1	30
Junín	28	8	1	37
La Libertad	33	11	1	45
Lambayeque	23	3	1	27
Lima metropolitana	29	1	1	31
Lima provincias	32	4	1	37
Loreto	10	0	1	11
Madre de Dios	4	3	1	8
Moquegua	9	1	1	11
Pasco	14	3	1	18
Piura	58	8	1	67
Puno	12	4	1	17
San Martín	56	3	1	60
Tacna	18	1	1	20
Tumbes	10	3	1	14
Ucayali	9	2	1	12
Total General	**569**	**106**	**26**	**701**

Fuente: Dirección de políticas sobre niñas, niños y adolescentes. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. 2022.

En la Política Nacional Multisectorial para las Niñas, Niños y Adolescentes al 2030, se afirma que la participación política es limitada:

> Muestra de ello son los Consejos Consultivos de Niñas, Niños y Adolescentes (CCONNA), que como espacios de participación en políticas públicas aún tienen insuficiente desarrollo a nivel nacional. Así, para el año 2020, de los 1.874 distritos existentes a nivel nacional, solo el 25 % de distritos (471) tienen en sus municipios un espacio formal para la participación de NNA en políticas públicas que les competen. (MIMP, 2021, p. 44).

9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- **Mejorar registros y mediciones (desigualdades múltiples):** la disminución de ingresos en los hogares perjudica la calidad de vida y la satisfacción de los derechos de niñas, niños y adolescentes. La suspensión de los servicios de salud incidió en la disminución de los indicadores de la vacunación y en otro tipo de enfermedades diferentes al COVID-19. Asimismo, problemas asociados con el déficit de atención aumentaron, junto a problemas de salud y el suicidio. Ya sea por indicadores indirectos o directos, la situación de salud de NNA afronta más riesgos, dada la determinación estructural de la salud por la problemática social de la desigualdad que se hizo más evidente durante la pandemia, razón por la que, precisamente, se la considera sindemia, al estar asociada a los determinantes sociales de la salud y a las carencias de los sistemas de protección social. En ese sentido, se hace necesario analizar las formas de desigualdad en tipologías que directa o indirectamente incluyan las diversas situaciones en que niñas, niños y adolescentes se ven afectados. Tanto indicadores de desigualdad de ingresos o recursos que afectan a los jefes de hogar o madres cabeza de familia, como desigualdad categórica, dada las diferentes oportunidades que tienen los NNA en razón de su identidad de género, etnicidad, contexto territorial, entre otras, así como la afectación directa de las diversas desigualdades a la salud.

- **Ampliar y mejorar la asignación de recursos:** la ampliación y mejor asignación de recursos debe superar las simples consideraciones de igualdad de oportunidades y considerar la desigualdad de resultados. Se debe constatar si se dan logros efectivos de las políticas y los programas desarrollados, o si se mantiene el déficit de satisfacción de los derechos, así como tomar las medidas necesarias de reestructuración o refundación con perspectivas basadas en el derecho al desarrollo y el bienestar de la población.

- **Reformular y fortalecer los sistemas institucionales:** las instituciones y sistemas a cargo de la garantía de los derechos de niñas, niños y adolescentes deben constituir una prioridad del gasto público estatal, y la evaluación de sus programas y rendición de cuentas, una actividad participativa con todos los actores implicados en los derechos de la población NNA.

- **Niñas, niños y adolescentes migrantes:** las dificultades para esta población de niñas, niños y adolescentes son mayúsculas y muestran los límites de una satisfacción de derechos centrada en los Estados, ya que involucra a la cooperación internacional e implica la vigencia de los derechos cosmopolitas de las personas en situación de migración. Es esencial articular las instituciones nacionales con la cooperación internacional para la gestión social en la satisfacción de derechos de NNA migrantes.

- **Niñas, niños y adolescentes de pueblos originarios y contextos rurales:** para la satisfacción de los derechos de niñas, niños y adolescentes de pueblos originarios, se debe agregar la satisfacción de derechos multiculturales, en donde se deben diseñar indicadores especiales para percibir las diferencias en la satisfacción de derechos que requiere este subconjunto de la población, interponiendo un diálogo de saberes. La aplicación de indicadores específicos de satisfacción de derechos de este subconjunto de la población debe hacerse sobre la base del reconocimiento a la diferencia, la multiculturalidad y el diálogo de saberes.

- **Encarar la reapertura de escuelas:** la suspensión de la educación presencial y la adopción de la educación virtual por razones de aislamiento obligatorio constituyó una posibilidad para continuar con el proceso educativo de niñas, niños y adolescentes, pero ha dejado enormes consecuencias que se explican en perdida de rutinas educativas y de socialización absolutamente necesarias para personas en crecimiento y formación. Volver luego de la pandemia a la modalidad presencial de educación implica asumir ese desafío de reconstruir rutinas de aprendizaje y socialización. Otra posibilidad es complementar lo presencial con la modalidad virtual, para facilitar el acceso a NNA que no cuentan con recursos para desplazarse en ocasiones, por diversos motivos.

- **Priorizar la atención integral de la salud mental:** detectar las consecuencias del aislamiento obligatorio en niñas, niños y adolescentes es un desafío que puede llevar a descubrir problemas de salud mental (depresión, ansiedad, la tendencia autista a desconocer la opinión de los demás) y el bullying o matoneo en las nuevas sesiones presenciales, así como la necesidad de buscar formas de catarsis que no se traduzcan en violencia directa, pero tampoco en violencias simbólicas. Es prioridad el desarrollo de acciones de prevención, vigilancia, deteccion temprana, tratamiento y promoción de la salud mental con enfoque comunitario e intersectorial, que conlleven a la reducción de la brecha de tratamiento de los trastornos de salud mental de NNA.

- **Atender más y mejor a los sectores más desprotegidos:** la prioridad de atender población de NNA que hayan quedado en situación de orfandad o con pérdida de cuidadores directos o secundarios, implica mirar una educación que se articule con otros sectores como salud, para contrarrestar problemas de nutrición y desarrollo infantil, prevenir el fracaso escolar y el abandono de la formación escolar por esta población tan afectada durante la pandemia. Así como el desarrollo de políticas que procuren el cuidado desde la familia, con políticas estatales que garanticen su bienestar.

10. REFERENCIAS

Acción contra el hambre. (27 de Junio de 2022). Estudio multisectorial en población refugiada y migrante venezolana que vive en lima metropolitana, Perú. Obtenido de: https://www.r4v.info/es/document/Accion_contra_el_Hambre_Resumen_Ejecutivo_Estudio_Multisectorial_Abril22

Alcalde, J., Lazo, O., Macias, N., & Contreras, C. (2019). Sistema de salud en el Perú: situación actual, desafíos y perspectivas . Revista Internacional de Salud Materno, 8-18.

Arenas, Alberto. (13 de Julio de 2022). Seminario Avanzado sobre Salud Global y Diplomacia en Salud. "Economía y Salud". Obtenido de: https://youtu.be/-dz-Xcu2YMP4

Banco Mundial. (2021). Índice de Gini - Peru. Obtenido de: https://datos.bancomundial.org/indicator/SI.POV.GINI?locations=PE

Banco Mundial. (21 de Julio de 2021). Por cada dos muertes a causa de la COVID-19, un niño pierde a alguien que lo cuide. Obtenido de: https://blogs.worldbank.org/es/voces/por-cada-dos-muertes-causa-de-la-covid-19-un-nino-pierde-alguien-que-lo-cuide-debemos-hacer

Banco Mundial, UNICEF, FCDO, USAID, la Fundación Bill Melinda Gates y UNESCO. (23 de junio de 2022). Obtenido de: https://thedocs.worldbank.org/en/doc/e52f55322528903b27f1b7e61238e416-0200022022/original/Learning-poverty-report-2022-06-21-final-V7-0-conferenceEdition.pdf

Calle-Dávila, M. d. (7 de julio de 2022). Foro Pospandemia y el cuidado infantil en la Comunidad Andina: el caso de la oncología pediátrica. Lima.

Castillo, C. (2021). Las víctimas olvidadas de la pandemia: niñas, niños y adolescentes. CEPAL. Obtenido de: https://www.cepal.org/es/enfoques/victimas-olvidadas-la-pandemia-ninas-ninos-adolescentes

CEPAL. (2021). Panorama Social de América Latina 2020. Santiago de Chile. Obtenido de: https://www.cepal.org/es/publicaciones/46687-panorama-social-america-latina-2020

CEPAL. (2022). Hacia la consolidación de un Estado de bienestar en América Latina y el Caribe: el futuro de la protección social en una era de incertidumbre. Obtenido de: https://www.cepal.org/es/eventos/la-consolidacion-un-estado-bienestar-america-latina-caribe-futuro-la-proteccion-social-era

CEPAL. (2022). Panorama Social de América Latina, 2021. Santiago. Obtenido de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47718/1/S2100655_es.pdf

CEPAL y UNICEF. (2020). Protección social para familias con niños, niñas y adolescentes en América Latina y el Caribe: un imperativo frente a los impactos del COVID-19. Santiago de Chile.

CEPAL, FAO, ALADI. (2016). Seguridad alimentaria, nutrición y erradicación del hambre CELAC 2025: elementos para el debate y la cooperación regionales. Santiago. Obtenido de: https://www.cepal.org/es/publicaciones/40348-seguridad-alimentaria-nutricion-erradicacion-hambre-celac-2025-elementos-debate

Congreso de la República. (2002). Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud. Obtenido de https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/254703-27813

Congreso de la República de Perú. (Febrero de 1993). Constitución Política de Perú. Obtenido de: https://www.congreso.gob.pe/Docs/constitucion/constitucion/-Constitucion-Febrero2022.pdf

Ley N° 31405.- Ley que promueve la protección y desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes que se encuentran. (2 de abril de 2022). Diario oficial El Peruano. Obtenido de: https://busquedas.elperuano.pe/download/url/ley-que-promueve-la-proteccion-y-desarrollo-integral-de-las-ley-n-31405-2036818-

Decreto Supremo N° 008-2020-SA, que declara la Emergencia Sanitaria a nivel nacional. (s.f.). Diario oficial El Peruano. Obtenido de: https://busquedas.elperuano.pe/download/url/decreto-supremo-que-declara-en-emergencia-sanitaria-a-nivel-decreto-supremo-n-008-2020-sa-1863981-2

FAO, FIDA, OPS, WFP y UNICEF. (2021). América Latina y el Caribe - Panorama regional de la seguridad alimentaria y nutricional 2021. Santiago de Chile. Obtenido de: doi:https://doi.org/10.4060/cb7497es

Fiocruz. (2021). Seminario Avanzado sobre Salud Global y Diplomacia en Salud. Obtenido de: https://portal.fiocruz.br/seminarios-avancados-em-saude-global

González, F., Pinzón-Segura, M., Pineda-Restrepo, B., Calle-Dávila, M., Valenzuel, S., & Herrera-Olano. (2021). Respuesta con enfoque de derechos de la niñez frente a la pandemia por COVID-19 en Chile, Colombia y Perú. Rev Panam Salud Publica, 151.Obtenido de: doi:https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.151

Imperial College London. (28 de noviembre de 2022). Obtenido de: https://imperial-collegelondon.github.io/orphanhood_calculator/#/country/Peru

INABIF. (2022). Asistencia Económica para Casos de Orfandad por la COVID-19. Obtenido de: https://www.gob.pe/institucion/inabif/campa%C3%B1as/3931-asistencia-economica-para-casos-de-orfandad-por-la-covid-19

INE. (2021). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES 2021. Lima.

INEI. (2019). Evolución de la pobreza monetaria 2007-2018. Informe técnico. Lima.

INEI. (2 de junio de 2022). Comportamiento de los indicadores de mercado laboral a nivel nacional. Trimestre: enero-febrero-marzo 2022. Informe técnico N°2 junio de 2022. Obtenido de: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/02-informe-tecnico-empleo-nacional-ene-feb-mar-2022.pdf

INEI. (13 de mayo de 2022). Desnutrición crónica afectó al 11,5% de la población menor de cinco años. Obtenido de: https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/desnutricion-cronica-afecto-al-115-de-la-poblacion-menor-de-cinco-anos-13587/

INEI. (2022). Diálogos CIES Perú Sostenible. Las Nuevas Cifras de Pobreza 2021. Obtenido de: INEI y Consorcio de Invehttps://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/pobreza-monetaria-2021-cies-10-05-2022.pdf

INEI. (2022). Estadísticas de educación. Obtenido de: https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/education/

INEI. (2 de junio de 2022). Estado de la niñez y la adolescencia. Obtenido de: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/02-informe-tecnico-ninez-y-adolescencia-ene-feb-mar-2022.pdf

INEI. (2022). Sistema de monitoreo y seguimiento de los indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Obtenido de: http://ods.inei.gob.pe/ods/objetivos-de-desarrollo-sostenible/fin-de-la-pobreza

INS. (2020). Informe Gerencial SIEN HIS. Estado Nutricional de Niños y Gestantes que acceden a Establecimientos de Salud. Lima. Obtenido de: https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/cenan/van/informes/2020/Informe%20Gerencial%20SIEN-HIS%202020%20FINAL.pdf

Marinho, M., & Castillo, C. (2022). Los impactos de la pandemia sobre la salud y el bienestar de niños y niñas en América Latina y el Caribe: la urgencia de avanzar hacia sistemas de protección social sensibles a los derechos de la niñez. Santiago de Chile. Obtenido de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47806/4/S2200064_es.pdf

MIMP. (2021). Política Nacional Multisectorial para las Niñas, Niños y Adolescentes al 2030. Obtenido de: https://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/pnaia/pdf/PNMNNA-2030.pdf

MIMP. (2022). Dirección General de Niñas, Niños y Adolescentes. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Consejos Consultivos de Niñas Niños y Adolescentes: Obtenido de: https://www.mimp.gob.pe/direcciones/dgnna/contenidos/articulos.php?codigo=30

Ministerio de Salud de Perú. (2019). Análisis de la Situación de Salud del Perú 2019. Lima. Obtenido de: https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis/Asis_peru19.pdf

MINSA. (31 de enero de 2020). Plan Nacional de Preparación y Respuesta frente al riesgo de introducción del Coronavirus. Obtenido de: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/505245/resolucion-ministerial-039-2020-MINSA.PDF

MINSA. (26 de julio de 2022). COVID-19: Minsa autoriza la aplicación de la tercera dosis en niños y niñas de 5 a 11 años. Obtenido de: https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/635426-covid-19-minsa-autoriza-la-aplicacion-de-la-tercera-dosis-en-ninos-y-ninas-de-5-a-11-anos

MINSA. (2022). Muertes por suicidio en el Perú. Lima. Obtenido de: https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/defunciones_registradas.asp

MINSA y CDC. (29 de julio de 2022). Situación Actual COVID-19. Perú 2021-2022. Obtenido de: https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/coronavirus/coronavirus300922.pdf

MINSA y UNICEF. (2020). La salud mental de niñas, niños y adolescentes en el contexto de la COVID-19. Lima. Obtenido de: https://www.unicef.org/peru/media/10616/file/-Salud%20menta%20en%20contexto%20COVID19.pdf

Naciones Unidas. (2015). Anexo Marco de indicadores mundiales para los Objetivos de Desarrollo Sostenibles y Metas de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Obtenido de: https://unstats.un.org/sdgs/indicators/Global%20Indicator%20-Framework_A.RES.71.313%20Annex.Spanish.pdf

Naciones Unidas. (2022). Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Obtenido de: https://unstats.un.org/sdgs/report/2022/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2022_Spanish.pdf

OMS. (2022). Panel de inmunización. Obtenido de: https://immunizationdata.who.int/

OMS y UNICEF. (22 de julio de 2022). La pandemia de COVID-19 causa el mayor retroceso ininterrumpido de la vacunación en treinta años. Obtenido de: https://www.who.int/es/news/item/15-07-2022-covid-19-pandemic-fuels-largest-continued-backslide-in-vaccinations-in-three-decades

ONU. (1989). Convención sobre los Derechos del Niño. Naciones Unidas. Obtenido de: https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf

OPS. (2021). Inmunización en las Américas. Resumen 2021. Obtenido de: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55693/OPSFPLIM210040_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

OPS. (21 de julio de 2021). La pandemia de COVID-19 causa un importante retroceso en la vacunación infantil. Obtenido de: https://www.paho.org/es/noticias/15-7-2021-pandemia-covid-19-causa-importante-retroceso-vacunacion-infantil-segun-se

OPS/OMS. (15 de julio de 2022). La pandemia de COVID-19 causa el mayor retroceso ininterrumpido de la vacunación en treinta años. Obtenido de: https://www.who.int/es/news/item/15-07-2022-covid-19-pandemic-fuels-largest-continued-backslide-in-vaccinations-in-three-decades

ORAS-CONHU. (2021). Sistematización seminarios web: hacia una nueva normalidad. Sistemas de salud universales y resilientes. Informe de Gestión. Lima. Obtenido de: http://www.orasconhu.org/content/informe-de-gesti%C3%B3n-2020-agosto-2021

ORAS-CONHU. (Junio de 2022). Desigualdades sociales en salud. Línea de base para una recuperación transformadora con inclusión social y sostenibilidad ambiental en los países de la región Andina. Documento de Trabajo. Lima. Obtenido de: https://www.orasconhu.org/sites/default/files/DESIGUALDADES_-SOCIALES_EN_SALUD_2022.pdf

Our World in Data. Universidad de Oxford. (30 de julio de 2022). Seguimiento de las vacunas contra el coronavirus en todo el mundo. Obtenido de: https://www.nytimes.com/interactive/2021/world/covid-vaccinations-tracker.html

Our World in Data. (31 de julio de 2022). Nuevos casos diarios confirmados de COVID-19 por millón de personas. Obtenido de: https://ourworldindata.org/covid-cases?country=PER~BOL~CHL~-COL~ECU~VEN#what-is-the-daily-number-of-confirmed-cases

Presidencia de la República del Perú. (4 de julio de 2022). Perú del Bicentenario: Asegurados en salud. Obtenido de: https://www.youtube.com/watch?v=9FkMld3y2DI

Rodríguez, E. (2022). Caracterización básica del marco situacional en países seleccionados del cono sur y la región andina. Uruguay.

