



**Equipo de Seguimiento Concertado a las Políticas de Salud
Sub Grupo “Prevención del Embarazo en Adolescentes”**

ALERTA N° 1-2018-SC/MCLCP

Embarazo en Adolescentes Peruanas Aumentó

*“Un Problema de Salud Pública, de Derechos y Oportunidades
para las Mujeres y de Desarrollo para el País”*

-Versión aprobada por el CEN de la MCLCP

Martes 12 de junio del 2018-

Sub Grupo de Prevención del Embarazo en Adolescentes:

Por el Estado: Ministerio de Salud, Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, y Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.

Por la sociedad civil: Sociedad Peruana de Adolescencia y Juventud, INPPARES, PROMSEX, Equidad, CARE Perú, La Unión TB, Plan Internacional, Colegio de Obstetras del Perú, TIPACOM, FORO SALUD, Save The Children, PRISMA, Colegio de Enfermeros del Perú y Voces Ciudadanas.

Por la cooperación internacional: UNICEF, UNFPA y OPS/OMS

Invitados: Defensoría del Pueblo-Adjuntía para la Niñez y Adolescencia, Superintendencia Nacional de Salud-SUSALUD e Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas-INEN.

Equipo Facilitador: INPPARES y MCLCP Nacional.



Equipo de Seguimiento Concertado a las Políticas de Salud Sub Grupo “Prevención del Embarazo en Adolescentes”¹

ALERTA N° 1-2018-SC/MCLCP²

Embarazo en Adolescentes Peruanas Aumentó³.

-Un Problema de Salud Pública, de Derechos y Oportunidades

Para las Mujeres y de Desarrollo para el País-

De acuerdo a las últimas estimaciones del INEI del año 2017, en el Perú 13 de cada 100 adolescentes entre 15 y 19 años de edad son madres o están embarazadas por primera vez. Estos resultados dan cuenta de un incremento en la prevalencia del embarazo en adolescentes, al pasar de 12.7% a 13.4% entre los años 2016 y 2017.

Por otro lado, los reportes anuales del Seguro Integral de Salud (SIS) de partos atendidos en los establecimientos de salud, dan cuenta de alrededor de 2 mil partos cada año en adolescentes menores de 15 años de edad, incluidas niñas de 10, 11 y 12 años de edad. Es decir, al menos 5 niñas de 14 años o menos dan a luz a un hijo/a cada día producto de la violencia sexual.

*Si bien la prevención del embarazo y maternidad en adolescentes es una prioridad establecida en el Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia y el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo Adolescente, el incremento observado en el embarazo y la maternidad en la adolescencia constituye hoy un “Problema de Salud Pública, de Derechos y Oportunidades para las Mujeres y de Desarrollo para el País” y un reto para alcanzar al 2030 nuestro compromiso como país con los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible, específicamente: **ODS N° 1** “Fin de la Pobreza”, **ODS N° 3** “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, **ODS N° 4** “Educación inclusiva, equitativa y de calidad” y **ODS N° 5** “Lograr la Igualdad de Género y Empoderar a todas las Mujeres y las Niñas”.*

Teniendo en cuenta el escenario actual de “Elecciones Regionales y Municipales 2018” así como la formulación de “Acuerdos de Gobernabilidad 2019-2022”, la presente “Alerta” pretende evidenciar una situación grave de vulneración de derechos de las Mujeres y plantea la urgencia de fortalecer las intervenciones intersectoriales e intergubernamentales para prevenir el embarazo en adolescentes y eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres, con participación de la sociedad civil.

¹ Coordinan Sub Grupo “Prevención del Embarazo en Adolescentes”: INPPARES y Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza (MCLCP).

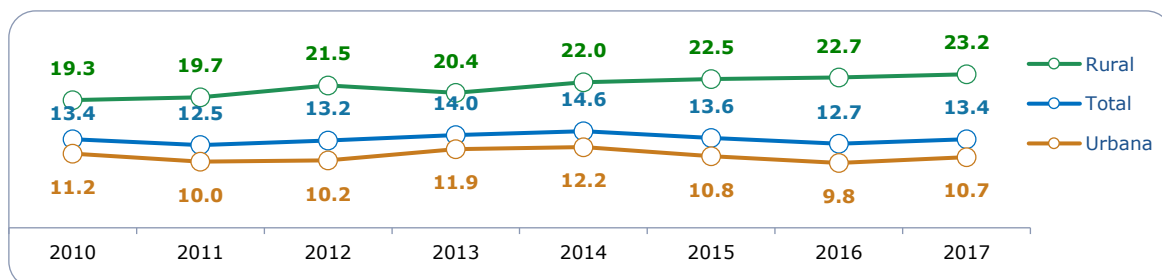
² Versión actualizada al mes de junio del 2018 con los resultados de la ENDES 2017.