Rubio, M. (2017). La construcción de un sistema de protección social adecuado a la infancia en el Perú. Oportunidades y retos. Santiago. Obtenido de: https://www.cepal.org/es/publicaciones/43193-la-construccion-un-sistema-proteccion-social-adecuado-la-infancia-peru

Estimaciones mínimas globales de niños afectados por la orfandad asociada a COVID-19 y muertes de cuidadores: un estudio de modelización. (2021). The Lancet. Obtenido de: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)01253-8/fulltext

UNICEF. (2020). COVID-19: Impacto en la pobreza y desigualdad en niñas, niños y adolescentes en el Perú. Estimaciones 2020-2021. Obtenido de: https://www.unicef.org/peru/media/9026/file/Reporte%20t%C3%A9cnico.pdf

UNICEF. (2021). Niñas, niños y adolescentes en el Perú. Análisis de su situación al 2020. Lima. Obtenido de: https://www.unicef.org/peru/media/12141/file/Resumen%20Ejecutivo:%20Situaci%C3%B3n%20de%20ni%C3%B1as,%20ni%C3%B1os%20y%20adolescentes%20en%20el%20Per%C3%BA%20.pdf

UNICEF. (2022). Panel de estimaciones de cobertura de inmunización. Obtenido de: https://data.unicef.org/topic/child-health/immunization/: https://data.unicef.org/resources/immunization-coverage-estimates-data-visualization/

Worldometer. (2022). COVID Live. Estadísticas de coronavirus. Obtenido de: https://www.worldometers.info/coronavirus/

URUGUAY

La sindemia asociada a COVID-19 y los derechos de niñas, niños y adolescentes en Latinoamérica

Ernesto Rodríguez
Consultor internacional
Proyecto "Impacto de la Sindemia en los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes en Argentina, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Uruguay

Giorgina Garibotto y Natalia de Souza
Dirección Nacional de Desarrollo Social del Ministerio de Desarrollo Social
Área Uruguay Crece Contigo

Montevideo, segundo semestre 2022

CONTENIDO

Introducción 397

1. Marco socioeconómico 399

1.1 Impacto de la pandemia en la pobreza y la desigualdad 399
1.2 Caracterización general del sistema de protección social 402
1.3 Gasto público social: cuantificación y distribución 404

2. Derecho a la salud 408

2.1 Cobertura de vacunación 408
2.2 Atención en servicios de salud 410
2.3 Problemas relacionados con la salud mental 412

3. Derecho a la alimentación 414

3.1 Tipo y valor de los alimentos consumidos 414
3.2 Inseguridad alimentaria 417
3.3 Malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad) 421

4. Derecho a la educación 426

4.1 Acceso a educación de calidad 426
4.2 Conectividad y uso de TIC 429

5. Derecho a la protección 434

5.1 Protección contra toda forma de violencia 434
5.2 Protección contra la explotación laboral 442
5.3 Protección contra la explotación sexual y comercial 445

6. Derecho a la participación 447

6.1 Derecho a ser escuchado 447
6.2 Derecho a participar en la toma de decisiones 450
6.3 Derecho a la participación social y política 451

7. Un balance preliminar sobre el impacto de la sindemia del COVID-19 en los derechos de NNA 452

Referencias 455

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Indicadores seleccionados sobre COVID-19 al 26 de septiembre 2022 398
Tabla 2. Menores de 18 años según niveles de pobreza e indigencia por grupos de edad 1990-2010 399
Tabla 3. Pobreza en Uruguay por grupos de edades 400
Tabla 4. Tasas de pobreza por grupos de edad, alrededor de 2020, en porcentajes 401
Tabla 5. Distribución del ingreso en América Latina y países seleccionados (2002-2020) 402
Tabla 6. Indicadores básicos de la población en 2020 402
Tabla 7. Hogares con NNA y con jefe/a de hogar activo/a según acceso a protección social 2018 (%) 404
Tabla 8. Gasto social global en seis países de Suramérica (2019-2020) 405
Tabla 9. Gasto social en seis países de Suramérica (2019-2020) por funciones del gasto 405
Tabla 10. Cobertura reportada de vacunaciones (%) 2018-2021 408
Tabla 11. Avances en la vacunación contra el COVID-19 (al 06/07/2022) 409
Tabla 12. Vacunación por edad (%) según dosis (al 7 de julio de 2022) 409
Tabla 13. Nacidos vivos según edad materna 2014-2020 411
Tabla 14. Alimentos consumidos por niños, niñas y adolescentes según edades (%) 414
Tabla 15. Alimentos consumidos por niñas, niños y adolescentes según nivel de seguridad alimentaria (%) 416
Tabla 16. Seguridad e inseguridad alimentaria 2020 en hogares, según variables (en %) 419
Tabla 17. Seguridad e inseguridad alimentaria 2020 en personas referentes, según variables (en %) 420
Tabla 18. Inseguridad alimentaria moderada o grave en seis países de Suramérica (en millones) 421
Tabla 19. Prevalencia de sobrepeso en niños y niñas menores de 5 años (%) 424
Tabla 20. Prevalencia del retraso en el crecimiento en niñas y niños menores de 5 años (%) 424
Tabla 21. Asistencia escolar (%) ambos sexos y dos grupos de edad por niveles de ingresos 2015-2020 426
Tabla 22. Intensidad del cierre de escuelas: de marzo 2020 a marzo 2022 (%) 428
Tabla 23. Conexión a internet y conexión a banda ancha fija en hogares, por quintiles de ingreso 2019 (%) 430
Tabla 24. Uso de internet (%) por nivel educativo y por niveles de ingreso (2019) 430

Tabla 25. Conexión diaria a internet según dispositivo, por edad y nivel educativo 2019 (%) 431
Tabla 26. Tasas de suicidio en adolescentes (por cada 100 000 habitantes) de 15 a 19 años en seis países de Suramérica (2019) 439
Tabla 27. Suicidios consumados por grupos de edad para el período 2016-2019 en Uruguay 439
Tabla 28. ¿Cómo cree usted que es mejor actuar para que usted y el país avances más? Respuestas por edad en 2015 y 2020 (%) 451

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Nuevos casos confirmados diarios de COVID-19 por millón de personas 398
Gráfico 2. Porcentaje de personas en condiciones de pobreza 2006-2020 400
Gráfico 3. Evolución del Producto Interno Bruto (PIB) 1990-2020 401
Gráfico 4. Pirámide poblacional (distribución de la población por sexo y edad) en 2020 403
Gráfico 5. Ingresos y gastos del Gobierno central 406
Gráfico 6. Deuda externa como porcentaje del PIB 1990-2020 407

Introducción

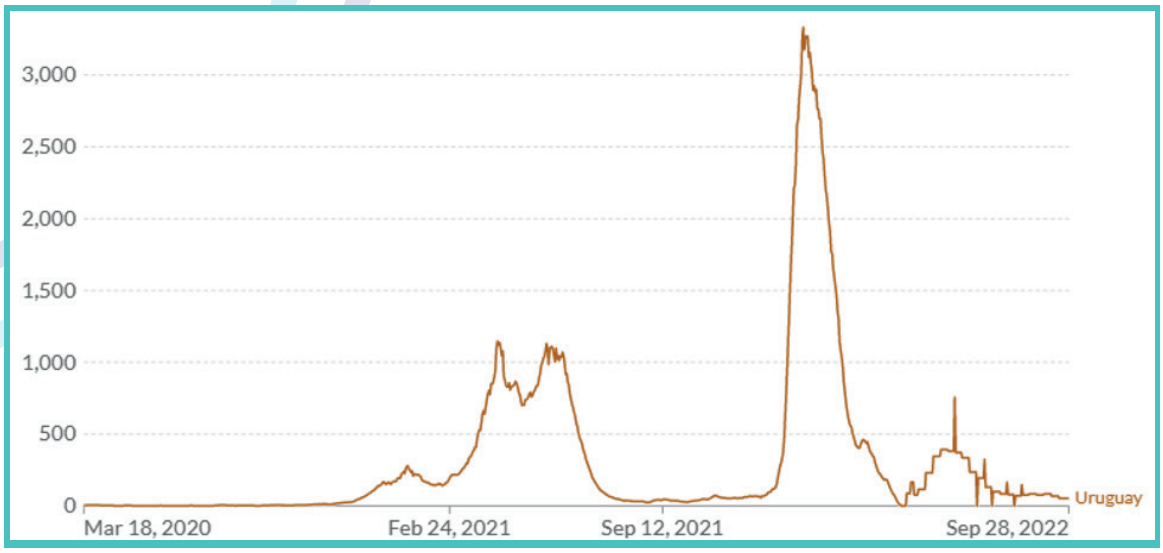
En marzo de 2020, coincidió la asunción de un nuevo Gobierno en Uruguay con, apenas una semana de diferencia de la declaración oficial de la llegada de la pandemia del COVID-19. En los años anteriores, el país había vivido un período de aumento del gasto público social y ampliación de la malla de protección social de la población, reduciéndose significativamente la pobreza y (más limitadamente) la desigualdad. De este modo, se continuaron desplegando importantes esfuerzos de largo plazo en el campo de la protección social, que permitieron enfrentar la pandemia satisfactoriamente.

Uruguay ostenta los mejores indicadores comparados a nivel regional en casi todos los campos vinculados con el desarrollo social y, también en el campo tecnológico y del funcionamiento democrático general, pero existen importantes sectores poblacionales que enfrentan restricciones económicas y sociales, entre los cuales se destacan claramente niños, niñas y adolescentes (NNA). Esto es muy visible, por ejemplo, cuando se comparan los niveles de pobreza, que son 11 veces más elevados entre los menores de 18 años que entre los mayores de 65, en un país donde la proporción de adultos mayores es significativamente más alta que en los demás países de la región, pero en términos absolutos siguen siendo menos que los menores de 18 años, lo que muestra que las políticas sociales se concentran abrumadoramente en adultos y adultos mayores (como se verá en las páginas que siguen), aunque no sean la población mayoritaria.

Durante los años 2020 y 2021, la población adoptó completamente las medidas de restricción sanitaria implementadas, al tiempo que el sistema integrado de salud respondió con pertinencia y oportunidad a los problemas generados, sin embargo, los impactos socioeconómicos, laborales y en salud mental han sido notorios.

Como resultado general, Uruguay se ubicó (al inicio de la pandemia) entre los países con menor número de contagios y muertes. Posteriormente, al comparar entre los países del estudio y el total de casos por millón de habitantes llegó a ubicarse en los primeros lugares, aunque el país se caracterizó por una menor letalidad y porque pudo atender la demanda de servicios de tratamiento intensivo.

Gráfico 1. Nuevos casos confirmados diarios de COVID-19 por millón de personas



Fuente: OurWorldinData. (2022). Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data.

Tabla 1. Indicadores seleccionados sobre COVID-19 al 26 de septiembre 2022

Países	Casos totales	Muertes totales	Total casos / 1 millón de habitantes	Muertes / 1 millón de habitantes
Mundo	**620.347.023**	**6.540.542**	**78.795**	**831**
Argentina	9.708.420	129.897	210.504	2.817
Chile	4.620.377	61.141	240.017	3.176
Colombia	6.307.372	141.794	122.443	2.753
Ecuador	1.003.778	35.894	55.416	1.982
Perú	4.143.869	216.548	123.021	6.429
Uruguay	984.152	7.473	281.142	2.135
Total:	**26.767.968**	**592.747**	**105.435**	**2.875**

Fuente: Worldometer. (2022). COVID Live. Estadísticas de coronavirus.

Asimismo, Uruguay se ubicó entre los países que lograron (prácticamente) universalizar tempranamente la vacunación de toda la población, por lo que pudo levantar las medidas restrictivas a comienzos de 2022. Esto incluyó el retorno a clases presenciales, en un marco en el que la enseñanza remota también pudo implementarse razonablemente bien en los dos años previos (al menos, en la comparación regional) debido al denominado Plan Ceibal, que otorgó en los últimos 15 años un computador por niño/a y por maestro/a, con apoyo general de conectividad de alta calidad y cobertura universal.

1. MARCO SOCIOECONÓMICO

A efectos de caracterizar el marco socioeconómico en el que se ubican los derechos de NNA, se presentan a continuación algunos indicadores vinculados con la pobreza y la desigualdad, junto con una caracterización del sistema de protección social y del gasto o inversión social.

▸▸ 1.1 Impacto de la pandemia en la pobreza y la desigualdad

Los niveles de pobreza en Uruguay descendieron notoriamente en lo que va de este siglo, luego de ubicarse por encima del 30 % en los años ochenta y por encima del 20 % en los años noventa. A comienzos de este siglo, incluso, la crisis económica de 2001-2002 impactó fuertemente en este campo, duplicando el porcentaje de personas en situación de pobreza entre 1999 (15.3 %) y 2003 (30.9 %). A partir de 2004 comenzó a descender y dicho descenso se amplió notoriamente desde entonces, hasta la llegada de la pandemia, que implicó el cambio de dicha tendencia. Así, mientras la pobreza bajó del 32.5 % al 8.8 % entre 2005 y 2019, volvió a subir en 2020, llegando al 11.6 %, bajando levemente al 10.2 % en 2021.

En este marco, la distribución del impacto de la pobreza por edad sigue mostrando que la misma se concentra abrumadoramente en niños, niñas y adolescentes. Las dos tablas siguientes muestran la evolución histórica entre 1990 y 2010, diferenciando subgrupos de edad en este grupo (Tabla 2) así como la evolución reciente, comparando a menores de 15 años con mayores de 65. Como puede apreciarse, entre NNA la pobreza es 10 veces más elevada.

Tabla 2. Menores de 18 años según niveles de pobreza e indigencia por grupos de edad 1990-2010

País	0 a 5 Años			6 a 12 Años			13 a 17 Años		
Años	Indigentes	Pobres no indigentes	Total pobres	Indigentes	Pobres no indigentes	Total pobres	Indigentes	Pobres no indigentes	Total pobres
1990	8.1	25.9	34.0	6.9	24.8	31.7	6.1	20.0	26.1
2000	4.9	17.3	22.2	3.5	14.8	18.3	2.9	11.1	14.0
2010	3.9	14.7	18.6	3.0	14.6	17.6	2.4	12.4	14.8

Fuente: Cecilia Rossel. (2013). Desbalance Etario del Bienestar: el Lugar de la Infancia en la Protección Social en América Latina. CEPAL – UNICEF, Santiago.

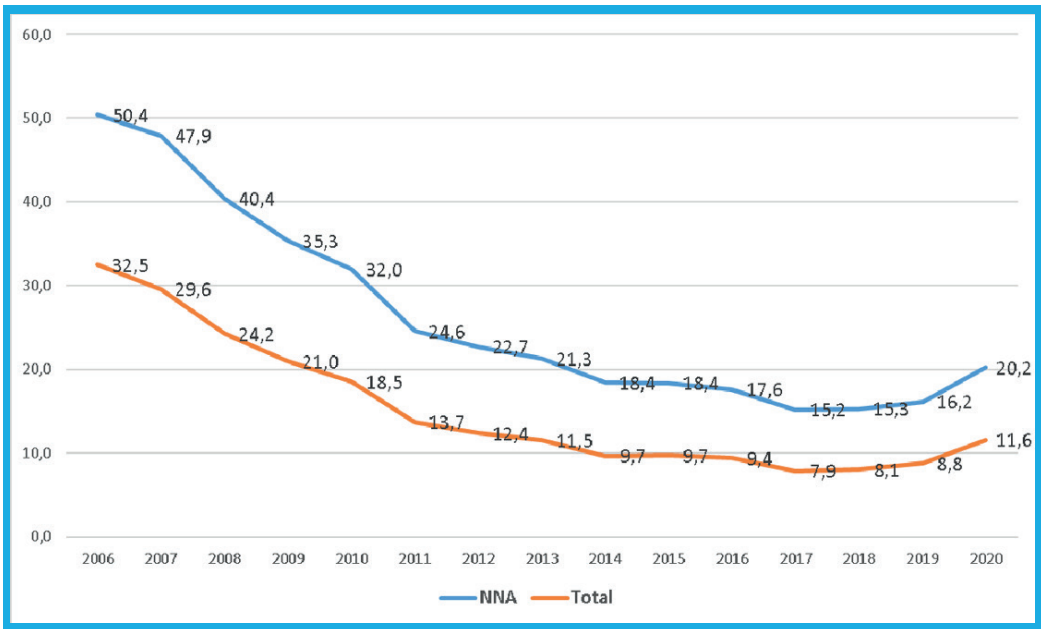
Tabla 3. Pobreza en Uruguay por grupos de edades

Total	2018	2019	2020	2021
	8.1	8.8	11.6	10.6
Menores de 6 años	17.2	17.0	21.3	18.6
6 a 12 años	15.0	16.5	20.6	19.4
13 a 17 años	13.9	15.0	18.9	18.8
18 a 64 años	6.6	7.4	10.3	9.3
65 años y más	1.4	1.8	2.3	2.1

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas (www.ine.gub.uy).

En términos gráficos, por su parte, la evolución de más largo plazo permite comparar (agrupadamente) las personas ubicadas bajo la línea de pobreza en general, versus las que se ubican en el grupo de NNA (mirando los mismos temas desde otro ángulo) del siguiente modo:

Gráfico 2. Porcentaje de personas en condiciones de pobreza 2006-2020



Fuente: Observatorio de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes del Uruguay (2020).

En la comparación regional, por su parte, mientras la pobreza en menores de 14 años se ubica en el 11 % en Uruguay (frente al 53 % en Argentina y Colombia), la de adultos mayores se ubica, apenas, en el 1 % en Uruguay (frente al 27 % en Colombia y el 16 % en Perú y Ecuador). Esto muestra claramente que, aunque la pobreza en Uruguay es la más baja de este conjunto de países, la concentración de esta en NNA (en comparación con la población de adultos mayores) es inmensa en nuestro país, al tiempo que es casi equivalente a la de Argentina (más de 9 veces), pero más limitada en los otros países (tres veces más en Chile y Ecuador, poco más del doble en Perú).

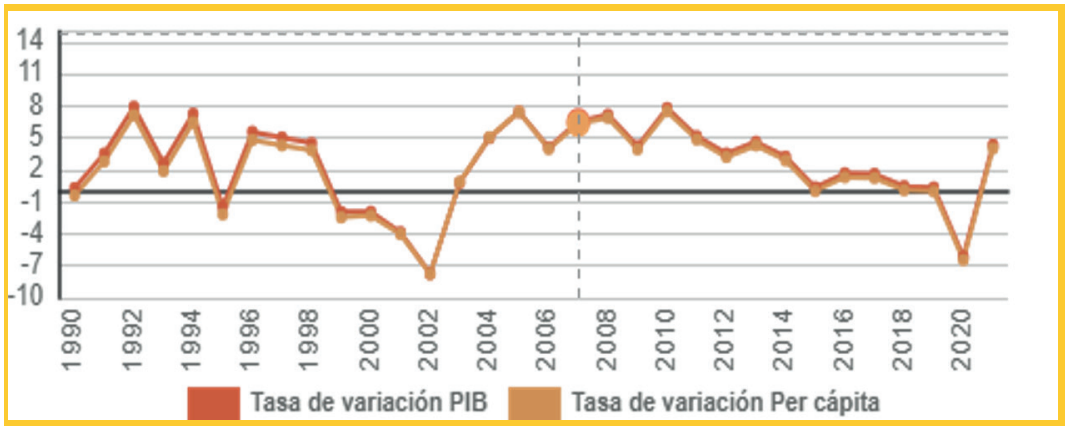
Tabla 4. Tasas de pobreza por grupos de edad, alrededor de 2020, en porcentajes

Países	0 a 14 Años	15 a 39 Años	40 a 64 Años	65 Años y más
Uruguay	11	6	3	1
Chile	21	15	13	6
Perú	39	29	23	16
Ecuador	44	30	22	16
Argentina	53	37	26	6
Colombia	53	39	32	27

Fuente: M. Marinho y C. Castillo. (2022). Los impactos de la pandemia sobre la salud y el bienestar de niños y niñas en América Latina y el Caribe: la urgencia de avanzar hacia sistemas de protección social sensibles a los derechos de la niñez. Santiago.

Estas tendencias de la pobreza estuvieron ligadas, lógicamente, a la dinámica económica, medida a partir de la evolución del Producto Interno Bruto (PIB), presentada en el Gráfico 3.

Gráfico 3. Evolución del Producto Interno Bruto (PIB) 1990-2020



Fuente: CEPALSTAT. (2022). Bases de datos y publicaciones estadísticas principales. Cifras de América Latina y el Caribe. Disponible en: https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/index.html

Como puede apreciarse, el decrecimiento se ubicó en el entorno del -7 % en 2020, cifra similar a la registrada en 2002, en el marco de un promedio del 4 % de crecimiento en el período 2005-2019, aunque con diferencias notorias en el período, desde años de elevado crecimiento, como los registrados entre 2005 y 2010, hasta períodos de crecimiento cero o negativo, como los registrados entre 2015 y 2019.

A su vez, esto ha impactado en la distribución del ingreso: la Tabla 5 muestra que Uruguay ostenta la menor concentración de ingresos (medida por el coeficiente de Gini) del conjunto de países aquí considerados (junto con Argentina), al tiempo que muestra un descenso importante entre 2002 y 2017, que se ha revertido levemente en 2020. Es plausible suponer que esta tendencia se mantiene.

Tabla 5. Distribución del ingreso en América Latina y países seleccionados (2002-2020)

Países	2002	2008	2014	2017	2020
América Latina	0.54	0.50	0.47	0.46	0.46
Argentina	0.50	0.42	0.39	0.39	0.40
Chile	0.51	0.48	0.45	0.45	0.47
Colombia	0.57	0.58	0.54	0.51	0.55
Ecuador	0.54	0.49	0.45	0.44	0.47
Perú	0.54	0.49	0.45	0.45	0.46
Uruguay	0.47	0.45	0.39	0.39	0.40

Fuente: CEPAL. (2022). Panorama Social de América Latina 2021. Santiago.

1.2 Caracterización general del sistema de protección social

Las dinámicas vinculadas con las pobrezas y las desigualdades reseñadas, esquemáticamente, se explican también por el sistema de protección social existente en Uruguay, el que, a su vez, acompasa el perfil de la población, presentado en el siguiente cuadro:

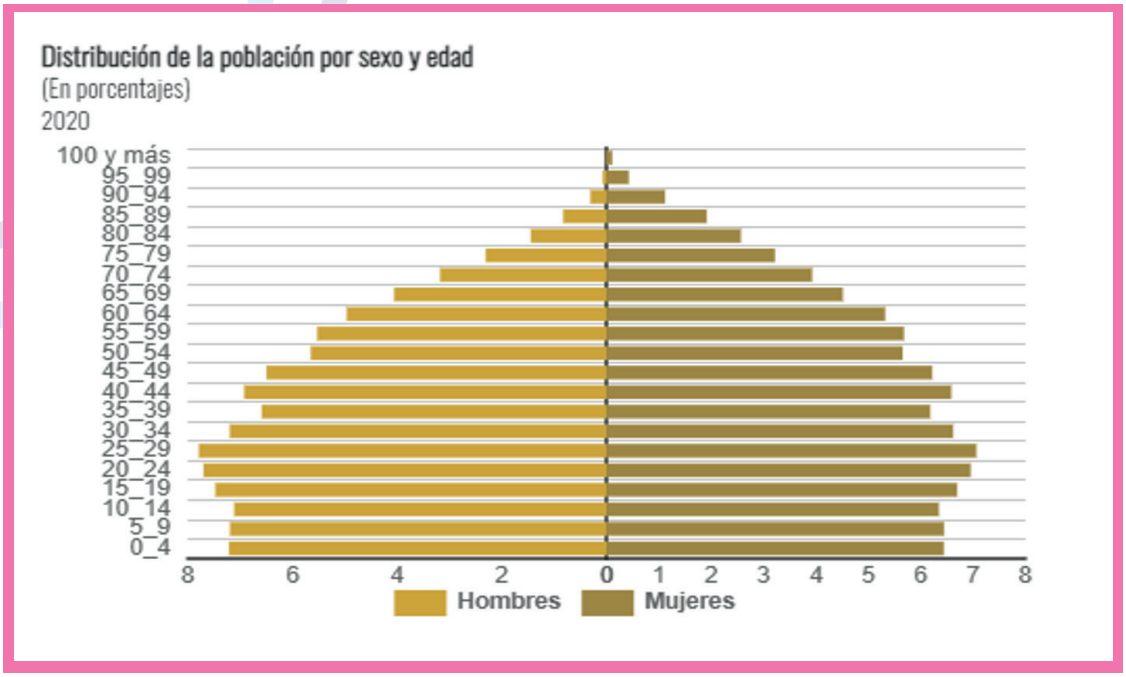
Tabla 6. Indicadores básicos de la población en 2020

Población total	3 473 700
Tasa anual de crecimiento de la población	0.3 %
Población rural	-2.6 %
Población urbana	0.4 %
Tasa bruta de natalidad	13.3
Tasa bruta de mortalidad	0.5
Tasa de migración	-0.8
Esperanza de vida	78 años
Hombres	75 años
Mujeres	82 años

Fuente: CEPALSTAT. (2022). Bases de datos y publicaciones estadísticas principales. Cifras de América Latina y el Caribe. Disponible en: https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/index.html

En particular, importa recordar que Uruguay es el único país de América Latina que ya ha completado su transición demográfica y, por tanto, hace tiempo que no goza de las ventajas potenciales del denominado "bono demográfico" (esto es, la mejor relación —desde el punto de vista del desarrollo— entre población activa y pasiva), visible en una pirámide demográfica (como la que muestra el Gráfico 4) donde predominan los sectores adultos.

Gráfico 4. Pirámide poblacional (distribución de la población por sexo y edad) en 2020



Fuente: CEPALSTAT. (2022). Bases de datos y publicaciones estadísticas principales. Cifras de América Latina y el Caribe. Disponible en: https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/index.html

Esto explica (junto con otros factores ligados a variables sociopolíticas, en particular) que nuestro país cuente con un Sistema de Protección Social "centenario" (construido durante todo el siglo XX) de amplia cobertura (aunque con inequidades marcadas, especialmente en términos de género y generacionales).

Se trata de un sistema que cuenta con varios componentes, entre los que predomina ampliamente el pilar contributivo (esto es, financiado a partir de contribuciones de trabajadores y empresas) por sobre el componente no contributivo (esto es, financiado directamente por el Estado, a partir de la recaudación fiscal) concentrado en diversas transferencias (condicionadas y no condicionadas). Las últimas cifras disponibles en términos comparados (presentadas en el siguiente cuadro) muestran que este es un elemento distintivo de nuestro país en la región.

Tabla 7. Hogares con NNA y con jefe/a de hogar activo/a según acceso a protección social 2018 (%)

Países	Con protección mixta	Con protección no contributiva	Con protección contributiva	Sin protección
Uruguay	15	15	63	7
Chile	19	14	52	15
Perú	0	17	24	58
Ecuador	5	12	42	41
Argentina	6	21	51	21
Colombia	3	16	37	44

Fuente: Claudio Castillo y María Luisa Marinho. (2022).

Como puede apreciarse, la cobertura es prácticamente universal (apenas el 7 % de la población carece de protección) mientras que Chile y Argentina cuentan con amplia cobertura, pero no universal, al tiempo que Ecuador y Colombia muestran que la población sin protección está por encima del 40 % y en el Perú, incluso, llega casi al 60 %.

Estas diferencias obedecen, sin duda, a las diversas formas que asumen los respectivos sistemas de protección social, lo que a su vez tiene relación directa con los niveles de formalidad e informalidad vigentes en cada caso, tanto en términos económicos generales, como en lo que atañe a los mercados de trabajo en particular.

▸▸ 1.3 Gasto público social: cuantificación y distribución

El tercer componente en esta sección del informe es la vinculada con el gasto social, tanto en sus dimensiones como en su distribución sectorial. La Tabla 8 compara los datos de 2019 y 2020 y muestra que nuestro país (junto con Chile) se ubica, comparado con los países del estudio, con mayores niveles absolutos (medidos en dólares) de inversión social, en tanto Perú se ubica en las antípodas, con el menor registro desde este ángulo.

Por su parte, en términos relativos, Uruguay se ubica (junto con Chile y Argentina, seguidos de cerca por Colombia) entre los países con mayor proporción del gasto social, en tanto Ecuador y Perú muestran porcentajes más acotados. Resulta significativo, también, constatar que todos los países ampliaron el gasto social durante 2020, para hacer frente a la pandemia.

Tabla 8. Gasto social global en seis países de Suramérica (2019-2020)

	Como % del PIB		En dólares constantes de 2010	
Países	**2019**	**2020**	**2019**	**2020**
Argentina	13.0	17.2	1.278	1.492
Chile	17.3	20.2	2.584	2.965
Colombia	12.5	15.5	976	1.103
Ecuador	10.5	11.7	534	533
Perú	11.0	13.4	726	792
Uruguay	16.2	16.7	2.578	2.543

Fuente: CEPAL. (2022). Panorama Social de América Latina 2021. Santiago.

Por su parte, la distribución sectorial del gasto social muestra diferencias importantes entre países, ubicando a Uruguay entre los países (prácticamente todos, a excepción de Argentina) que cuentan con una distribución equilibrada entre tres de los sectores (protección social, educación y salud), en tanto la asignación de recursos en Argentina se concentra abrumadoramente en protección social. Al mismo tiempo, las cifras muestran que —a excepción de Perú— la asignación de recursos a los otros tres sectores considerados (vivienda, servicios comunitarios, recreación, cultura, religión y protección del medio ambiente) es muy baja, según puede verse en Tabla 9.

Tabla 9. Gasto social en seis países de Suramérica (2019-2020) por funciones del gasto

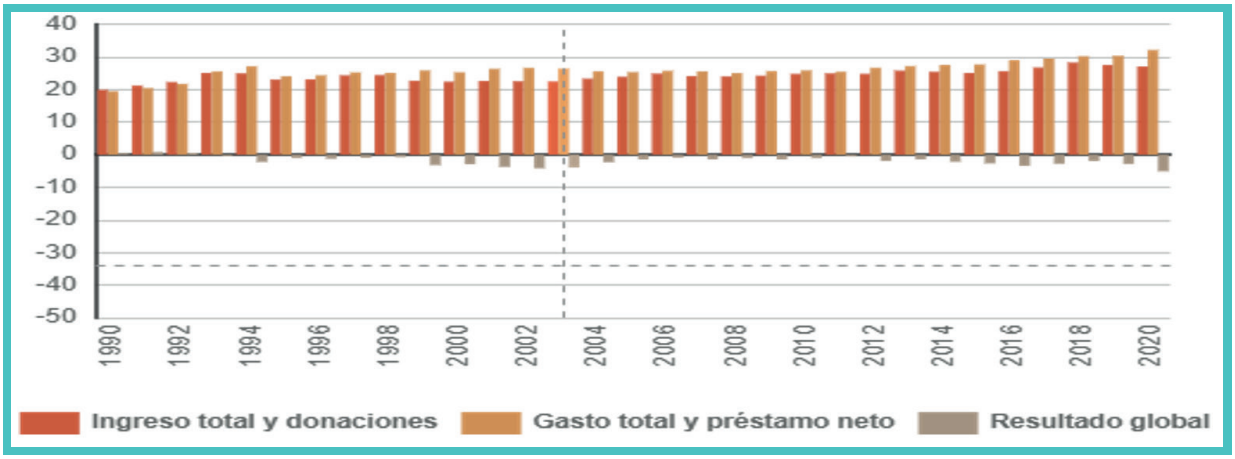
Países	Protección Social	Educación	Salud	Vivienda y servicios comunitarios	Recreación, cultura y religión	Protección del medio ambiente
Argentina	83.0	7.0	7.2	2.5	0.0	0.4
Chile	40.2	26.8	29.9	1.7	0.8	0.5
Colombia	48.3	23.5	24.8	2.0	1.0	0.4
Ecuador	34.0	35.7	23.4	4.7	1.2	1.0
Perú	31.4	30.3	25.3	3.5	1.7	7.8
Uruguay	46.0	27.9	21.9	2.9	1.1	0.2

Fuente: CEPAL. (2022). Panorama Social de América Latina 2021. Santiago.

En cualquier caso, el problema central (en el marco de este informe) es la desigual distribución del gasto social por tramos etarios, y en tal sentido, los estudios disponibles muestran que dicho gasto está altamente concentrado en adultos mayores, a través de mayores asignaciones a la seguridad social y en menor medida a NNA, a través de asignaciones en educación, que se ubican muy por debajo de aquellas: en 2018, las cifras se ubicaban en 14.1 y 5.1 % del PIB respectivamente.

Por último, importa destacar que la evolución reciente global del Gasto Público Social (GPS) se ubica en el marco de una perspectiva de más largo plazo, que en el caso de Uruguay se presenta en el siguiente gráfico. Como puede apreciarse, mientras en el período 1990-2003 la tendencia muestra una estabilidad evidente, en lo que tiene que ver con ingresos y gastos, a partir de 2004 comienza a verificarse una tendencia a la expansión de ambas variables, seguramente vinculadas con las reformas tributarias y los diferentes programas sociales puestos en práctica, para paliar los efectos negativos de la crisis de 2001-2002, que se mantiene hasta el final de esta serie.

Gráfico 5. Ingresos y gastos del Gobierno central

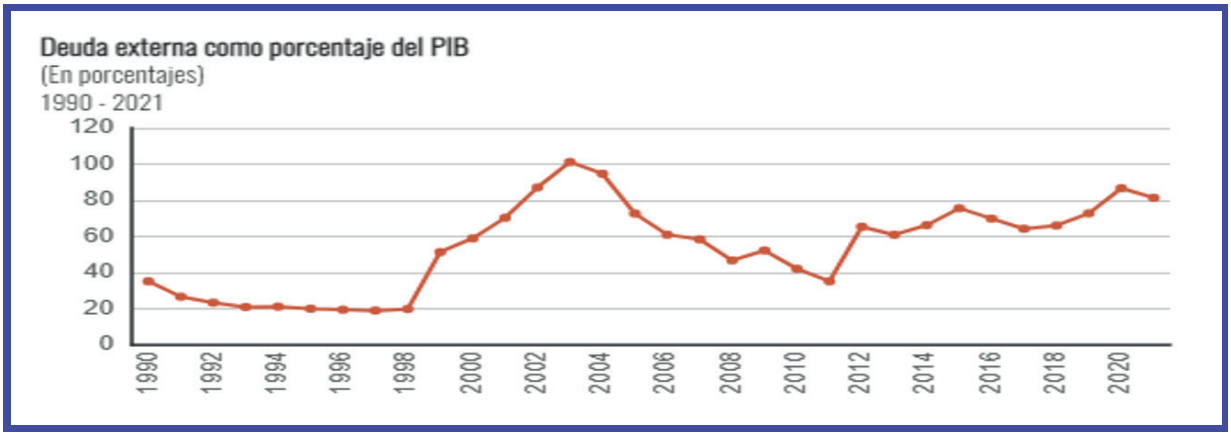


Fuente: CEPALSTAT. (2022). Bases de datos y publicaciones estadísticas principales. Cifras de América Latina y el Caribe. Disponible en: https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/index.html

Por su parte, también importa mirar los resultados de la combinación de ambas dinámicas, expresadas en términos de superávit o déficit fiscal, esfera en la cual se puede apreciar un aumento del déficit entre 2000 y 2003, que luego va disminuyendo paulatinamente, manteniéndose establemente durante varios de los años siguientes, hasta que desde 2015 vuelven a registrarse déficits en aumento, con cifras considerablemente más altas en 2020.

El financiamiento de estos déficits, en general, se realiza a través de aumentos de la recaudación, disminución de los gastos o aumentos en la deuda externa. En este caso concreto, todo parece indicar que este último factor ha sido la "variable de ajuste" más importante, tal como puede visualizarse en el Gráfico 6, que muestra un aumento importante desde 2014 y que solo cambia de tendencia en 2020. En este último año, al parecer, la variable de ajuste más utilizada fue la vinculada con la reducción del gasto, promovida en el marco, precisamente, de la nueva política económica implantada en el país, centrada en la reducción del déficit fiscal, incluso a costa de congelar o recortar componentes del gasto social que deberían haberse expandido, para combatir con más éxito los principales impactos sociales de la pandemia.

Gráfico 6. Deuda externa como porcentaje del PIB 1990-2020



Fuente: CEPALSTAT. (2022). Bases de datos y publicaciones estadísticas principales. Cifras de América Latina y el Caribe. Disponible en: https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/index.html

En su conjunto, entonces, estamos ante una situación crítica (como efecto de la pandemia) pero controlada, gracias a la existencia de un robusto Sistema de Protección Social y una asignación significativa de recursos en el campo del gasto o la inversión social, que permitió enfrentar dicha pandemia. En este marco general, en cualquier caso, importa revisar los impactos que esta crisis ha tenido en los derechos de niños, niñas y adolescentes, revisando los diversos indicadores en estas materias, del modo en que se hace en las secciones siguientes.

2 DERECHO A LA SALUD

Una primera esfera en la que concretar esta revisión, es la vinculada con el derecho a la salud, incluido, en particular, en el artículo 24 de la Convención Internacional de los Derechos del Niño, aprobada por las Naciones Unidas en 1989 y ratificada por Uruguay en 1991. En tal sentido, se revisan a continuación algunos indicadores particularmente relevantes, incluyendo la cobertura en vacunación y la atención en servicios de salud.

▸▸ 2.1 Cobertura de vacunación

Respecto al "esquema básico de vacunación" vigente en Uruguay, las cifras de la Tabla 10 permiten comprobar que la cobertura correspondiente es prácticamente universal y que ha tenido pocas variantes en el período considerado. Esto quiere decir, en particular, que la llegada de la pandemia del COVID-19 no afectó significativamente estas dimensiones del derecho a la salud.

Tabla 10. Cobertura reportada de vacunaciones (%) 2018-2021

Año	BCG	DTP1	DTP3	Hep BB	MMR 1	MMR 2	PCV 3	Polio 3
2018	98	96	91	---	97	91	93	91
2019	99	100	94	---	96	99	95	93
2020	100	98	92	---	95	91	94	91
2021	99	95	89	---	96	84	94	89

Fuente: http://ais.paho.org/imm/IM_JRF_COVERAGE.asp Sobre la base de cifras oficiales.

Complementariamente, se ofrece el "estado de situación" (al 6 de julio de 2022) respecto a la vacunación relacionada con el COVID-19. Así, tal como puede apreciarse en el siguiente cuadro, se ha llegado prácticamente al 83 % de cobertura, combinando las diferentes dosis, en el marco del esquema completo correspondiente.

Tabla 11. Avances en la vacunación contra el COVID-19 (al 06/07/2022)

Dosis Única	Primera dosis	Segunda dosis	2° Dosis Adicional	1° Dosis Adicional	Total de Dosis	Esquema completo	Población 2021	Esquema completo x cada 100 habitantes
0	2.997.362	2.887.545	739.978	2.054.976	8.679.861	2.874.789	2.887.545	82.9

Fuente: https://ais.paho.org/imm/IM_DosisAdmin-Vacunacion-es.asp

Importa tener en cuenta, también, la distribución por grupos de edad, tal como se presenta en la Tabla 12. Como puede apreciarse, la cobertura ha sido universal en la población adulta mayor, sobre todo con las dos primeras dosis, disminuyendo a medida que la edad decrece. Así, en la población infantil y adolescente, esta cubre entre la mitad y las tres cuartas partes del universo.

Tabla 12. Vacunación por edad (%) según dosis (al 7 de julio de 2022)

Edad	1ª Dosis	2ª Dosis	3ª Dosis	4ª Dosis
Mayores de 75	102.97	100.21	84.88	47.25
65 a 74 años	99.99	98.52	88.76	54.75
55 a 64 años	95.19	94.01	83.05	46.83
45 a 54 años	95.98	94.33	79.52	31.13
35 a 44 años	95.02	92.59	73.30	18.30
25 a 34 años	94.10	90.36	63.03	10.71
20 a 24 años	89.17	84.80	52.91	7.02
15 a 19 años	89.11	86.10	35.73	1.39
12 a 14 años	79.56	75.44	21.43	---
5 a 11 años	53.13	43.58	---	---

Fuente: https://monitor.uruguaysevacuna.gub.uy/

Este conjunto de datos, ha llevado este año a las autoridades de Gobierno a levantar prácticamente todas las restricciones que se habían implantado para combatir la pandemia, con lo cual, buena parte de la dinámica "normal" de la sociedad uruguaya volvió a desarrollarse como lo hacía antes de marzo de 2020, lo que a su vez ha

llevado a un repunte importante de la cantidad de contagios y, más limitadamente, de muertes por COVID-19 (incluidas nuevas variantes) lo que obligó a reimplantar algunas de dichas restricciones (uso de mascarilla, en particular) con carácter de "recomendación" y no de "obligación".

2.2 Atención en servicios de salud

Otra de las dimensiones relevantes en lo que atañe al derecho a la salud de NNA, es el vinculado con la atención en servicios en salud. En tal sentido, complementando lo ya destacado en relación con las vacunas, importa revisar algunas de las dimensiones más directamente relacionadas, sobre todo, con sus madres. En tal sentido, una de dichas esferas relevantes es la vinculada con los derechos sexuales y reproductivos (DRS), desde la atención que los mismos tienen en los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR).

Uruguay cuenta, en este sentido, con una vasta literatura, generada tanto desde la academia como desde la sociedad civil y aún desde la esfera propiamente gubernamental. Entre los aportes actualizados, merecen destacarse los elaborados por Leonel Briozzo y colegas nucleados en la Asociación Civil "Iniciativas Sanitarias", que ha publicado recientemente un balance de dos décadas de labor en este campo, calificando a lo realizado como "la revolución en los derechos sexuales y reproductivos", concretada entre 2001 y 2021 (Briozzo ed. 2022).