³ La Organización Mundial de la Salud (OMS)³ define “adolescencia” como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años de edad.

1. ¿CUÁL ES LA SITUACIÓN DEL EMBARAZO Y LA MATERNIDAD DE ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS EN EL PERÚ?

De acuerdo a la información del INEI-ENDES 2017, un dato que alerta es el **incremento observado de embarazos en adolescentes de 15 a 19 años de edad**, al pasar de 12.7% en el año 2016 a 13.4% en el año 2017. Este incremento se observa en las zonas urbanas, al pasar de 9.8% a 10.7% entre el 2016 y 2017, y zonas rurales, al pasar de 22.7% a 23.2% entre el 2016 y 2017. Ver Gráfico 1.

GRÁFICO 1: PERU. PROPORCIÓN DE ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS DE EDAD. MADRES O EMBARAZADAS SEGÚN AMBITO GEOGRÁFICO, 2010-2017 (Porcentaje).



Fuente: INEI-ENDES 2017.

En 12 departamentos del país también se observan incrementos entre el 2016 y 2017, tal es el caso de: Lima Metropolitana (De 6.2% a 9.6%), Moquegua (De 6.8 a 8.6%), Amazonas (De 19.9% a 23.8%), Ayacucho (De 14.6% a 16.8%), y La Libertad (De 14.8% a 16.8%). Loreto registra la tasa más alta de embarazo en adolescentes (30.4%). Ver Gráfico 2.

PERÚ: ADOLESCENTES (15-19 AÑOS) QUE YA SON MADRES O QUE ESTÁN EMBARAZADAS POR PRIMERA VEZ, 2014-2017 (Porcentaje) (*)									
Departamento	2014	2015	2016	2017	Tendencia 2014-2017 en puntos%		Tendencia 2016-2017 en puntos %		
Loreto	30.4	32.8	30.6	30.4	0.0	0%	-0.2	-1%	
Amazonas	28.1	22.8	19.9	23.8	-4.3	-15%	3.9	20%	
Ucayali	21.2	26.2	26.7	23.1	1.9	9%	-3.6	-13%	
San Martín	24.1	25.5	23.5	20.0	-4.1	-17%	-3.5	-15%	
Cajamarca	17.8	17.6	16.7	18.5	0.7	4%	1.8	11%	
Madre de Dios	24.4	21.9	17.9	16.9	-7.5	-31%	-1.0	-6%	
Ayacucho	17.4	15.1	14.6	16.8	-0.6	-3%	2.2	15%	
La Libertad	15.2	13.7	14.8	16.8	1.6	11%	2.0	14%	
Huánuco	17.7	19.2	17.1	16.4	-1.3	-7%	-0.7	-4%	
Tumbes	21.4	22.2	18.4	16.0	-5.4	-25%	-2.4	-13%	
Huancavelica	17.7	15.4	14.5	15.1	-2.6	-15%	0.6	4%	
Región Lima 2/	18.2	18.4	17.3	14.9	-3.3	-18%	-2.4	-14%	
Piura	16.7	16.4	15.1	14.6	-2.1	-13%	-0.5	-3%	
Ica	20.1	19.9	17.4	14.3	-5.8	-29%	-3.1	-18%	
PERU	14.6	13.6	12.7	13.4	-1.2	-8%	0.7	6%	
Áncash	13.8	13.5	13.7	13.0	-0.8	-6%	-0.7	-5%	
Pasco	13.9	16.0	15.8	12.6	-1.3	-9%	-3.2	-20%	
Junín	10.5	11.2	11.5	12.1	1.6	15%	0.6	5%	
Apurímac	10.6	12.7	12.8	12.0	1.4	13%	-0.8	-6%	
Lambayeque	9.2	11.2	13.1	11.8	2.6	28%	-1.3	-10%	
Puno	12.3	11.6	11.2	11.3	-1.0	-8%	0.1	1%	
Callao	13.6	11.0	10.7	10.2	-3.4	-25%	-0.5	-5%	
Lima Metropolitana/1	11.4	7.9	6.2	9.6	-1.8	-16%	3.4	55%	
Cusco	14.6	11.7	9.6	9.2	-5.4	-37%	-0.4	-4%	
Tacna	11.0	9.3	8.2	9.0	-2.0	-18%	0.8	10%	
Moquegua	7.0	6.4	6.8	8.6	1.6	23%	1.8	26%	
Arequipa	8.4	7.5	6.3	6.6	-1.8	-21%	0.3	5%	

1/ Comprende los 43 distritos que conforman la provincia de Lima. Del 2009 al 2013 incluye Callao.
2/ Comprende las provincias: Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Hurochiri, Huaura, Oyón y Yauyos.
Fuente: INEI-ENDES 2017. Elaboración: MCLCP.