Tal como se destaca en la introducción y luego de un rápido repaso por los principales hitos de dicho proceso (centrado en la Ley de Salud Sexual y Reproductiva de 2008 y la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo de 2012), este proceso se asienta en tres pilares básicos:

- Educación en salud sexual y reproductiva.
- Acceso a métodos anticonceptivos que permitan evitar un embarazo no deseado.
- Acceso igualitario a servicios seguros que incluyen la interrupción de este cuando la mujer lo desee, evitando la enfermedad y la muerte.

Esta triple estrategia de salud pública es hoy reconocida en el mundo como fruto del proceso social, político, académico y parlamentario de un país respetuoso de la institucionalidad y la libertad de las personas, un país provida apegado a los derechos y de vocación vanguardista.

Transcurrida ya una década de vigencia de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, importa constatar que se han erradicado las muertes de mujeres a causa de prácticas inseguras y que —luego de un aumento lógico, más vinculado con su mayor visibilidad que con un aumento real de casos— en 2019 y 2020 se registraron descensos en el número de abortos practicados, (ahora) en igualdad de condiciones para quienes pueden o no pagar buenos servicios al respecto. Esto ha incidido, junto con las tendencias demográficas más generales, en el descenso de la cantidad de nacidos vivos, tal como queda evidenciado en Tabla 13, resaltando el descenso a más de la mitad de los nacimientos en madres adolescentes.

Tabla 13. Nacidos vivos según edad materna 2014-2020

Edad materna	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
14 o Menos	251	196	186	136	107	1114	70
15 a 19	8332	7817	7046	5849	4948	4171	3829
20 a 24	11 075	11 124	10 959	10 125	9415	8328	8189
25 a 29	10 601	10 997	10 531	9849	9031	8709	8505
30 a 34	9691	9610	9726	9164	8775	8220	8199
35 a 40	5574	5836	5684	5360	5099	4829	4856
40 a 44	1197	1237	1292	1281	1283	1270	1238
45 a más	50	64	68	71	79	85	66
Sin datos	38	34	0	7	15	2	7
Total	46 809	46 915	45 492	41 842	38 752	35 728	34 959

Fuente: Ministerio de Salud Pública.

Importa tener en cuenta que la Reforma de la Salud aprobada en 2007, generó un cuadro de mayor equidad en el acceso universal a la salud, en cuyo marco se ampliaron los "paquetes" básicos de servicios a ofrecer a NNA y sus madres, ampliando además la inversión en salud pública (el gasto per cápita pasó de 27 100 pesos uruguayos en 2005 a 47 999 en 2017) al tiempo que se amplió la inversión en salud pública (que pasó del 51.0 al 68.4 % entre 2005 y 2015, con el correspondiente descenso del gasto en salud privada, que pasó del 49.0 al 29.3 % en el mismo período), bajando al mismo tiempo el denominado "gasto de bolsillo", del 25.6 % al 16.5 % (Fuentes y Rodríguez, 2022).

En cualquier caso, pese a los avances concretados, quedaba mucho por hacer al 2019, especialmente en lo que atañe a la segmentación del sistema (mientras el 62 % de quienes pertenecen al quintil más pobre se atienden en la salud pública, el 70 % de quienes pertenecen al quintil más rico lo hace a través de seguros privados) y esto puede estar reforzándose en los últimos años.

▸▸ 2.3 Problemas relacionados con la salud mental

Una prioridad central deberá estar ubicada en el campo de la salud mental de NNA, fuertemente deteriorada desde la llegada de la pandemia del COVID-19 y que ya se está considerando, en realidad, como sindemia, en la medida en que excede el campo estrictamente de la crisis sanitaria e involucra a un amplio conjunto de factores sociales, económicos, culturales y políticos del contexto, que condicionan fuertemente a las expresiones más exclusivamente centradas en la dimensión sanitaria correspondiente.

Es claro, en este sentido, que la pandemia no ha impactado a todos los sectores sociales por igual. Si bien el impacto del encierro se dio en toda la sociedad, las dimensiones de la vida cotidiana impactadas fueron distintas y la capacidad de movilizar recursos tanto sociales, como emocionales y económicos tuvo grandes diferencias.

En este marco, el deterioro de la salud mental de NNA se ha concentrado (también), en hogares con carencias múltiples y fuertemente golpeados por la crisis socioeconómica, dado que las condiciones de "reclusión" impuestas para enfrentar la pandemia llevó al desarrollo de convivencias problemáticas de todo tipo, mayoritariamente ligadas a conflictos generacionales y de género, que han afectado profundamente a NNA, en particular en el campo de las diferentes violencias que lamentablemente han ido creciendo en los últimos años, según ya consignamos.

Un panorama preocupante que deberá ser priorizado en lo inmediato, si lo que se pretende es asegurar la vigencia del derecho de NNA a la salud mental y la prevención de la tendencia preocupante en el incremento de suicidios. De lo contrario, se asistirá (seguramente) a un deterioro creciente de las condiciones de vida de una buena parte de la población menor de 18 años en su conjunto.

Importa recordar que la pobreza afecta 11 veces más a los menores de 18 años que a los mayores de 65, fenómeno que ha sido lógicamente calificado como "infantilización de la pobreza" y que habla a las claras de las desigualdades generacionales existentes en nuestra sociedad. Esto tiene que ver, por ejemplo, con la necesaria ampliación de programas relevantes en este campo, como el que dinamiza a los denominados Centros de Atención a la Infancia y la Familia (CAIF) creados a fines del siglo pasado; mantener el Programa de Acompañamiento Familiar de Uruguay Crece Contigo; ampliar las prestaciones de salud mental para NNA; fortalecer las respuestas alimentarias, especialmente la alimentación escolar; y reforzar el sistema nacional de cuidados en lo que refiere a las respuestas para la inserción laboral de mujeres con niños y niñas dependientes.

3. DERECHO A LA ALIMENTACIÓN

El derecho a la alimentación está claramente establecido en los artículos 24 y 27 de la Convención Internacional de los Derechos del Niño (CDN). Con esta referencia, en esta sección se incluyen los datos más relevantes disponibles en relación con la desnutrición aguda o emaciación, inseguridad alimentaria y malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad). Para ello, se toma como referencia la Encuesta sobre alimentación de Niños, Niñas y Adolescentes, realizada por la Consultora CIFRA a pedido del UNICEF en octubre de 2020, con una muestra de 1504 padres, madres y/o tutores.

▸▸ 3.1 Tipo y valor de los alimentos consumidos

Los principales objetivos de esta encuesta sobre alimentación fueron explorar la alimentación de niñas, niños y adolescentes y estimar la prevalencia de inseguridad alimentaria en sus hogares durante la emergencia sanitaria, generada por la pandemia de COVID-19 en Uruguay. La Tabla 14 muestra el tipo de alimentos consumidos por NNA, de acuerdo con lo declarado por las personas entrevistadas:

Tabla 14. Alimentos consumidos por niños, niñas y adolescentes según edades (%)

Grupo de alimentos	0 a 5 Años	6 a 12 Años	13 a 17 Años
Panes, harinas, pastas, arroz y papas	90	98	97
Carne o menudos de pollo, vaca o cerdo	81	85	81
Frutas	78	79	74
Leche	77	84	77
Verdura sin ser papa	66	64	61
Huevos	44	48	62
Porotos, garbanzos, lentejas	27	22	23
Pescado	6	7	7
Yogur bebible o postres lácteos envasados	51	37	38
Refrescos, jugos artificiales y aguas saborizadas	33	46	47
Alfajores y galletitas rellenas	27	30	28

Golosinas o helados	21	22	16
Nuggets, panchos, hamburguesas, fiambres	20	26	32
Papas noisettes, papas prefritas, croquetas	11	12	17
Snacks (papitas, palichips, chicitos, doritos, etc.)	10	11	9

Fuente: UNICEF. (2021). La alimentación de niños, niñas y adolescentes durante la pandemia de COVID-19 en Uruguay. Montevideo.

Como puede apreciarse:

> La mayoría de los encuestados afirmaron que los niños, niñas y adolescentes habían consumido alimentos energéticos a base de cereales (panes, harinas, pastas, arroz y papas), carne, frutas y leche el día anterior a la encuesta, independientemente de su edad. Sin embargo, cabe destacar que el 23 % de los niños, niñas y adolescentes no habían consumido frutas el día anterior a la encuesta y que el 36 % no había consumido verduras. (UNICEF, 2021. p. 6)

Únicamente el 4 % de los niños, niñas y adolescentes no habían consumido ninguna de las siete categorías de productos ultra procesados. En promedio, NNA habían consumido 2.6 categorías de productos ultra procesados; las categorías más frecuentemente consumidas fueron los yogures bebibles o postres lácteos envasados, los refrescos, los jugos artificiales y las aguas saborizadas.

Si bien no se observaron grandes diferencias en el consumo de productos ultra procesados entre los grupos de edad, las niñas y los niños de 0 a 5 años habían consumido un menor número promedio de productos ultra procesados (2.3) que las niñas y los niños de 6 a 12 años (2.7), o los de 13 a 17 años (2.8). En cuanto al tipo de productos ultra procesados consumidos por cada grupo de edad, el porcentaje de niñas y niños que habían consumido yogur bebible o postres lácteos envasados fue mayor en el grupo de 0 a 5 años, en comparación con el de 6 a 17 años, mientras que se observó la tendencia contraria para el consumo de refrescos, jugos artificiales y aguas saborizadas.

Las diferencias más significativas, en realidad, se relacionan con los niveles de inseguridad alimentaria de los hogares, esfera en la cual, la información procesada muestra que entre aquellos que contaban con "seguridad alimentaria" había mejores patrones de consumo de alimentos, en relación con los que cuentan con "inseguridad alimentaria moderada o severa". La Tabla 15 muestra los datos correspondientes, por tipos de alimentos y niveles de inseguridad alimentaria.

Tabla 15. Alimentos consumidos por niñas, niños y adolescentes según nivel de seguridad alimentaria (%)

Grupo de alimentos	Seguridad alimentaria	Inseguridad moderada	Inseguridad grave
Panes, harinas, pastas, arroz y papas	95	95	94
Carne o menudos de pollo, vaca o cerdo	85	72	62
Frutas	81	63	40
Leche	81	77	68
Verdura sin ser papa	66	54	53
Huevos	53	47	38
Porotos, garbanzos, lentejas	21	34	35
Pescado	8	2	0
Yogur bebible o postres lácteos envasados	44	26	34
Refrescos, jugos artificiales y aguas saborizadas	44	34	26
Alfajores y galletitas rellenas	31	15	9
Golosinas o helados	22	10	6
Nuggets, panchos, hamburguesas, fiambres	28	19	21
Papas noisettes, papas prefritas, croquetas	14	10	10
Snacks (papitas, palichips, chicitos, doritos, etc.)	11	8	7

Fuente: UNICEF. (2021). La alimentación de niños, niñas y adolescentes durante la pandemia de COVID-19 en Uruguay. Montevideo.

Como puede apreciarse:

Los niños, niñas y adolescentes en hogares con seguridad alimentaria habían consumido más frecuentemente carne, frutas, leche, verduras y huevos que aquellos en hogares con inseguridad alimentaria moderada o grave. En particular, cabe destacar que mientras que el 81 % de los niños, niñas y adolescentes en hogares con seguridad alimentaria habían consumido frutas el día anterior a la encuesta, únicamente el 40 % de los niños, niñas y adolescentes en hogares con inseguridad alimentaria grave las habían consumido. Por el contrario, los niños, niñas y adolescentes en hogares con inseguridad moderada y grave presentaron un mayor consumo de legumbres (porotos, garbanzos y lentejas). No se encontraron diferencias en el consumo de panes, harinas, pastas, arroz y papas.

El porcentaje de niños, niñas y adolescentes que habían consumido la mayoría de las categorías de productos ultra procesados fue menor en niños, niñas y adolescentes que vivían en hogares con inseguridad alimentaria grave y moderada en comparación con aquellos que vivían en hogares con seguridad alimentaria. Las mayores diferencias se observaron en el consumo de yogures y postres lácteos, alfajores y galletitas rellenas y refrescos. Por su parte, no se encontraron diferencias marcadas en el consumo de nuggets, panchos, hamburguesas, fiambres, papas noisettes, papas pre fritas, croquetas y snacks. (UNICEF, 2021. p. 9)

3.2 Inseguridad alimentaria

La inseguridad alimentaria afecta de modos diversos a hogares y personas, de acuerdo con las diferentes variables (nivel de ingreso, composición del hogar, ascendencia étnico-racial, nivel educativo, situación laboral, etc.) que se utilizan para confeccionar los perfiles correspondientes.

Así, de acuerdo con esta encuesta,

En septiembre de 2020, el 82,6 % de los hogares con niños, niñas y adolescentes presentaban seguridad alimentaria. Sin embargo, el 17,4 % de los hogares habían experimentado algún tipo de inseguridad alimentaria desde el comienzo de la emergencia sanitaria, en marzo de 2020. El 12,9 % de los hogares habían experimentado inseguridad alimentaria moderada, es decir, no habían tenido dinero o recursos suficientes para llevar una dieta saludable, habían experimentado incertidumbre acerca de su

capacidad de adquirir alimentos o se habían quedado sin alimentos de forma ocasional. Mientras tanto, el 4,5 % de los hogares habían experimentado inseguridad alimentaria grave, lo que indica que se habían quedado sin alimentos o que alguno de los integrantes del hogar había estado sin comer durante todo un día en más de una oportunidad desde marzo de 2020. (UNICEF, 2021. pp. 16-17)

En la encuesta, también se registraron diferencias en el porcentaje de niños, niñas y adolescentes que habían consumido distintos grupos de alimentos el día anterior al sondeo de acuerdo con el grado de inseguridad alimentaria del hogar, tal como se muestra en la Tabla 16.

- Los contrastes entre hogares con y sin seguridad alimentaria, fue precisamente registrado por esta encuesta, utilizando diferentes variables para comparar ambos universos:

La mayor parte de los hogares con seguridad alimentaria pertenecían a un nivel socioeconómico medio, medio-alto o alto (71 %). La proporción de estos hogares disminuyó considerablemente en los grupos que presentaban inseguridad moderada (42 %) o grave (19 %). En este sentido, los hogares de nivel socioeconómico bajo y medio bajo fueron mayoritarios entre aquellos con inseguridad alimentaria grave.

Los hogares con inseguridad alimentaria no presentaron la misma composición que el resto. El 76 % de los hogares que experimentaron inseguridad alimentaria grave estaban conformados por cuatro o más integrantes. En el caso de aquellos con inseguridad moderada y seguridad esta categoría representó el 56 % y 61 %, respectivamente. Por otra parte, se solicitó a los encuestados que indicaran la ascendencia de los integrantes de su hogar (blanca, afro o negra, indígena, asiática): en los hogares con inseguridad moderada y grave se observó una mayor presencia de personas con ascendencia afro o negra (36 % y 28 %) en comparación con lo acontecido en aquellos con seguridad alimentaria (14 %). Asimismo, las personas de ascendencia indígena se vieron sobrerrepresentadas en los hogares con inseguridad alimentaria moderada (18 %). (UNICEF, 2021. p. 11)

- Finalmente, se consultó a los participantes si en su hogar residían menores con algún tipo de discapacidad, constatándose que:

La proporción de hogares en los que al menos uno de sus integrantes menores de edad tenía alguna discapacidad se duplicó en aquellos con inseguridad alimentaria moderada (8 %) y se triplicó en el caso de los que habían experimentado inseguridad alimentaria grave (13 %). (UNICEF, 2021. p. 11)

La Tabla 16, brinda toda la información referida con esta sección, cruzando las variables demográficas con los niveles de seguridad e inseguridad alimentaria.

Tabla 16. Seguridad e inseguridad alimentaria 2020 en hogares, según variables (en %)

Característica	Seguridad alimentaria	Inseguridad alimentaria moderada	Inseguridad alimentaria grave
Nivel Socioeconómico			
Bajo	11	28	53
Medio Bajo	18	29	28
Medio	23	22	15
Medio alto	24	14	3
Alto	24	6	1
Composición			
Dos integrantes	5	9	3
Tres integrantes	34	34	21
Cuatro integrantes	37	25	32
Cinco o más integrantes	24	31	44
Ascendencia étnico-racial			
Blanca	87	83	82
Afro o negra	14	36	28
Indígena	12	18	21
Asiatica	2	5	1
En el hogar residen menores con discapacidad			
Sí	4	8	13
No	96	92	87

Fuente: UNICEF. (2021). La alimentación de niños, niñas y adolescentes durante la pandemia de COVID-19 en Uruguay. Montevideo.

Adicionalmente, la encuesta procuró contar con datos desagregados de este tipo, observando los niveles educativos y la situación laboral de las y los entrevistados (padres, madres y otros adultos/as referentes). La Tabla 17 brinda la información correspondiente.

Tabla 17. Seguridad e inseguridad alimentaria 2020 en personas referentes, según variables (en %)

Característica	Seguridad alimentaria	Inseguridad alimentaria moderada	Inseguridad alimentaria grave
Nivel educativo			
Primaria	13	31	46
Secundaria	53	59	46
Terciaria	34	10	9
Situación ocupacional			
Trabaja, sector público	18	9	6
Trabaja, sector privado	47	30	15
Trabaja, cuentapropista	11	13	15
Está en seguro de paro	2	3	3
Jubilado	2	2	1
Desocupado	7	27	35
Estudia (no trabaja)	1	1	0
Quehaceres del hogar	11	14	22
Rentista/Pensionista	0	2	1

Fuente: UNICEF. (2021). La alimentación de niños, niñas y adolescentes durante la pandemia de COVID-19 en Uruguay. Montevideo.

Como puede apreciarse en el estudio de UNICEF (2021), el porcentaje de adultos responsables que habían cursado educación terciaria fue superior entre aquellos que residían en hogares con seguridad alimentaria (34 %). La proporción de participantes que contaban con educación primaria tienen menos seguridad alimentaria (13 %), su peso aumentó considerablemente en aquellos hogares con inseguridad alimentaria moderada (31 %) y grave (46 %). Por otra parte, el peso de aquellos encuestados que cursaron educación secundaria se mantuvo relativamente estable en los tres grupos.

Por su parte, en relación con la situación laboral:

Los hogares con seguridad alimentaria concentraron la mayor proporción de participantes empleados en el sector público o privado (65 %). Este porcentaje descendió en forma marcada entre aquellos que residían en hogares con inseguridad moderada (39 %) y grave (21 %). Los participantes desocupados o encargados de los quehaceres del hogar constituyeron un grupo minoritario dentro de los que reportaron

vivir en hogares con seguridad alimentaria (7 % y 11 %, respectivamente). Su peso aumentó a 27 % y 14 % en el grupo de aquellos con inseguridad moderada y a 35 % y 22 % para el caso de los hogares que experimentaron inseguridad alimentaria grave. Resulta importante destacar que los cuentapropistas (categoría en la que se encontraban un número no menor de los participantes) presentaron un peso relativamente estable en los distintos tipos de hogares. (UNICEF, 2021. p. 13)

En números absolutos, por su parte, importa destacar que mientras en la mayor parte de los países de la región sudamericana, la inseguridad alimentaria creció, en nuestro país se mantuvo bastante estable, oscilando entre 700 000 (en el período 2014-2016) a 900 000 (en el período 2016-2018) y ubicándose en 800 000 personas, tanto en 2017-2019 como en 2018-2020, de acuerdo con las cifras de la publicación Panorama regional de la seguridad alimentaria y nutricional (FAO, FIDA, OPS, WFP y UNICEF, 2021).

Tabla 18. Inseguridad alimentaria moderada o grave en seis países de Suramérica (en millones de habitantes)

Países	2014 - 2016	2016 - 2018	2017 - 2019	2018 - 2020
Suramérica	97.4	128.1	130.3	141.4
Argentina	8.3	14.2	15.9	16.0
Chile	1.9	2.5	2.9	3.4
Colombia	----	----	----	----
Ecuador	3.4	4.4	5.0	5.7
Perú	11.3	13.5	14.4	15.5
Uruguay	0.7	0.9	0.8	0.8

Fuente: FAO, FIDA, OPS, UNICEF, PMA. (2021) América Latina y el Caribe: Panorama Regional de la Seguridad Alimentaria y Nutricional: Estadísticas y Tendencias. Santiago.

Por todo lo dicho, parece claro que la inseguridad alimentaria, en su conjunto, es acotada en el Uruguay, pero afecta desigualmente a los diferentes segmentos de la población, por lo cual, las prioridades de política pública a futuro deberían tener centralmente en cuenta estas diferencias.

▸▸ 3.3 Malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad)

Otra herramienta de gran potencial en estos temas es la Encuesta sobre Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud (ENDIS), la primera que se realiza en nuestro país (y buena parte de la región) en términos "longitudinales", esto es, siguiendo a la misma población encuestada a lo largo del tiempo. Así, en el primer relevamiento en el año 2013

(ronda 1) se entrevistaron hogares con niñas y niños de 0 a 3 años, alcanzando 3077 niños. En el segundo relevamiento en año 2015 (ronda 2) se volvieron a entrevistar los mismos hogares, logrando reentrevistar a 2611 niños de entre 2 y 6 años. En 2019, por su parte, se realizó el tercer relevamiento (ronda 3 de la cohorte 2013) donde se visitaron los mismos hogares, esta vez con niños de entre 5 y 10 años.

En el año 2018 tuvo lugar una nueva cohorte de niños y niñas de 0 a 4 años, que permitió comparar la situación de la primera infancia luego de transcurridos 5 años del primer relevamiento.

El informe presentado en 2018 resume buena parte de la información recogida y procesada comparando la situación de primera infancia en 2013 y 2018. En dicho marco, se sostiene que el exceso de peso prevalece como el principal problema nutricional. Se ubica en 13 % en 2013 y en 15 % en 2018. Si bien no se observa un aumento significativo, estas cifras continúan por encima de lo esperado. Aproximadamente la mitad de los niños y niñas presenta un peso mayor a lo recomendado (medido por el IMC/edad >+1). No obstante, el retraso de talla (Talla/edad < -2DE) se ubica en 5.3 % en 2013 y 7.2 % en 2018. Al igual que en el caso del sobrepeso. Si bien estas diferencias entre cohortes no son estadísticamente significativas deben continuar siendo monitoreadas.

Como en otros países de la región (aunque en diferentes dimensiones y modalidades) históricamente los principales problemas alimenticios se relacionaban con la desnutrición y el retraso en el crecimiento, pero últimamente, dichos problemas han sido desplazados por lo que ha llegado a denominarse la "epidemia de la obesidad", que de acuerdo a la literatura científica disponible, representa un factor de riesgo para la enfermedad adulta posterior, también se asocia con un deterioro de la salud durante la infancia (hipertensión, resistencia a la insulina, enfermedad del hígado graso, disfunción ortopédica y angustia psicosocial).

Por lo dicho, es claro que Uruguay está en plena transición entre problemas nutricionales por déficit y por exceso, lo que ha sido calificado en la literatura especializada como la "doble carga de la malnutrición". En dicho marco, no es menor constatar que, en nuestro país, cuatro de cada diez niñas y niños menores de cinco años, tiene problemas de sobrepeso u obesidad. La ENDIS ha estimado el siguiente cuadro de situación en estas materias: un 27.9 % tienen "riesgo de sobrepeso", un 9.8 % tienen "sobrepeso" y un 2.4 % tienen "obesidad", totalizando un 40.1 % de menores de cinco años con riesgo de sobrepeso, sobrepeso u obesidad.

En términos de déficit nutricional, la ENDIS muestra que el retraso en el crecimiento sigue siendo el problema más relevante: un 7.3 % de niñas y niños menores de cinco años presentan algún grado de afectación en su talla, de los cuales, el 1 % muestra problemas severos en este campo. Por su parte, el bajo peso para la edad (Peso/Edad < -2DE) afecta al 1.8 %, en tanto la desnutrición o emaciación alcanza el 1.4 %. Las cifras aportadas por esta encuesta no muestran diferencias territoriales significativas, pero estas sí se constatan en términos de niveles de ingreso. Así, dividiendo el ingreso de los hogares en tres tercios, se constata que el retraso en el crecimiento es cuatro puntos más alto en el tercio más pobre que en los otros dos (10 % frente a 6 % en los tercios más altos), o sea, casi el doble entre ambos grupos. En cuanto al sobrepeso, las diferencias son menores (13 y 11 % respectivamente).

La ENDIS también muestra que los problemas nutricionales de las niñas y niños están vinculados con el nivel educativo alcanzado por sus madres. El retraso de crecimiento desciende a medida que aumentan los años de educación alcanzados por la madre, pasando de 7.4 % en los hogares donde la madre estudió 6 años o menos, a 6.4 % cuando los años de formación son 9 o más; algo similar ocurre con el sobrepeso u obesidad.

El estado nutricional de las madres se evaluó por el Índice de Masa Corporal, y los resultados obtenidos muestran que el 3.1 % está adelgazada (IMC < 18,5

kg/m2), en tanto que el sobrepeso y obesidad (IMC >= 25 kg/m2) representa el 50 % de los casos. Aquellos donde las madres presentaron adelgazamiento se observa el mayor porcentaje de niñas y niños con retraso de crecimiento.

Tabla 19. Prevalencia de sobrepeso en niños y niñas menores de 5 años (%)

Países	2000	2005	2010	2015	2018	2019	2020
Sudamérica	7.0	7.3	7.6	7.9	8.1	8.1	8.2
Argentina	11.6	12.1	12.3	12.5	12.8	12.9	12.9
Chile	11.3	11.3	10.6	10.1	9.9	9.9	9.8
Colombia	4.7	4.8	5.1	5.4	5.6	5.7	5.8
Ecuador	4.5	5.3	6.6	8.3	9.3	9.6	9.8
Perú	9.8	9.5	9.0	8.4	8.1	8.1	8.0
Uruguay	9.0	9.4	9.6	10.0	10.2	10.3	10.3

Fuente: FAO, FIDA, OPS, UNICEF, PMA. (2021) América Latina y el Caribe: Panorama Regional de la Seguridad Alimentaria y Nutricional: Estadísticas y Tendencias. Santiago.

Cuando se analiza la relación entre el sobrepeso y obesidad materna y el sobrepeso y obesidad de las niñas y los niños, se destaca que este es 7 % mayor que entre aquellos cuyas madres presentaron un IMC normal. En la comparación regional, importa consignarlo, Uruguay se ubica (junto con Argentina) entre los países más afectados por la obesidad.

Tabla 20. Prevalencia del retraso en el crecimiento en niñas y niños menores de 5 años (%)

Países	2000	2005	2010	2015	2018	2019	2020
Sudamérica	14.7	12.8	10.9	9.3	8.8	8.7	8.6
Argentina	10.5	9.0	8.0	7.8	7.7	7.7	7.8
Chile	2.9	2.3	2.0	1.8	1.6	1.6	1.6
Colombia	17.5	15.4	13.3	12.4	11.8	11.6	11.5
Ecuador	28.2	27.9	25.4	23.3	23.5	23.4	23.1
Perú	31.7	28.0	21.8	15.0	12.1	11.4	10.8
Uruguay	14.6	12.2	9.8	7.8	6.9	6.7	6.5

Fuente: FAO, FIDA, OPS, UNICEF, PMA. (2021) América Latina y el Caribe: Panorama Regional de la Seguridad Alimentaria y Nutricional: Estadísticas y Tendencias. Santiago.

En cuanto al retraso en el crecimiento en niñas y niños menores de 5 años, como puede apreciarse, este indicador ubicaba al Uruguay en línea con el promedio sudamericano a principios de este siglo, pero luego evolucionó de manera positiva, hasta ubicarse varios puntos por debajo de dicho promedio.

El impacto de la pandemia parece haber sido acotado (al menos en la comparación entre 2019 y 2020). Al momento de recoger la información para el estudio no se encontraron otros datos actualizados con los que seguramente se podrá tener una visión más clara en estas materias.

4. DERECHO A LA EDUCACIÓN

El derecho a la educación de niñas, niños y adolescentes está claramente establecido en el artículo 27 de la Convención Internacional de los Derechos del Niño. En el set de indicadores a revisar, que ALAPE ha confeccionado, se incluyen en este capítulo dos esferas particularmente relevantes: el acceso a la educación de calidad y el nivel de conectividad con el que cuentan.

4.1 Acceso a educación de calidad

En cuanto a educación, uno de los indicadores seleccionados para medir y evaluar el "estado de situación", es el vinculado con la asistencia escolar, esfera en la cual parece pertinente observar su evolución entre 2015 y 2020, diferenciando sexo y área de residencia, así como cruzando dichas variables con niveles de ingreso, medidos a través del índice de Gini.

La Tabla 21 (con información general, desagregada solamente por niveles de ingreso) muestra situaciones contrastantes entre los extremos, pero tampoco son tan grandes como suele mostrárselas en los informes disponibles, al menos, en términos de las comparaciones con otros países de la región.

Tabla 21. Asistencia escolar (%) ambos sexos y dos grupos de edad por niveles de ingresos 2015-2020

	7 a 12 Años					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Quintil 1	99.2	99.3	99.4	99.4	99.0	97.0
Quintil 2	99.1	99.1	99.4	99.3	99.1	98.1
Quintil 3	99.5	99.1	99.4	99.5	99.4	98.4
Quintil 4	99.6	99.5	99.2	99.3	99.6	98.7
Quintil 5	99.4	99.7	99.2	99.5	99.6	98.7

13 a 19 Años						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Quintil 1	67.1	69.1	72.2	73.1	76.7	82.1
Quintil 2	73.3	77.3	78.5	79.4	80.1	85.7
Quintil 3	79.4	80.4	82.8	81.6	82.5	88.5
Quintil 4	83.5	84.6	86.2	87.5	88.4	91.0
Quintil 5	91.9	90.5	93.0	92.6	92.3	94.9

Fuente: CEPALSTAT. (2022). Bases de datos y publicaciones estadísticas principales.
Cifras de América Latina y el Caribe. Disponible en: https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/index.html

Como puede apreciarse, la cobertura es prácticamente universal en enseñanza primaria (grupo de 7 a 12 años) sin mayores diferencias entre quintiles de ingreso. Por su parte, la cobertura para la enseñanza secundaria (13 a 19 años) es alta pero no universal, al tiempo que muestra diferencias importantes entre el quintil 1 (adolescentes de los hogares más pobres) y el quintil 5 (adolescentes de los hogares más ricos). En este último grupo, además, la asistencia escolar crece en los primeros quintiles significativamente, evolución menos notoria en los quintiles superiores, donde la asistencia escolar ya era elevada a comienzos del período considerado. La fuente correspondiente (el sistema de estadísticas de la CEPAL) permite abrir esta información general, por diferentes variables sociodemográficas, que no incluimos aquí para no abusar del uso de este tipo de presentaciones, pero en cualquier caso se puede formular algunos comentarios generales y específicos.

Por su parte, diferenciando la asistencia escolar entre NNA por sexo, puede comprobarse que la situación en el grupo de 7 a 12 años no muestra diferencias significativas, pero ello sí se puede apreciar en el grupo de 13 a 19 años, donde las adolescentes de los primeros quintiles de ingreso muestran niveles más elevados de asistencia escolar, situación que es más pareja en los quintiles superiores. Si, en cambio, se comparan las cifras diferenciando áreas de residencia, puede apreciarse que en el grupo de 7 a 12 años no se registran diferencias significativas, en tanto estas son más visibles en el grupo de 13 a 19 años, en el cual, además de la mejor performance de las adolescentes, llama la atención el crecimiento verificado entre 2019 y 2020, tanto a nivel urbano como en el medio rural. Esto podría estar vinculado con la evolución demográfica (menos niños/as y más adolescentes, en particular) y con el hecho de la que la inscripción del alumnado se concretó en las semanas previas a la llegada de la pandemia, pero ello solo podrá saberse con más precisión en los próximos meses, cuando se disponga de datos correspondientes a 2021.

En cualquier caso, la incidencia de la pandemia puede haber sido más acotado de lo que en principio se pronosticaba, al menos en la comparación regional, si se tiene en cuenta que nuestro país fue el que menos días de cierre de escuelas registró entre marzo de 2020 y marzo de 2022, tal como se muestra en la Tabla 22.

Tabla 22. Intensidad del cierre de escuelas: de marzo 2020 a marzo 2022 (%)

Países	Totalmente cerrada	Mayormente cerrada	Parcialmente abierta/cerrada	Mayormente abierta	Totalmente abierta
Argentina	24	19	---	48	9
Chile	15	55	9	7	14
Colombia	26	30	25	3	16
Ecuador	41	46	9	---	4
Perú	41	51	---	---	8
Uruguay	13	---	25	15	47

Fuente: BANCO MUNDIAL, UNICEF, UNESCO. (2022). Dos Años Después: Salvando una Generación. Panamá.

Como puede apreciarse, casi la mitad de las escuelas estuvo totalmente abierta, en tanto las que estuvieron totalmente cerradas fueron poco más del 10 %. Comparado con los otros países de la región, el contraste es más que evidente con Perú y Ecuador (los países con mayor cantidad de escuelas cerradas —total o parcialmente— en este período), así como (más limitadamente) en la comparación con Colombia y —sobre todo— Chile.

El mantenimiento de una buena parte de las escuelas abiertas durante estos últimos años de pandemia, fue posible en Uruguay, gracias a las fortalezas de los sistemas de salud y de protección social existentes, sobre cuya base se desplegaron las respuestas diseñadas desde la gestión gubernamental (contando con respaldos generalizados de parte de la población), que permitieron enfrentar el COVID-19 con buenos niveles de éxito, aun teniendo en cuenta que la atención tenía que centrarse en maestros y profesores, dado el escaso impacto sanitario directo en NNA.

4.2 Conectividad y uso de TIC

Pero el otro gran factor explicativo en estas materias es el vinculado con el elevado nivel de acceso a infraestructura ligada a la posibilidad de pasar a enseñanza remota, como un componente que ya tenía importantes niveles previos de desarrollo, sobre todo por el impacto del Plan Ceibal, que otorgó un computador por niño/a y por maestro/a, con cobertura universal, acompañado de conectividad de alta calidad (fibra óptica) al alcance de toda la población en todo el territorio.

De este modo, apenas hubo que acelerar procesos que ya estaban en marcha desde hacía quince años, pudiéndose montar estrategias "híbridas", combinando enseñanza presencial y enseñanza remota. Para ello, se tuvo que desplegar esfuerzos adicionales —sobre todo— en la capacitación de docentes en el uso de estas tecnologías, procurando universalizar las habilidades disponibles en este campo, un terreno en el cual, para los estudiantes fue un proceso más sencillo y naturalmente asumido, a nivel general, pero enfrentó más dificultades entre maestros y profesores, sobre todo en el caso de los de mayor edad, poco habituados al uso de este tipo de herramientas.

La Encuesta de Uso de Tecnologías de la Información y la Comunicación (EUTIC) que se realiza periódicamente en nuestro país, muestra que (de acuerdo al informe de resultados correspondiente a 2019) mientras en 2010 menos de la mitad de los hogares (45 %) tenía conexión a internet (y apenas un 33 % disponía de banda ancha fija), en 2013 dichas cifras habían pasado a ubicarse en 65 y 55 % respectivamente, al tiempo que en 2016 ya alcanzaban al 83 y el 66 % respectivamente, para llegar en 2019 a 88 y 71 %. Por su parte, la conectividad por niveles de ingreso en 2019 era la siguiente:

Tabla 23. Conexión a internet y conexión a banda ancha fija en hogares, por quintiles de ingreso 2019 (%)

	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5
Conexión a internet	84	87	88	86	95
Conexión a banda ancha	51	69	74	73	86

Fuente: EUTIC. (2019). Instituto Nacional de Estadística (INE).

Como puede apreciarse, las distancias no son tan marcadas como podría esperarse (sobre todo en lo que atañe a conexión a internet) y, esto tiene que ver con las políticas públicas puestas en práctica por los gobiernos del Frente Amplio, que trabajaron en este campo considerando estos temas como un derecho, para tener cobertura universal, al menor plazo posible.

Otro tanto puede decirse del uso efectivo que se hace de estas herramientas comunicacionales. La EUTIC informa que, mientras en 2010 apenas el 31 % de los encuestados usaba internet diariamente (y el 54 % en los últimos tres meses), esto ocurría con el 46 y el 67 % en 2013, subiendo a 66 y 79 % en 2016 y a 79 y 87 % en 2019, respectivamente. En este caso, la segmentación del uso por diferentes variables sociales muestra que no hay diferencias significativas por género, pero sí las hay por edades (más alto entre jóvenes que entre adultos mayores) y por área de residencia (más alto en Montevideo, respecto del interior). En cualquier caso, las mayores diferencias se verifican por niveles educativos y niveles de ingreso, como puede apreciarse en el siguiente cuadro:

Tabla 24. Uso de internet (%) por nivel educativo y por niveles de ingreso (2019)

	Nivel Educativo			Quintiles de ingreso				
	Bajo	Medio	Alto	Q 1	Q 2	Q 3	Q 4	Q 5
Últimos 3 meses	71	96	97	88	84	84	85	92
Uso diario	59	91	94	80	77	76	79	86

Fuente: EUTIC. (2019). Instituto Nacional de Estadística (INE).

Complementariamente, la EUTIC informa sobre los dispositivos más utilizados, mostrando que el uso del celular es prácticamente universal (pasó del 97 al 99 % entre 2010 y 2019), el uso de computadoras (PC) bajó en el mismo período del 100 al 67 %, en tanto que el uso de Tablet giró en el mismo período en torno al 30 %. La desagre-

gación de la información muestra que no existen diferencias relevantes en lo que atañe a género y área de residencia, pero sí existen (de nuevo) según edad y nivel educativo, tal como se presenta en el siguiente cuadro:

Tabla 25. Conexión diaria a internet según dispositivo, por edad y nivel educativo 2019 (%)

	Total	Edad					Nivel Educativo		
		14 - 19	20 - 34	35 - 49	50 - 64	65 y +	Bajo	Medio	Alto
Celular	90	93	95	92	88	68	83	93	94
PC	30	26	33	32	28	22	11	34	54
TV	24	17	25	33	22	10	16	25	35
Tablet	5	5	3	5	5	10	4	4	11

Fuente: EUTIC. (2019). Instituto Nacional de Estadística (INE).

Dada la elevada utilización de teléfonos celulares, la EUTIC analizó con más detenimiento el uso de este dispositivo exclusivamente, desagregando la información por las variables ya destacadas, y en tal sentido, se constató que, en total, este grupo alcanza a un tercio de la población (33 %), pero su uso entre quienes se ubican en el nivel bajo desde el punto de vista educativo se eleva al 57 %, mientras que en el nivel medio se ubica en el 26 % y en el nivel alto apenas en el 7 %.

Un panorama parecido, pero con matices, se verifica al desagregar la información por niveles de ingreso, esfera en la cual, mientras quienes utilizan solo el celular en el quintil más pobre son el 48 %, en el quintil más alto son apenas el 15 %, ubicándose los tres quintiles intermedios en posiciones también intermedias: 41, 33 y 20 % respectivamente, en los quintiles 2, 3 y 4.

Esto demuestra que para la mitad de la población ubicada en el quintil más pobre (en su conjunto), esta es la única herramienta utilizada (y presumiblemente disponible) lo que nos remite a desafíos particulares en estas materias, desde la dinámica de las políticas públicas, que deberían superar el umbral de la distribución de laptops y laptops gratuitamente, incorporando —más dinámica y creativamente— también el uso de celulares.

Un estudio específicamente centrado en niñas, niños y adolescentes "conectados" (Kid on Line), por su parte, permitió hurgar con más detalle y precisión las dimensiones más propiamente cualitativas (DODEL coord., 2018), llegando a las siguientes conclusiones:

- **Todos los niños uruguayos se conectaron alguna vez a internet:** casi la totalidad de las niñas y los niños encuestados dice que pudo acceder cuando lo necesitó, al menos alguna vez. Es relevante destacar que sobre esta disponibilidad general no existen diferencias sustantivas por edad, nivel socioeconómico, sexo, ni región del país, y que las niñas y los niños tienen mayor acceso que los adultos.