2. ¿QUÉ FACTORES EXPLICAN EL INCREMENTO DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS DE EDAD?

Jorge Rodríguez en su estudio sobre reproducción temprana⁴ en América Latina y otras regiones del Mundo, ratifica el caso excepcional de los países de América Latina por su fecundidad adolescente alta y su resistencia a la baja. Es la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo, sólo superada por África subsahariana. Para el autor tres variables siguen siendo claves para entender el embarazo y la maternidad en la adolescencia: la edad de la iniciación sexual, la edad de la nupcialidad, y el uso de anticonceptivos. Asimismo, añade otros aspectos, como la desigualdad social en la maternidad temprana y la incidencia de las disparidades socioeconómicas en la deseabilidad de la maternidad adolescente y en el acceso a métodos de planificación familiar.

Desde el seguimiento concertado que se hace en la MCLCP a través del Sub Grupo de Prevención del Embarazo en Adolescente⁵ y de la revisión de la información de lo que ocurre en el Perú y en otros países de América Latina⁶, hemos identificado los siguiente factores que inciden en el incremento del embarazo en adolescentes⁷: limitado acceso a la educación, limitado acceso a información y educación sobre salud sexual y reproductiva, limitado acceso a métodos modernos de planificación familiar, falta de oportunidades para la vida, y contexto de violencia y abuso sexual. De esta manera el embarazo en adolescentes constituye un problema multicausal y que afecta especialmente a las niñas y adolescentes en contextos de desigualdad de derechos y oportunidades entre hombres y mujeres. En el Perú se identifican los siguientes factores:

Factor 1: Existencia de barreras culturales, económicas, sociales y geográficas que inciden en la alta prevalencia del embarazo en adolescentes de zonas rurales, y las adolescentes que provienen de la selva y se encuentran en situación de pobreza.

Según la información del INEI-ENDES 2017, en las zonas rurales 23 de cada 100 adolescentes entre 15 y 19 años de edad son madres o están embarazadas por primera vez, mientras en las zonas urbanas, 11 de cada 100 adolescentes entre 15 y 19 años de edad son madres o están embarazadas por primera vez, es decir, las adolescentes rurales tienen dos veces más riesgo de quedar embarazadas en comparación a las que viven en zonas urbanas. Loreto, departamento de la selva con población rural e indígena, tiene la más alta prevalencia de embarazo en adolescentes de todo el país, allí 3 de cada 10 adolescentes entre 15 y 19 años de edad son madres o están embarazadas por primera vez.

La pobreza también incide en el riesgo de un embarazo temprano, según la información del INEI-ENDES 2017, entre las adolescentes que viven en situación de pobreza, 24.2% ha estado embarazada, mientras que entre las adolescentes no pobres, sólo el 3.9% ha estado embarazada.

⁴ Rodríguez, Jorge. Reproducción temprana. Serie Población y Desarrollo. CEPAL y UNFPA. 2017.

⁵ MCLCP. Reporte N° 4-2016. Prevención del Embarazo en Adolescentes.

http://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2016/documentos/12/reporteembrazoadolescentendeg4.2016v7_0.pdf

⁶ OPS/OMS, UNFPA, UNICEF. Seminario web “Embarazo en la Adolescencia en América Latina y El Caribe”. Febrero 2018.

⁷ Al hacer mención a las adolescentes nos referimos a la heterogeneidad de las adolescentes (castellano hablantes, quechua, aymara, indígena, no indígena, afrodescendiente, entre otros) en diferentes contextos, realidades y/o circunstancias.

Factor 2. Limitado acceso a la educación y la deserción escolar

Según la información del INEI-ENDES 2017, entre las adolescentes sin educación 31.8% ha estado embarazada, y entre las adolescentes que sólo tienen educación primaria el 44.6% ha estado embarazada. Mientras, en las adolescentes con educación secundaria, sólo el 12.4% ha estado embarazada y entre las adolescentes con educación superior, sólo el 6.8% ha estado embarazada. De esta manera, la educación aparece como un factor de protección para prevenir el embarazo en la adolescencia.

Factor 3. Mayor vulnerabilidad y discriminación de niñas y adolescentes indígenas en zonas rurales, debilidad en la implementación de políticas públicas con enfoque de género e interculturalidad y actitud permisiva frente a casos de violencia sexual en niñas y adolescentes.