- **El teléfono celular es el dispositivo más usado por las niñas y los niños para conectarse a internet:** las características inherentes al dispositivo (móvil e individual) favorecen un uso privado, tanto fuera como dentro del hogar. Estas formas de navegación agregan complejidad al diseño de estrategias de mediación efectivas.

- **Las niñas y los niños no son expertos en el uso de internet.** Las niñas y los niños declaran tener mayores niveles de habilidades digitales que los adultos en todos los indicadores evaluados. Sin embargo, el análisis muestra una considerable diversidad en el grado de conocimientos y destrezas, por lo que la distancia entre niños/as y adultos puede llegar a ser igual o menor que entre los propios/as niños/as.

- **Las niñas y los niños consideran que hay cosas buenas para ellos/as en internet y se imaginan a sí mismos/as utilizando la tecnología con diversos fines positivos en su futuro:** las principales actividades que realizan se encuentran en comunicación, información y entretenimiento, imaginándose un futuro en el cual la tecnología los ayuda a comunicarse, trabajar, aprender, investigar o estudiar.

- **Las niñas y los niños reconocen sus dificultades para regular el uso de internet, pero sobre todo señalan la dificultad que observan en sus padres para autorregular esa misma conducta, especialmente en ámbitos de interacción familiar:** coinciden al enfatizar que la mala regulación en el uso por parte de sus padres perjudica la calidad del tiempo que pasan con ellos.

- **Muchos niños son conscientes de los riesgos que existen en internet:** cerca de la mitad declara que no siente una sensación de absoluta seguridad cuando se conecta a la red. El peligro por contacto con extraños y el acoso o bullying se presentan como uno de los mayores temores asociados al uso de internet; preocupación compartida por madres, padres y demás actores involucrados.

- **Algunas características de internet hacen necesario el desarrollo de estrategias novedosas para gestionar riesgos y evitar daños en los usuarios de menor edad:** la facilidad para contactarse con extraños, el anonimato, el alcance exponencial de contenidos, la celeridad de su difusión y la alta concentración de información privada, imprimen nuevos desafíos.

- **El uso responsable de internet involucra a los referentes en la vida de las niñas y los niños:** el rol de padres, docentes y pares es central a la hora de promover el uso seguro, así como de incentivar la exploración y el aprendizaje en internet. Sin embargo, se ven ellos mismos como los actores de mayor peso para su seguridad en línea, quienes más pueden influir sobre lo que hacen.

- **Solo la mitad de las niñas y los niños que sufrieron episodios negativos en internet solicitaron ayuda o comentaron el hecho con otra persona:** cerca de uno de cada tres niñas o niños encuestados manifiesta haber sido expuesto en internet a algo que le molestó o le hizo sentir mal. Solo la mitad de ellos comentaron el episodio con alguien o pidieron ayuda.

- **Las madres y los padres tienen poco conocimiento sobre el contacto con desconocidos que sus hijas e hijos entablan en internet, tanto en el caso de contactos virtuales como presenciales:** la distancia entre lo que declaran las niñas y los niños de lo que hacen y lo que conocen sus padres, dificulta una mediación efectiva, sobre todo con relación a las conductas de riesgo.

- **A mayor acceso y uso de internet, mayores son los beneficios y mayores los riesgos:** este doble potencial asociado al mayor uso de internet, aumento de beneficios y habilidades digitales, y también del riesgo, tiene implicancias directas para el diseño de estrategias de acompañamiento por parte de los adultos.

- **Hay que lograr un equilibrio entre regular e incentivar un uso seguro y responsable de internet, a través del cual niñas, niños y adolescentes puedan ejercer plenamente sus derechos en la era digital:** las formas de mediación que focalizan en los aspectos restrictivos limitan su acceso a beneficios y a oportunidades para el desarrollo de habilidades digitales.

En suma, un panorama complejo, que amerita ser analizado detenidamente y tenido centralmente en cuenta.

5. DERECHO A LA PROTECCIÓN

El Derecho a la Protección está claramente establecido en los artículos 19 y 32 de la Convención Internacional de los Derechos del Niño (CDN). Aquí se consideran dos de sus dimensiones más relevantes: la protección contra toda forma de violencia y contra toda forma de explotación.

▸▸ 5.1 Protección contra toda forma de violencia

El vínculo entre NNA y violencias tiene múltiples dimensiones, entre las que se destacan las vinculadas con el impacto de la violencia de género en sus hogares, los castigos físicos y psicológicos y el suicidio (como una forma extrema de violencia considerada, en este caso, como autoinfligida) a las que se suman los homicidios y femicidios, así como las violencias "institucionales", especialmente en el caso de los establecimientos de reclusión para adolescentes en conflicto con la ley, así como las que se verifican en las escuelas y en las iglesias, entre otras.

En lo que atañe a la primera de las modalidades mencionadas, nuestro país cuenta con dos Encuestas Nacionales de Prevalencia sobre Violencia Basada en Género y Generaciones (VBG) realizadas en 2013 y 2019. El Informe correspondiente a la segunda (INE, MIDES, CNC 2020) destaca los siguientes hallazgos:

- En 2019, 76.7 % de las mujeres de 15 años y más que residen en Uruguay, reportan situaciones de violencia basada en género a lo largo de la vida, en alguno de los ámbitos relevados. Representa aproximadamente 1.1 millón de mujeres. Esta prevalencia aumenta cuatro puntos porcentuales respecto a la reportada en la medición de 2013.

- Las mujeres de 24 años y más que alcanzan como máximo un nivel educativo terciario, son las que declaran en mayor medida haber vivido situaciones de VBG en el ámbito educativo en algún momento de la vida (19.6 %). Las prevalencias descienden para quienes alcanzan enseñanza media (9.8 %) y primaria (4.6 %). Como principales agresores, las mujeres identifican a compañeros/as de estudio y declaran que en su mayoría son varones (88.5 %).

- La ocurrencia de situaciones de VBG en el ámbito social presenta una prevalencia de 21.1 % (aproximadamente 300 000 mujeres) en los últimos 12 meses, y del 54.4 % a lo largo de toda la vida (aproximadamente 795 000 mujeres).

- La violencia sexual es el tipo más frecuente. Al comparar esta información con la reportada en 2013, se advierte un aumento de 8.3 puntos porcentuales (36.5 % en 2013 y 44.8 % en 2019). Se reporta como principal agresor a una persona desconocida, en general de género masculino (97.8 %). Un tercio de las encuestadas reporta haber vivido VBG en la calle o vereda; el 13.1 % en el transporte público y el 9.6 % en fiestas, boliches, bares, pubs y conciertos.

- El 17.9 % de las mujeres de 15 años y más que trabajaron como asalariadas declaran haber vivido alguna situación de VBG en el ámbito laboral a lo largo de la vida, y el 8.5 % en los últimos 12 meses. Se identifica como principal agresor el jefe/a o directivo/a, que en un 84.9 % de los casos es varón.

- Entre las mujeres de 15 años y más que tuvieron algún parto, el 17.4 % reporta haber vivido situaciones de violencia obstétrica durante el último parto o cesárea. Se identifican como principales agresores/as: ginecólogo/a, enfermero/a y partera/o (en mayor medida son mujeres: 72.1 %). A su vez, en cuanto al proceso de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), posterior a la aprobación de la Ley N° 18.987 (2012), el 54.4 % de las mujeres reporta situaciones de violencia.

El porcentaje de mujeres que vivieron VBG durante la infancia se sitúa en 37.1 %, es decir, casi cuatro de cada diez mujeres uruguayas. Representa aproximadamente 540 000 mujeres. En el contexto de la familia actual, 18.4 % de las mujeres reporta situaciones de VBG. Esa cifra representa aproximadamente 265 000 mujeres.

El 47 % de las mujeres de 15 años y más declaró haber vivido situaciones de VBG por parte de la pareja o expareja a lo largo de toda la vida y 19.5 % en el último año. La mayor prevalencia corresponde a la violencia psicológica (44.6 %). Se registra en mayor medida en mujeres afro respecto a las no afro (60.5 % vs. 44.6 %, para toda la vida). Además, afecta a mujeres de entre 30 y 49 años de edad en mayor medida, cuando se considera el período de toda la vida (54.8 %) y para el tramo de entre 15 y 18 años (27.2 %) al considerar los últimos 12 meses.

Por el impacto emocional de la VBG en el contexto de pareja o expareja a lo largo de toda la vida, 55.7 % de las encuestadas reporta depresión, angustia, tristeza o miedo, seguido de dificultades o alteraciones del sueño (39.5 %). En cuanto al impacto físico, 27 % requirió atención médica por las lesiones infligidas. Como consecuencia de las agresiones, el 23.5 % de las encuestadas estuvieron hospitalizadas.

Entre las mujeres que reportan violencia por parte de la pareja o expareja en los últimos 12 meses y registran presencia de niñas, niños y adolescentes en el hogar, 28.8 % sostiene que los actos ocurren mientras estos se encuentran en el hogar. Además, dos de cada diez mujeres que reportan violencia de pareja o expareja en los últimos 12 meses y reportan presencia de NNA en el hogar, declaran que su pareja actual o anterior ejerció violencia directa hacia ellos/as.

En lo que respecta a búsqueda de ayuda en todos los ámbitos, más del 60 % de las mujeres que vivieron situaciones de VBG manifiestan haber hablado con alguien sobre lo sucedido. El tipo de solicitud de ayuda más mencionado es la búsqueda de orientación e información con alguien de confianza. Son muy pocas las que deciden realizar una denuncia, ya sea administrativa o policial. Dentro de quienes no buscan ayuda, el motivo más mencionado es que lo consideraron un hecho sin importancia. En segundo lugar, consideraron que no iba a generar ninguna consecuencia o que no serviría de nada buscar ayuda o denunciar.

En cuanto a la normativa sobre violencia doméstica y de género, nueve de cada diez mujeres encuestadas declaran conocer su existencia. El 87.6 % también indica conocer instituciones de apoyo y atención a mujeres, niñas y adolescentes en situación de violencia y maltrato, entre las que destaca la Policía como la más mencionada, el MIDES (Inmujeres) en segundo lugar y luego los servicios de salud.

Por su parte, el Sistema Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV), integrado por todos los organismos públicos vinculados al tema (Administración Nacional de la Educación Pública, Ministerio del Interior, Ministerio de Desarrollo Social, Fiscalía General de la Nación e Instituto Nacional de la Niñez y la Adolescencia), aportó los siguientes datos destacables:

- En 2019 hubo un total de 25 femicidios; en 13 de ellos las mujeres tenían NNA a cargo, lo que suma un total de 21 NNA huérfanos de madre por este motivo. En 3 de esas 13 situaciones los autores se suicidaron luego de cometer el hecho dejando 5 NNA huérfanos. Asimismo, se registraron un total de 4774 situaciones de violencia hacia NNA durante 2019. La mayoría fueron crónicas y recurrentes (por lo tanto, provocando potencialmente un daño mayor). Más de 1100 fueron de abuso sexual.

- En 2020 hubo 33 004 denuncias de violencia doméstica y afines (cifra en aumento desde 2017), siendo las víctimas en 71.2 % mujeres y 28.8 % varones. En el 49.2 % de las situaciones hubo presencia de NNA. Para el tramo de 0 a 12 años, 41.2 % de las víctimas fueron varones y 50.8 % mujeres; para el de 13 a 17, 13.9 % fueron varones y 86.1% mujeres. Los delitos sexuales registrados en el período fueron 1853 (19 % de aumento, en relación con 2019).

- La misma fuente informa que durante 2021 se trabajó en un total de 7035 situaciones de violencia hacia niñas, niños y adolescentes, lo que implica la intervención en un promedio de 19 casos por día. De ese total de casos, 2882 corresponden a nuevas situaciones ingresadas al sistema durante 2021. La cifra representa un aumento de 43 % respecto de 2020, año en el que se registraron 4911 casos de violencia.

- Al igual que en los años anteriores, la mayoría de las situaciones de violencia detectadas en 2021 afectó a niñas y adolescentes mujeres (55 %), frente a 45 % de casos que involucraron a varones. En cuanto al desglose por franjas etarias, se repite que el tramo de edades en las que se registran más situaciones de violencia es el que va de 6 a 12 años (37 %), seguido de la franja de 13 a 17 (35 %). El informe destaca que una de cada cinco situaciones registradas corresponde a niñas y niños de cinco años o menos (19 %), un porcentaje que aumentó 2 % respecto del año anterior.

- Al realizar el cruce de datos sobre edades y género, el análisis no encuentra diferencias significativas entre niñas y niños hasta los cinco años, pero a medida que aumenta la edad se visualiza un mayor aumento en niñas y adolescentes mujeres en las situaciones intervenidas. Según el informe la tendencia se mantiene y confirma que la variable sexo es un indicador de vulnerabilidad en las situaciones de violencia. Las niñas y adolescentes mujeres tienen mayor probabilidad de sufrir maltrato y/o abuso.

Por otra parte, el principal tipo de violencia registrado fue el maltrato emocional (37 %), seguido por la negligencia (24 %), el abuso sexual (20 %), la violencia física (17 %) y la explotación sexual (2 %). Si se analizan los tipos de violencia según el género de las víctimas, se deduce que los únicos casos en los cuales hay una diferencia significativa son en las violencias sexuales, donde se registra una "absoluta prevalencia" de las niñas y las adolescentes, detalla el documento. Así, ellas son las afectadas en 87 % de los casos de explotación sexual comercial y en 76 % de los abusos sexuales.

Respecto de la frecuencia y la cronicidad de las situaciones registradas, el SIPIAV resaltó que tres de cada cuatro situaciones refieren a episodios que ocurrieron en forma recurrente al momento de la detección. El organismo reiteró además que existe una "alta naturalización" de las situaciones de violencia por parte de las niñas, niños y adolescentes. En ese sentido, resaltó que solo uno o una de cada tres logra visualizarlas como tales.

En relación con el perfil de las personas que agreden, la tendencia se "mantiene incambiada": los padres siguen siendo los principales agresores (39 %), seguido de las madres (23 %). Además, nueve de cada diez personas que ejercen violencia (91 %) son familiares directos o integrantes del núcleo de convivencia de las niñas, niños y adolescentes. De ese total, más de la mitad corresponde a personas de entre 30 y 44 años.

La violencia contra los niños, las niñas y adolescentes es un problema grave, que se reproduce y crece. Es fundamental priorizar el tema en la agenda y concientizar a los ciudadanos sobre el problema. Otra de las expresiones de violencia que involucran a NNA, es la vinculada con los suicidios, tanto en términos de intentos no consumados como consumados efectivamente. Uruguay tiene las tasas más altas de la región en estas materias, tal como queda evidenciado en la Tabla 26:

Tabla 26. Tasas de suicidio en adolescentes (por cada 100 000 habitantes) de 15 a 19 años en seis países de Suramérica (2019)

Países	Total	Hombres	Mujeres
Argentina	9.9	13.06	6.64
Chile	5.09	7.38	2.73
Colombia	5.51	7.2	3.76
Ecuador	11.7	13.38	9.95
Perú	2.76	2.79	2.74
Uruguay	12.21	17.97	6.22

Fuente: https://www.who.int/data/gho/data/themes/mental-health/suicide-rates

En cualquier caso, diferenciando por edades, se sabe que los suicidios efectivamente consumados se concentran abrumadoramente en la población adulta y adulta mayor, en relación con la constituida por NNA. En cambio, los intentos de autoeliminación se dan más frecuentemente entre adolescentes, aunque una muy baja proporción de estos se concrete efectivamente. Las cifras de la Tabla 27 lo muestran claramente:

Tabla 27. Suicidios consumados por grupos de edad para el período 2016-2019 en Uruguay

Grupo de edad	Cantidad	Porcentaje	Tasa X 100 000 habitantes
11 a 17 años	70	2	5.0
18 a 34 años	823	29	23.6
35 a 59 años	1064	37	23.4
60 a 70 años	435	15	29.2
71 años y más	472	16	36.1

Fuente: Hein, P. y Cohen, D. (2020). Enigmas y estigmas del suicidio en el Uruguay: estrategias para su comprensión y prevención. Montevideo. Con cifras del MSP y el INE.

En cualquier caso, importa tener en cuenta que la pandemia tuvo impactos muy fuertes en este campo, visibles en el récord de casos registrados en 2021 (758) equivalentes a una tasa de 21.39 por cada 100 000 habitantes, superior al récord histórico registrado en la crisis de 2002, cuando se anotó una tasa de 20.6 suicidios por cada 100 000 habitantes. Estamos, entonces, ante un claro indicador del impacto de la crisis sanitaria, económica y social generada en la pandemia, especialmente en el campo de la salud mental.

Adicionalmente, importa destacar que NNA también han sido (y son) afectados directamente por la comisión de homicidios en su contra. En este sentido, el Comité de los Derechos del Niño – Uruguay (CDNU) publicó un informe considerándolo como un acto de violencia extremo, definido por el Ministerio del Interior del Uruguay, como una muerte infligida a una persona por otra u otras en forma intencional e ilegal, homicidio doloso (CDNU 2020) y destacando entre sus principales hallazgos los siguientes:

- El número de homicidios dolosos cometidos a niñas, niños y adolescentes (17 y menos años) a lo largo del período 2012-2019 se situó en un total de 186, representando el 7.6 % del total de homicidios consumados en el país en el período señalado. En otras palabras, cada 100 homicidios dolosos acontecidos en el país entre los años 2012 y 2019, 8 tuvieron como víctima a un niño, niña o adolescente.

- La mirada comparada a lo largo de la serie temporal integrada al análisis permite visualizar una relativa estabilidad anual en la frecuencia de estos eventos, con una sensible variación entre los años 2014 y 2015, donde se constata el más alto y más bajo número de homicidios a NNA a lo largo del período (31 y 14, respectivamente).

- En relación con las características sociodemográficas de NNA víctimas de homicidios dolosos, los datos disponibles permiten constatar una prevalencia de víctimas varones y adolescentes. Para el total del período integrado al análisis (2012 a 2019), 7 de cada 10 homicidios tuvieron como víctima a un niño o adolescente varón (69 %) y cerca de 3 de cada 10 a una niña o adolescente mujer (25.3 %). En tanto, 6 de cada 10 tienen como víctima a un adolescente con 15 a 17 años (58 %) y 2 de cada 10 a un niño o niña con edad igual o inferior a 4 años (21.5 %). Por su parte, 7 % de las víctimas cuenta con 5 a 9 años y 11 % con 10 a 14 años.

- Por su parte, y de acuerdo con datos elaborados por UNICEF en base al análisis de partes policiales del Ministerio del Interior, en 37 de cada 100 eventos acontecidos entre 2012 y 2016 (37.04 %) no se pudo identificar el motivo o circunstancia precipitante del homicidio. Paralelamente, 28 de cada 100 eventos tuvo como motivo principal la "violencia intrafamiliar", y 17 de cada 100 los "conflictos entre criminales o ajustes de cuentas".

- En otras palabras, entre los motivos identificados, entre 2012 y 2016, cerca de 3 de cada 10 homicidios hacia NNA tuvieron como causa la violencia intrafamiliar, y cerca de 2 de cada 10 los "conflictos entre criminales o ajustes de cuentas". Según consta en el Informe de UNICEF (2017), en toda la serie 2012-2016 fueron 30 los niños, niñas y adolescentes asesinados por motivos de violencia intrafamiliar. De ellos, 17 eran mujeres, 12 eran varones y en un caso el sexo no está identificado. Por causas relacionadas con la violencia de género murieron 14, así como 16 por otras formas de violencia intrafamiliar.

Aunque al momento de cerrar este informe no se dispone de cifras más actualizadas (2020 y 2021), puede suponerse que el panorama se ha mantenido estable o se ha agravado como efecto de la pandemia, al menos en algunas de las variables consideradas en este análisis. Cuantitativamente, podrá parecer un problema "limitado" a unos pocos casos, pero no es así, de ningún modo.

Esto se suma, además, a lo ya dicho sobre "situaciones de violencia" que involucraron a NNA y también con lo que se comentará a continuación, en relación con temas vinculados con las diversas formas de explotación (tanto laboral como sexual y comercial) que, aunque no culminan en suicidios u homicidios/femicidios, muchas veces guardan estrecha relación con este tipo de circunstancias.

▸▸ 5.2 Protección contra la explotación laboral

Uruguay no cuenta con datos actualizados sobre trabajo infantil. La última encuesta disponible en este campo fue realizada en 2010. En aquella oportunidad, el correspondiente informe del INE destacó el siguiente cuadro resumido de situación:

- Las niñas, los niños y adolescentes entre 5 y 17 años representan el 21 % de la población total del país, lo que equivale a 685,1 mil personas. El 59.9 % de ellos se ubica en los quintiles más pobres, porcentaje que aumenta a 70 % entre aquéllos que habitan en áreas rurales.

- A nivel nacional, el 85.3 % de NNA (584,5 mil personas) no realiza ninguna actividad económica, ni la realizó en los últimos 12 meses, mientras que el 11.6 % de ellos desarrolla alguna actividad económica. El 3.1 % declara haber realizado actividades de esta naturaleza en los últimos 12 meses, aunque no las realice en la actualidad. Se destaca también que, en las áreas rurales, NNA que desempeñan actividades económicas actualmente ascienden al 21.1 %, mientras que en el área urbana representan el 10.9 %.

- Los varones trabajan más que las niñas y adolescentes mujeres (15.2 % frente a un 7.7 %), y los adolescentes entre 15 y 17 años más que los niños entre 5 y 14 años (29.3 % frente a un 6.1 %). El 55.6 % de los adolescentes varones que habitan en el área rural realizan actualmente actividades económicas, mientras que solo un 37.7 % de los mismos declara no haber realizado ninguna actividad en los últimos 12 meses. El menor nivel de actividad económica se encuentra entre las niñas de 5 a 14 años de edad residentes en áreas urbanas (4.0 %).

- A nivel nacional, los NNA que realizan actividades económicas destinan, en promedio, 16.7 horas semanales a las tareas relacionadas con la producción económica, mientras que ese promedio aumenta a 17.2 horas semanales para los que habitan en el área rural. Los varones dedican más horas en promedio que las niñas y adolescentes mujeres a las actividades económicas, y los adolescentes entre 15 y 17 años más que los niños entre 5 y 14 años. Se destaca también, que la mayor proporción de horas trabajadas por semana la registran los adolescentes varones entre 15 y 17 años que habitan en el área rural, y asciende a un promedio de 28.7 horas semanales.

- El 84.6 % de NNA realiza tareas domésticas en su hogar, lo que equivale a 579.5 mil personas. El tiempo promedio que insumen en la realización de tareas domésticas a nivel nacional, es de 2.3 horas. Las principales tareas desarrolladas por NNA en este sentido son las de "ordenar su cuarto", "hacer mandados" y "lavar platos, pisos y ropa", y la gran mayoría declara realizarlas para ayudar, porque quieren o porque les gusta hacerlas.

- La proporción de NNA que hace tareas domésticas es mayor entre aquéllos que habitan en el área urbana que en la rural, y mayor entre los adolescentes que entre los niños. La predominancia de las niñas y adolescentes mujeres sobre los niños y adolescentes varones es también destacable a nivel nacional y en las áreas de residencia.

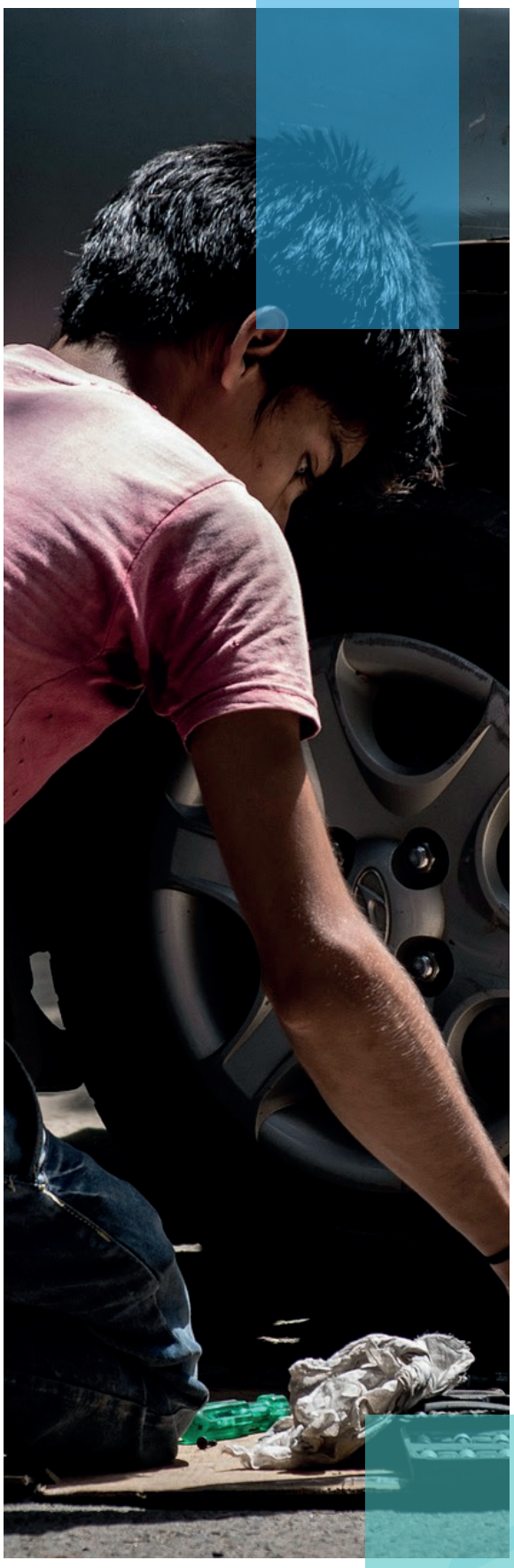
- En lo que al sistema educativo respecta, el 99.4 % de las niñas y los niños en edades entre los 6 y los 12 años asisten al sistema escolar, y cerca del 90 % de las niñas y niños en edad escolar se dedica solo a estudiar o a estudiar y realizar tareas domésticas. Asimismo, las niñas y los niños en edad escolar que viven en el área urbana y que estudian y trabajan representan un 0.2 %, mientras que sus pares del área rural que desempeñan las mismas actividades son un 1.3 %.

- Existen diferencias salariales muy marcadas entre varones y mujeres. El ingreso de estas es la mitad de los varones. A su vez, estas diferencias son más acentuadas en las localidades del interior de menos de 5000 habitantes y en áreas rurales. Los adolescentes varones del interior de localidades de menos de 5000 habitantes y áreas rurales ganan más que los del resto del país, mientras que no se distinguen diferencias salariales entre las niñas y adolescentes mujeres por área de residencia. Los niños entre 5 a 14 años, que residen en las localidades del interior de 5000 y más habitantes, ganan más que sus pares de Montevideo y de localidades del interior de menos de 5000 habitantes y en áreas rurales.

Desde entonces, solo se dispone de registros administrativos, tanto del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS) como del Instituto de la Niñez y la Adolescencia (INAU), cubriendo los permisos de trabajo para menores y de inspecciones laborales para controlar el cumplimiento de las normas establecidas. Desde este ángulo, las cifras más recientes indican que el trabajo regulado de menores bajó en 2020 con 1334 permisos otorgados en todo el país, comparado con 2019, que tuvo una cifra de 1933. Las inspecciones sobre trabajo infantil en 2020 fueron 1345 y esta cifra también disminuyó comparado con 2019, según fuentes oficiales.

Asimismo, recientemente, el INAU presentó cifras sobre la cantidad de permisos otorgados para el trabajo adolescente. Las cifras establecen que en 2021 se otorgaron 1155 permisos para trabajo adolescente. En los primeros cinco meses de este año ya se otorgaron 60 permisos. La tendencia indica que este año 2022 supere la cantidad de permisos otorgados durante el año previo. Respecto a las inspecciones realizadas, las cifras señalan que durante el año 2021 se realizaron 1606. En los primeros cinco meses de este año se realizaron 834.

El INAU ha informado que el INE realizará una nueva encuesta global sobre estos temas, y que el Censo 2022 tendrá un módulo específico, pero hasta el momento no se dispone de señales claras respecto a su concreción efectiva. En cualquier caso, podría estimarse que la situación registrada en 2010 debe haber evolucionado positivamente en los años siguientes, de la mano del descenso de los niveles de pobreza (en el marco de la expansión económica registrada), pero se debe haber vuelto a deteriorar a partir de 2020, como resultado de la crisis económica y social provocada por la pandemia.



5.3 Protección contra la explotación sexual y comercial

Las dinámicas vinculadas con la explotación sexual y comercial de NNA no están debidamente registradas en Uruguay, pero se han logrado algunos avances, desde la instalación en 2004 del Comité Nacional para la Erradicación de la Explotación Sexual de la Niñez y la Adolescencia (CONAEES) y el diseño del II Plan Nacional para la Erradicación de la Explotación Sexual de Niños, Niñas y Adolescentes 2016-2021, aprobado en 2017.

El Plan se posicionó en torno a los siguientes lineamientos estratégicos:

- Implementar todas las acciones desde una perspectiva de derechos humanos que integre las especificidades territoriales, la perspectiva generacional, de género, diversidad, discapacidad y la étnico-racial.

- Incluir a las y los adolescentes como sujetos activos y protagónicos en las acciones que se realicen en el marco del presente Plan.

- Garantizar la articulación conceptual y operativa de acciones desarrolladas por cada organismo enmarcadas en este plan.

- Generar acuerdos, articulaciones y acciones a nivel local, nacional y regional, con redes de trabajo interinstitucionales vinculadas a la problemática de violencia y violencia sexual.

- Favorecer la sustentabilidad económica para la implementación y seguimiento del plan.

- Promover la cooperación internacional, cooperación sur-sur o triangular para favorecer mejores y más efectivas prácticas de erradicación de la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes (ESCNNA).

El II Plan Nacional para la erradicación de la ESCNNA se organizó en torno a los siguientes seis componentes estratégicos:

- Promoción de derechos y prevención.
- Protección.
- Atención.
- Creación y sistematización de conocimientos.
- Fortalecimiento institucional y comunicación.
- Monitoreo y evaluación.

En cada caso, se definieron metas e indicadores de verificación, conjuntamente con la asignación de las responsabilidades institucionales correspondientes, todo en torno a 120 medidas acordadas por todas las instituciones gubernamentales y de la sociedad civil integrantes del Comité.

No se conocen, por el momento, evaluaciones sistemáticas de la implementación de este II Plan, pero la opinión pública se ha visto fuertemente impactada por reiterados casos concretados en los últimos años, en el marco de una amplia investigación (denominada "Operación Océano") centrada en una Red de Traficantes de Personas, de la que forman parte hombres adultos de alto poder económico, y que ya ha implicado el procesamiento de varios de ellos. Adicionalmente, todo esto se ha visto agravado por varios casos de desaparición de mujeres jóvenes, cuyo paradero se desconoce y que también están siendo investigados por la justicia.

Más en general, a fines de 2021, el Comité Nacional para la Erradicación de la Explotación Sexual Comercial y No Comercial de la Niñez y la Adolescencia (CONAPEES), informó en conferencia de prensa que entre el 1º de enero y el 30 de noviembre de 2022, se registraron 494 casos, de los cuales 156 corresponden a nuevos casos y el resto a seguimiento de casos anteriores, por lo que el volumen global aumentó respecto a 2020, cuando se habían registrado 410 casos (que a su vez eran más de los registrados previamente). Para este Comité, esto no quiere decir que se esté produciendo un aumento real, sino que lo que muestran estas cifras es el mejoramiento de la detección de casos, recordando que cuando se comenzó con esta tarea, en 2007, 2008 y 2009, se registraron apenas 20 casos.

6. DERECHO A LA PARTICIPACIÓN

El derecho a la participación de niños, niñas y adolescentes está claramente establecido en el artículo 12 de la Convención Internacional de los Derechos del Niño (CDN). Incluimos aquí algunas consideraciones sobre tres dimensiones: (i) derecho a ser escuchado; (ii) derecho a participar en la toma de decisiones; y (iii) derecho a la participación social y política.

▸▸ 6.1 Derecho a ser escuchado

Uno de los mecanismos más utilizados para "escuchar" a NNA ha sido la aplicación de cuestionarios, ya sea a través de encuestas generales representativas o aplicados a grupos específicos. En este último caso, uno de los ejemplos más destacados es el aplicado entre diciembre de 2017 y marzo de 2018 a adolescentes en conflicto con la ley (Ruiz y Silva coord., 2018), presentado a través de un detallado Informe que sintetizó sus resultados —textualmente— del siguiente modo:

> Los adolescentes privados de libertad tenían entre 13 y 22 años; el promedio de edad era de 16 años y medio; 3 % eran mujeres y 97 % varones; 11 % tenían hijos, 56 % residían en Montevideo y 12 % en Canelones. Los que residían en Montevideo vivían mayoritariamente en los municipios D y A, por lo general. Seis de cada diez tienen historias familiares de privación de libertad y el 34 % estuvo privado de libertad anteriormente. El 91 % presentó rezago educativo; el 81 % había alcanzado como máximo nivel educativo primaria completa. En general, se podría decir que eran varones, jóvenes, pobres, de los márgenes urbanos; "jóvenes de las clases peligrosas" desde la mirada de la "inseguridad" instalada como cuestión social.

> El 80,6 % de las infracciones cometidas por los adolescentes en 2017 fueron contra la propiedad, el 50,6 % se produjo sin ningún tipo de violencia contra las personas (43,7 % hurto y 6,9 % reaceptación) y el 30 % correspondió a rapiñas que implicaban distintas dosis de violencia contra las personas: desde la amenaza y el porte de armas hasta la agresión física. Las infracciones contra las personas representaron el 6,3 %, del cual el 3,6 % fueron lesiones personales y el 2,7 % homicidios (Poder Judicial, 2017).

- El 51 % de los adolescentes privados de libertad permanecía dentro de la celda más de 18 horas diarias, y el 84 % más de 12 horas.

- Si bien la reducción del número de adolescente privados de libertad (de 600 en 2014 a 300 en 2018) implicó una disminución significativa del hacinamiento, las condiciones materiales continuaban siendo precarias: el 55 % no tenía agua potable en la celda; el 45 % consideraba regulares, malas o muy malas las condiciones de higiene; el 55 % consideraba regular o mala la ventilación de la celda y el 41 % consideraba que la iluminación era regular o mala; el 48 % manifestaba que tenía poca o ninguna intimidad en los sanitarios; el 48 % afirmaba que la comida era regular o mala, y más de seis de cada diez adolescentes comían en sus celdas. A pesar de que la vida cotidiana sucedía mayoritariamente en la celda, seis de cada diez adolescentes no contaban con materiales de lectura ni elementos para escribir o dibujar.

- Al 16 % de los adolescentes se le entregó el reglamento escrito y más del 50 % accedió a las reglas de funcionamiento por la narración oral de adultos o adolescentes. El 68 % sostuvo que estando preso no se puede confiar en nadie, el 55 % que estar preso saca lo peor de uno mismo, el 67 % afirmaba que los problemas entre pares se resuelven peleando y, por último, tres de cada cuatro adolescentes cuando tenía un problema no recurría a ningún adulto.

- El 44 % de los adolescentes dice haber sufrido una crisis, angustia o depresión una o varias veces en el encierro; el 56 % tomaba medicación psiquiátrica y dos de cada tres de estos adolescentes decían que era para poder dormir. El 87 % había tenido en el último mes por lo menos una entrevista con el psicólogo.

- La proporción de adolescentes que participaban en cursos de primaria y secundaria pasó de un 25 % en 2008 a un 62 % en 2018. El 38 % (cuatro de cada diez) no participaban en propuestas de educación formal, que son obligatorias según la Ley General de Educación, 18.437. El 47 % de los adolescentes privados de libertad tenía clase tres veces por semana, y en ningún caso más de 10 horas semanales; el 53 % restante tenía dos instancias por semana o menos).

- Las posibilidades de intercambio y socialización entre pares estaban sumamente limitadas: solo el 2 % de los adolescentes realizaba actividades fuera de los dispositivos de privación de libertad.

> El 64 % de los adolescentes sostenía que al egreso quería obtener un trabajo. El 98 % tenía más de 15 años, por lo que cumplía con las condiciones legales para participar en propuestas de carácter laboral (artículo 162 del Código de la Niñez y la Adolescencia), y el 37 % tenía al momento del relevamiento más de 18 años. El 5 % de los adolescentes privados de libertad participaba de actividades remuneradas. (pp.68-70)

En definitiva, una situación crítica (ampliamente documentada, pero escasamente difundida) que en este caso es presentada directamente por sus principales protagonistas.

▸▸ 6.2 Derecho a participar en la toma de decisiones

También han sido instalados numerosos espacios físicos y virtuales de consulta a NNA (con el correspondiente fomento de su participación activa), entre los que se destacan los impulsados por el Comité de los Derechos del Niño – Uruguay[1] (CDN-U), una coalición de organismos no gubernamentales, sociales y culturales creado en el año 1991 a raíz de la ratificación por parte de nuestro país de la Convención Internacional de los Derechos del Niño.

Entre sus múltiples iniciativas (animación de un Observatorio, control social de políticas públicas, campañas de promoción de derechos y/o de denuncia de violaciones de estos, etc.) el Comité anima un espacio de participación juvenil[2], que se presenta a sí mismo del siguiente modo: "Somos un grupo diverso de niños, niñas y adolescentes. Venimos de distintos lugares. Representamos distintos proyectos. Nos movemos, nos organizamos, nos divertimos para un fin común: defender y promover los derechos de la niñez y la adolescencia" (CDN-U, 2022, p. 1).

Entre sus actividades más recientes, se destacan las siguientes (CDN-U, 2022, p. 1):

- Programa de ciberactivismo y competencias digitales (18 de mayo de 2020).
- Conversatorio sobre "Infancias y adolescencias en cuarentena" (2 de diciembre de 2020).
- Conversatorio "Cortemos por lo sano: desmedicalizar y despatologizar a adolescentes y jóvenes" (8 de abril de 2021).

Dichas actividades, entre otras, se despliegan en el marco del Proyecto "Más Derechos", que cuenta con el respaldo de la Unión Europea. Los grupos destinatarios del proyecto son referentes de las organizaciones de la sociedad civil (OSC), que llevan adelante proyectos socioeducativos dirigidos a infancia y adolescencia (en especial aquellas que su trabajo se desarrolla fuera de Montevideo y el área metropolitana). También los y las adolescentes que se encuentran en situación de vulnerabilidad social, con una débil relación con el sistema educativo y que no se ligan a las plataformas de participación existentes. Asimismo, los grupos de niños, niñas y adolescentes que integren proyectos socio educativos gestionados por organizaciones de la sociedad civil, centros educativos, grupos organizados y/o aquellos que puedan contar con un acompañamiento de base a nivel local.

1 Disponible en: https://www.cdnuruguay.org.uy/quienes-somos/
2 Disponible en: https://www.cdnuruguay.org.uy/mas-participacion-presentacion/

▸▸ 6.3 Derecho a la participación social y política

Por último, una modalidad adicional en materia de participación de NNA es la vinculada con la que se concreta en el campo social y político, tema sobre el cual las encuestas de opinión pública y los estudios especializados brindan regularmente información y análisis de gran valor.

En este marco, es destacable el perfil diferente que muestran las y los adolescentes (junto a sus pares "jóvenes"), en comparación con las que brinda la población adulta, en las encuestas más serias y mejor valoradas en América Latina, como las de Latinobarómetro. En particular, aquí se destacan las respuestas recibidas a una pregunta general (con sus correspondientes opciones), comparando las recopiladas en 2015 y 2020 en Uruguay.