Según la información del INEI del año 2016 “Perú. Condiciones de Vida de la Población según origen étnico⁸”, sólo el 27.4% de mujeres indígenas⁹ en zonas rurales de 15 años a más de edad alcanzó el nivel secundario, frente al 43.8% de varones indígenas de 15 años a más de edad en zonas rurales. Por otro lado, la incidencia de analfabetismo es mayor en las mujeres cuya lengua materna es alguna nativa y reside en el área rural, 33.6%, estando en desventaja frente a los hombres cuya lengua materna es alguna nativa y reside en el área rural, cuya incidencia de analfabetismo es de 9.2%. De esta manera el atraso escolar y/o la deserción es mayor en las mujeres indígenas de las zonas rurales.

En las zonas rurales, las mujeres indígenas se encuentran en situación de vulnerabilidad y discriminación, con uniones tempranas, embarazos tempranos e incluso en riesgo frente a la violencia sexual, trata de personas, entre otros.

Otro dato complementario, es la información sobre embarazos en adolescentes de 15 a 19 años de edad por lengua materna, en la información del INEI-ENDES 2016, se informa que el 48.2% de las adolescentes indígenas de la Amazonía estuvo alguna vez embarazada, 15.7% de las adolescentes cuya lengua materna es quechua estuvo alguna vez embarazada, 14.8% de las adolescentes cuya lengua materna es aymara estuvo alguna vez embarazada, y el 12.0% de las adolescentes cuya lengua materna es castellana estuvo alguna vez embarazada. Esto evidencia cifras bastante altas relacionadas a uniones tempranas e inicio temprano de relaciones sexuales, en especial en las mujeres indígenas de la Amazonía.

En relación a la situación del derecho a la salud, educación y protección frente a la violencia de las niñas y adolescentes indígenas la Defensoría del Pueblo emitió el Informe N° 002-2017-DP/AMASPPI/PPI¹⁰, en el cual se identifica la problemática que enfrentan particularmente las niñas y adolescentes indígenas en el Perú, entre ellas, las barreras estructurales de tipo geográfica, económica, cultural y lingüística, los cuales confluyen en su situación de mayor vulnerabilidad y desventaja frente a los hombres indígenas y no indígenas y en donde la presencia del Estado sigue siendo débil. Allí se observó que muchos profesionales de la salud no brindan información y métodos anticonceptivos a las adolescentes (el acceso es desigual entre hombres y mujeres), las instituciones educativas y los servicios de salud tienen dificultades para asegurar el acceso a la información sobre salud sexual y reproductiva, tampoco hay una adecuación cultural de los servicios, existe alta deserción escolar de las mujeres a causa de embarazos tempranos y débil cumplimiento de la Ley 29600 que fomenta la reinserción escolar de las adolescentes.

⁸ INEI. Perú. Condiciones de Vida de la Población Según Origen Étnico. Octubre, 2016.

⁹ En la publicación del INEI, la población de mujeres indígenas comprende a las mujeres cuya lengua materna es alguna nativa, quechua, aymara y otros de origen étnico.

¹⁰ Defensoría del Pueblo. Informe N° 002-2017-DP/AMASPPI/PPI. Noviembre, 2017.

Un problemática grave alertada por la Defensoría del Pueblo son los casos de violencia sexual ejercida por docentes y/o autoridades en la esfera escolar y que afecta en especial a las niñas y las adolescentes indígenas en zonas amazónicas. Al respecto, se ha identificado una falta de capacidad institucional de las autoridades educativas para implementar sanciones efectivas, e incluso actitud permisiva de la comunidad y de las autoridades educativas frente a los hechos denunciados.

Factor 4. Limitado acceso a métodos modernos de planificación familiar a pesar que es fundamental para prevenir los embarazos y la mortalidad materna en la adolescencia, teniendo en cuenta además que el inicio de las relaciones sexuales es cada vez es más temprano¹¹.

Según la información del INEI-ENDES 2017, sólo el 47.3% de las adolescentes en unión de 15 a 19 años de edad usan métodos modernos de planificación familiar y el sólo el 68.5% de las adolescentes sexualmente activas de 15 a 19 años de edad usan métodos modernos de planificación familiar.

Por otro lado, esta misma información del INEI del año 2017 da cuenta de que el 28.8% de las adolescentes de 15 a 19 años quería el embarazo cuando se presentó, el 62.2% de las adolescentes quería el embarazo después y el 8.9% de las adolescentes no quería más hijos.