Tabla 28. ¿Cómo cree usted que es mejor actuar para que usted y el país avancen más? Respuestas por edad en 2015 y 2020 (%)

	Total	15 - 25	26 - 40	41 - 60	61 y más
2015					
Votar siempre	67.6	58.0	64.2	69.2	75.9
Votar pero también protestar	26.5	34.0	28.6	25.7	19.9
Solo protestar, no sirve votar	0.6	---	0.9	0.5	0.7
Ni votar ni protestar	2.6	2.7	3.3	2.2	2.1
No sé qué hay que hacer	2.8	5.3	3.0	2.4	1.4
2020					
Votar siempre	61.1	47.6	60.0	61.7	70.5
Votar pero también protestar	31.1	41.9	32.3	31.3	22.6
Solo protestar, no sirve votar	0.8	1.6	0.6	0.5	0.7
Ni votar ni protestar	1.6	2.6	1.5	1.6	1.0
No sé qué hay que hacer	5.4	6.3	5.5	4.9	5.2

Fuente: Latinobarómetro.

Como puede apreciarse, las respuestas de adolescentes y jóvenes se inclinan más por la combinación de "votar y protestar" y menos en la opción "votar siempre", siempre en comparación con las otras generaciones de población adulta y adulta mayor. Incluso, comparando ambas mediciones, puede notarse cómo dichas diferencias se profundizan entre 2015 y 2020. Lógicamente, las respuestas siempre están condicionadas por el entorno coyuntural correspondiente.

7. UN BALANCE PRELIMINAR SOBRE EL IMPACTO DE LA SINDEMIA DEL COVID-19 EN LOS DERECHOS DE NNA

Una vez concretado este apretado recorrido por los principales indicadores vinculados con el impacto de la pandemia del COVID-19 en los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, ¿qué balance puede realizarse?

Todo parece indicar que los impactos estrictamente sanitarios, en el campo de la salud física de NNA, han sido acotados. Sin embargo, los impactos en la salud mental han sido bastante más importantes y debieran tener una atención prioritaria a futuro. Así, tanto el número de contagios como el número de muertes, en la población menor de 18 años, han sido limitados, aún antes de que se extendiera el cronograma de vacunación contra el COVID-19, incluyéndolos como corresponde. Las prioridades establecidas en este sentido fueron totalmente lógicas y pertinentes, centradas, en primer lugar, en la población adulta mayor.

Las medidas implementadas para enfrentar la pandemia, en particular, las vinculadas con el uso de mascarillas, el aislamiento social y la suspensión de clases presenciales, tuvieron fuertes impactos en NNA, sobre todo en función de la reclusión en sus hogares (con sus adultos referentes permanentemente presentes en su vida cotidiana), de la interrupción de las interacciones con sus pares en las escuelas y liceos, y de la posibilidad de desarrollar sus dinámicas cotidianas en el campo del entretenimiento, la recreación y el deporte.

El retorno a clases presenciales permitió recomponer algunas de dichas limitaciones, pero también generó nuevos problemas, totalmente lógicos, si se tiene en cuenta que fueron varios los meses en que no se vieron en estos espacios con sus pares, así como con sus maestros/as. El retorno, entonces, generó no pocos problemas de convivencia en espacios presenciales, vinculados con ciertas formas de violencia (bullying entre pares, entre otros) difíciles de manejar en estas circunstancias tan particulares.

Asimismo, la limitación de la atención en servicios de salud, concentrados, como correspondía, en el enfrentamiento a la pandemia, impactó negativamente en NNA, sobre todo en relación con la dinámica más o menos "normal" de los espacios de escucha y consulta con personal especializado, especialmente en el campo de la salud mental.

Todo ello ha llevado al aumento de los intentos de suicidio y los suicidios propiamente dichos, como ya se ha consignado en las páginas precedentes. En la misma línea, pero sin llegar a estos extremos, también se registraron cambios en el plano alimentario, en la conciliación del sueño y en otras esferas similares, sin que se pudieran instrumentar respuestas pertinentes y oportunas, teniendo en cuenta la incertidumbre en la que hubo que operar en estas materias.

En suma, los impactos estrictamente sanitarios han sido significativos en el campo de la salud mental, pero más acotados en el campo de la salud física, en un marco donde NNA cumplieron significativamente con las directivas que se les impuso, a efectos de enfrentar la pandemia, pero sin que desde el mundo adulto primaran los enfoques centrados en interacciones dialógicas, entre generaciones, así como al interior de la propia generación de niños, niñas y adolescentes.

REFERENCIAS

Acosta, M.J. y Díaz, G., INAU, UNICEF. (2021). Estudio de Población y de Capacidad de Respuesta en Sistema de Protección 24 Horas del INAU: Relevamiento de recursos humanos y de niños, niñas y adolescentes atendidos. Montevideo.

Acosta, M.L. (2016). De la Doctrina de la Situación Irregular a la Protección Integral: una aproximación crítica a los cambios en la orientación de la atención pública a la infancia y la adolescencia en Uruguay [Tesis de licenciatura en Trabajo Social, Universidad de la República]. UDELAR, Montevideo.

AGESIC, INE. (2019). Encuesta de Uso de Tecnologías de la Información y la Comunicación: EUTIC 2019. Agencia de Gobierno Electrónico y Sociedad de la Información y el Conocimiento / Instituto Nacional de Estadísticas, Montevideo.

ANEP. (2021). Educación en Tiempos de Pandemia: Acción 2020. Rendición de Cuentas. Administración Nacional de la Educación Pública, Montevideo.

ANEP. (2019a). Educación en el Territorio 2019. Administración Nacional de la Educación Pública, Montevideo.

ANEP. (2019b). Evaluación del Programa de Alimentación Escolar y Monitoreo del Estado Nutricional de los Niños de Escuelas Públicas y Privadas del Uruguay. Montevideo.

ANONG, CDNU. (2021). Diagnóstico nacional sobre violencias sexuales contra niñas, niños y adolescentes. URUGUAY. Asociación Nacional de ONG orientadas al Desarrollo, Comité de los Derechos del Niño, Uruguay. Montevideo.

Anzalone, P. (2021). Uruguay: Participación Social en Salud y Democratización de la Sociedad y el Estado. Departamento de Sociología / FCS / UDELAR, Montevideo.

Anzalone, P. y Benia, W. (2018). Interpelaciones y Respuestas a las Enfermedades No Trasmisibles en Uruguay. Ministerio de Salud Pública, OPS/OMS. Montevideo.

BANCO MUNDIAL, UNICEF, UNESCO. (2022). Dos años después: salvando una generación. Panamá.

Batthyany, K., Genta, N. y Scavino, S. (2018). Cambios y permanencias en las estrategias de cuidado infantil en el curso de vida: un análisis de género. Montevideo.

Battyany, K., Genta, N. y Perrotta, V. (2015). Avanzando hacia la Corresponsabilidad en los Cuidados: Análisis de las Licencias Parentales en el Uruguay. CEPAL, AECID, Santiago.

Battyany, K. (Ed.). (2015). Los Tiempos del Bienestar Social: Género, Trabajo No Remunerado y Cuidados en el Uruguay. MIDES, ONUMUJERES, UNFPA, CEPAL, Montevideo.

Bidegain, G., Freigedo, M. y Zurgriggen, C. (Coord.). (2022). Fin de Ciclo: Balance del Estado y las Políticas Públicas tras 15 Años de Gobiernos de Izquierda en Uruguay. UDELAR, Montevideo.

Biramontes, T., Peri, A., Pardo, I. y Macadar, D. (2022). Estimación y Proyección de la Población en Edad Escolar en Uruguay 2000–2030. ANEP, UDELAR, UNFPA. Montevideo.

Briozzo, L. (Ed.). (2022). Uruguay: La Revolución de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Crónica y Testimonios de dos Décadas Pro-Vida y Pro-Derechos. Iniciativas Sanitarias. Montevideo.

Briozzo, L. (Ed.). (2020a). Integrando los Derechos Sexuales y Reproductivos en la Clínica desde el Compromiso Profesional de Conciencia: Derechos Sexuales en la Práctica Clínica. Facultad de Medicina, UDELAR. Montevideo.

Briozzo, L., Nozar, F., Fiol, V., Stapf C., Ben, S., Citrin, E., Greif, D. y Gallino, V. (2020). Análisis del Impacto de la Pandemia COVID-19 sobre la Calidad de los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva. Revista Médica Uruguaya, 36(4), Montevideo.

Brum, S., Noya, J.C. (2021). Acoso Escolar en el Uruguay: Informe de Estado de Situación. UNICEF. Montevideo.

Carbajal, F. (2021). Sistematización de Iniciativas de Articulación entre Educación y Trabajo destinadas a Adolescentes y Jóvenes en Uruguay. CAF, UNICEF. Montevideo.

CDNU. (2018). Observatorio de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia del Uruguay: Informe 2018. Comité de los Derechos del Niño–Uruguay, Unión Europea. Montevideo.

CEPAL. (2021a). Datos y Hechos sobre la Transformación Digital. Séptima Conferencia Ministerial sobre la Sociedad de la Información en América Latina y el Caribe: E-LAC 2022. Santiago.

CEPAL. (2022b). Panorama Social de América Latina 2021. Santiago.

Colacce, M. y Tenenbaum, V. (2018). Las Dimensiones del Bienestar Infantil y la Focalización de los Programas de Primera Infancia. MIDES, CEPAL. Montevideo.

Colacce, M. y Tenenbaum, V. (2016) Pobreza y Privaciones Múltiples en la Infancia en Uruguay. CEPAL, UNICEF. Montevideo.

Cristar, C. y Toledo, J. (Coord.). (2019). Balance 2019 del Plan de Acción de Juventudes 2015–2025: Punto y Seguido. INJU. Montevideo.

De Armas, G. (2017). Poner Fin a la Pobreza Infantil en Uruguay: Un Objetivo Posible para la Política Pública. UNICEF. Montevideo.

DINEM, MIDES. (2020). Evolución de la Pobreza Multidimensional en Uruguay 2006 – 2018. Dirección Nacional de Monitoreo y Evaluación, Ministerio de Desarrollo Social. Montevideo.

Dodel, M. (Coord.). (2018). Niños, Niñas y Adolescentes Conectados: Informe Kid On Line Uruguay. AGESIC, PLAN CEIBAL, UCU, UNESCO. Montevideo.

Eiris, N. y Sosa, A. (2021). Respuestas Públicas dirigidas a Hijas e Hijos de Mujeres Víctimas de Femicidio: Avances y Desafíos. MIDES, UNICEF. Montevideo.

FAO, FIDA, OPS, UNICEF, PMA. (2021). América Latina y el Caribe: Panorama Regional de la Seguridad Alimentaria y Nutricional: Estadísticas y Tendencias. Santiago.

Ferreira, M.V. (2018). Uruguay Crece Contigo: Análisis Teórico de las Prácticas de Crianza. Departamento de Trabajo Social, UDELAR. Montevideo.

Fuentes, G. y Rodríguez, M. (2022). La Reforma de la Salud en los Gobiernos del Frente Amplio (2005–2020): del Cambio Profundo al Nuevo Statu Quo. En Bidegain, Freigedo y Zurbrigen (Coord.). Fin de un ciclo: balance del Estado y las políticas públicas tras 15 años de gobiernos de izquierda en Uruguay (pp. 585-609). Universidad de la República de Uruguay.

FUNDACION JUSTICIA Y DERECHO. (2017). Adolescentes Mujeres, Delito y Respuesta Penal. FJD, UNICEF. Montevideo.

Gelpi, R. (2018). Política 2.0: las Redes Sociales (Facebook y Twitter) como Instrumento de Comunicación Política. Estudio de Caso: Uruguay [Tesis doctoral, Facultad de Ciencias Políticas y Sociología, Universidad Complutense de Madrid].

González, C. y Costabile, S. (2020). Tutelas y Castigos: Miradas Multidisciplinarias a la Cuestión Penal Juvenil en el Uruguay. Casa Bertolt Brecht. Montevideo.

GRUPO DE ESTUDIOS DE FAMILIA. (2015). Salud, Nutrición y Desarrollo en la Primera Infancia en Uruguay: Primeros Resultados de la ENDIS. INE, MSP, MIDES. Montevideo.
Hein, P., Larrobla, C., Novoa, G., Canetti, A., Heuguerot, C., González, V., Calgaris, A. y Torterolo, M.J. (2020). Enigmas y Estigmas del Suicidio en el Uruguay: Estrategias para su Comprensión y Prevención. UDELAR. Montevideo.

Ibarra, N. (2019). Adolescentes en Conflicto con la Ley: Estudio Descriptivo y Correlacional acerca de la Incidencia de Variables Socioeducativas en la Reincidencia Delictiva. Universidad ORT. Montevideo.

INDDHH. (2020). La Infancia que No Queremos Ver: Encierro y Salud Mental de Niños, Niñas y Adolescentes. Institución Nacional de Derechos Humanos, UNICEF. Montevideo.

INEED. (2021a). Informe sobre el Estado de la Educación en Uruguay 2019–2020. Instituto Nacional de Evaluación Educativa. Montevideo.

INEED. (2021b). Evaluación del Programa Uruguay Estudia. Instituto Nacional de Evaluación Educativa. Montevideo.

INE, MIDES, CNC. (2020). Segunda Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia Basada en Género y Generaciones. Montevideo.

INE, MSP, MIDES, MEC, CEIP, INAU. (2019). Primeros Resultados de la Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud Cohorte 2018. Montevideo.

INJU. (2020). Informe de la IV Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud 2018. Instituto Nacional de la Juventud, Montevideo.

INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES. (2021). La Violencia contra Niños, Niñas y Adolescentes: Análisis en el Marco de la Segunda Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia Basada en Género y Generaciones 2019. MIDES, UNICEF. Montevideo.

Kluver, C. y Naranja, M. (2019). Ascendencia Étnica y Seguridad Social en Uruguay. Comentarios de Seguridad Social Nº 65. BPS, Montevideo.

Lamique, A. (2018). El Proceso de Construcción de Identidad en Adolescentes Privados de Libertad por el Sistema Penal Juvenil. Departamento de Trabajo Social, FCS, UDELAR. Montevideo.

López, A., Graña, S., Ramos, V., Benedet, L. (2021). Desarrollo de una Política Pública Integral de Prevención del Embarazo en Adolescentes en Uruguay. Revista Panamericana de Salud Pública Nº 45. OPS, Washington.

López, A. y López, P. (2016). Salud en el Uruguay: Tendencias y Retos en Clave de Género. Oficina de Planeamiento y Presupuesto, Presidencia de la República. Montevideo.

Marinho, M., Castillo, C. (2022). Los impactos de la pandemia sobre la salud y el bienestar de niños y niñas en América Latina y el Caribe: la urgencia de avanzar hacia sistemas de protección social sensibles a los derechos de la niñez. CEPAL. Santiago.

Marroig, A., Perazzo, I., Salas, G. y Vigorito, A. (2017). Evaluación de Impacto del Programa de Acompañamiento Familiar de Uruguay Crece Contigo. IECON, UDELAR. Montevideo.

Mauri, P., García, S. (Coord.) (2017). Educación inclusiva: un camino a recorrer. FLACSO, CEIP, UNICEF. Montevideo.

Meresman, S. (2013). La situación de niños, niñas y adolescentes con discapacidad en Uruguay: la oportunidad de la inclusión. IIDI, UNICEF. Montevideo.

MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS. (2020). Presupuesto Nacional 2020–2024: Exposición de Motivos. Montevideo.

Morais, M. (2018). Sanciones No Privativas de Libertad para Adolescentes en Uruguay: Modelo de Intervención. ANONG, Fiscalía General de la Nación. INAU, IIN, UNICEF. Montevideo.

MIDES. (2021). Plan Nacional de Cuidados 2021–2025. Secretaría Nacional de Cuidados y Discapacidad, Ministerio de Desarrollo Social. Montevideo.

MSP, MIDES, MININTERIOR, ANEP, INAU, FISCALIA GENERAL DE LA NACION. (2021). Sistema Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia: Informe de Gestión 2020. Montevideo.

MSP, INE,RUANDI, UNICEF. (2020). Encuesta Nacional de Lactancia, Prácticas de Alimentación y Anemia en Menores de 24 Meses Usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud 2020. Montevideo.

MSP. (2019a). Protocolo para el Abordaje de Situaciones de Maltrato a Niñas, Niños y Adolescentes en el Marco del Sistema Nacional Integrado de Cuidados. MSP / UNICEF. Montevideo.

MSP. (2019b). Descenso Acelerado de la Fecundidad en Uruguay entre 2015 y 2018: Tres Estudios para su Análisis. MSP, UNFPA. Montevideo.

OBSERVATORIO DE LOS DERECHOS DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN URUGUAY. (2021). Incidencia de la Pobreza en Niños, Niñas y Adolescentes en Uruguay: una Mirada Comparada entre 2019 y 2020. CDNU, UE. Montevideo.

OPCION CONSULTORES. (2020). I Encuesta sobre Niñez, Género y Uso del Tiempo en el Marco de la Emergencia Sanitaria en Uruguay. ONUMUJERES, UNICEF. Montevideo.

OPCION CONSULTORES. (2021). II Encuesta sobre Niñez, Género y Uso del Tiempo en el Marco de la Emergencia Sanitaria en Uruguay. ONUMUJERES, UNICEF. Montevideo.

Opertti, R. (2021). La Educación en Tiempos de Repienso Planetario. EDUY21 / Fundación Itaú. Montevideo.

Palummo, J. (2010). Justicia Penal Juvenil: Perspectivas y Cambios en el Marco de la Aplicación del Código de la Niñez y la Adolescencia en Maldonado, Montevideo, Paysandú y Salto. UNICEF. Montevideo.

Porzecanski, R. (2020). Encuesta sobre Niñez, Género y Uso del Tiempo en el Marco de la Emergencia Sanitaria en Uruguay. ONUMUJERES, UNICEF. Montevideo.

PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA. (2021). Objetivos de Desarrollo Sostenible. Informe Nacional Voluntario: Uruguay 2021. Montevideo.

Rodríguez, E. (2019) Educación e Inclusión Social en la Campaña Electoral 2019 en Uruguay: Disputas, Contrapuntos y Propuestas para el Próximo Quinquenio. Cuadernos del CLAEH Nº 110. Montevideo.

Rossel, C. (2013). Desbalance Etario del Bienestar: el Lugar de la Infancia en la Protección Social en América Latina. CEPAL, UNICEF. Santiago.

Ruiz, M., Silva, D. (Coord.). (2018). Consulta a Adolescentes Privados de Libertad: Uruguay 2018. UNICEF, Montevideo.

Sánchez, G. (2022). Privaciones Múltiples en la Infancia en Uruguay: Actualización a 2019. UNICEF. Montevideo.

Sánchez, G., Tenenbaum, V. (2020). Panorama de la Situación de Niños, Niñas y Adolescentes Afrodescendientes en Uruguay. CEPAL, UNICEF. Montevideo.

SERPAJ. (2021). Pandemia en la Privación de Libertad Adolescente: la Respuesta siempre es el Encierro. Servicio de Paz y Justicia, Montevideo.

Silva, D.. (2016a). Pedagogía y Criminalización: Cartografías Socioeducativas con Adolescentes. Editorial UOC. Barcelona.

Silva, D. (2016b). Experiencia Narrativa: Adolescentes Institucionalizados por Protección. Editorial UOC. Barcelona.

Tenenbaum, G. (2020). Vidas castigadas: historias de adolescencias detectadas por los sistemas de justicia de Montevideo y de Ciudad de México. UDELAR. Montevideo.

Tenenbaum, G., Fuentes, M., Viscardi, N., Salamano, I., Espinola, F. (2020). Relatos de Muerte: Homicidios de Jóvenes Montevideanos en Ajustes de Cuenta y Conflictos entre Grupos Delictivos. OBSUR, UDELAR. Montevideo.

UNICEF. (2021). La Alimentación de Niños, Niñas y Adolescentes durante la Pandemia de COVID-19 en Uruguay. Montevideo.

UNICEF. (2017). Observaciones del Comité de los Derechos del Niño sobre los Informes Periódicos Presentados por Uruguay 2007 y 2015. Montevideo.

Varlotta, C. (2019). Recorrido Histórico del Programa Uruguay Crece Contigo: Instituciones, Actores y Protocolos. Departamento de Trabajo Social, FCS, UDELAR. Montevideo.

orasconhu.org

@orasconhu

Organismo Andino de Salud