Esto último nos plantea la urgencia de fortalecer las políticas de salud sexual y reproductiva pero también las políticas de protección para adolescentes que optaron por ser madres a temprana edad y que no cuentan con apoyo de su pareja y/o familiares. Asimismo, urge garantizar que se brinde métodos anticonceptivos modernos para adolescentes en los establecimientos de salud, en especial en los servicios diferenciados de atención integral de salud para adolescentes.

Finalmente, la edad de la madre constituye un factor de riesgo obstétrico y de mortalidad materna y neonatal, principalmente en edades extremas (menores de 15 años de edad y mayores de 35 años de edad). Al respecto, el Ministerio de Salud a través del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, informó que hasta la semana epidemiológica N° 52 del año 2017, el 16% de muertes maternas ocurrió en mujeres menores de 19 años de edad. Este porcentaje se incrementó en relación a los años 2016 (14.3%), 2015 (12.0%), 2014 (13.6%) y 2013 (8.9%)¹².

3. LAS NIÑAS MADRES MENORES DE 15 AÑOS DE EDAD EN EL PERÚ. UN PROBLEMA SOCIAL GRAVE DE VULNERACIÓN DE DERECHOS Y DE VIOLENCIA.

En la presente sección abordaremos la problemática de las “Niñas Madres¹³” a partir de la revisión de tres áreas: marco jurídico nacional e internacional, hechos y orientaciones para la actuación en casos de violencia sexual a niños, niñas y adolescentes.

El **marco jurídico nacional** en el Código Penal prevé un capítulo específico sobre los delitos de violación de la libertad sexual: artículos 170, 171, 172, 173, 173-A, 174, 175, 176, 176-A, 177 y 178. El Código de los Niños y Adolescentes, hace mención al tema de protección frente a la violencia en sus artículos 3.A, 4, 18, y 38. Así mismo, existen avances normativos más recientes como la Ley N° 30466 (Ley que establece parámetros y garantías procesales para la consideración primordial del interés superior del niño/a, la Ley N° 30364 (Ley para prevenir,

¹¹ Según la información del INEI-ENDES 2017, la edad mediana de la primera relación sexual entre las mujeres de 20 a 49 años de edad es de 18.5 años de edad, en el área urbana es de 18.7 años de edad y en el área rural es de 17.5 años de edad. En la selva es de 16.8 años de edad.

¹² Fuente: MINSAL. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. F. Gil. Situación Epidemiológica Mortalidad Materna en el Perú a las SE 52-2017; 26 (51):1648-1651.

¹³ Bajo el término “Niñas Madres” nos referimos a las adolescentes menores de 15 años de edad que son madres o están embarazadas por primera vez.

sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar), y la resolución ministerial que crea la instancia nacional para promover la protección y seguridad de niñas, niños, y adolescentes (R.M. N° 027-2018-MIMP).

El **marco jurídico internacional** a través de la Convención sobre los Derechos del Niño/a (artículos 3.1, 19.1, 34 y 35), hace referencia al interés superior del niño/a y la obligación de los Estados Partes (entre ellos Perú) de asegurar la protección y cuidado de los niños y niñas contra toda forma de perjuicio o abuso físico y mental, descuido y trato negligente, malos tratos, explotación, incluido el abuso sexual.

Los principales hechos identificados a partir de las estadísticas nacionales:

En relación a las **“Niñas Madres”**, el Seguro Integral de Salud (2017) reporta anualmente alrededor de 2 mil partos atendidos en menores de 15 años de edad¹⁴. En 7 años (2011-2017), mediante el SIS fueron atendidos 14,325 partos de menores de 15 años de edad. Sólo entre los meses de enero y setiembre del año 2017, fueron atendidos 1,645 partos en menores de 15 años, incluidas niñas de 10, 11 y 12 años de edad. Ver Cuadro 1.

Año	Total	<15 años	15-17 años	18-34 años	35 y más	% y N° partos de adolescentes	
		Adolescencia Temprana	Adolescencia				
2017 (A Set)	255,607	1,645	18,359	199,671	35,932	7.8%	20,004
2016	336,595	2,060	24,429	262,945	47,161	7.9%	26,489
2015	320,558	2,011	24,110	248,825	45,612	8.1%	26,121
2014	324,464	2,219	25,700	251,359	45,186	8.6%	27,919
2013	306,260	2,355	25,971	237,395	40,539	9.2%	28,326
2012	273,189	1,872	23,039	213,301	34,977	9.1%	24,911
2011	275,679	2,163	23,880	213,995	35,641	9.4%	26,043
Total Años 2011-2017	2,092,352	14,325	165,488	1,627,491	285,048	8.6%	179,813

Fuente: Base de datos del SIS-Central. Boletín Estadístico. Años 2011-2016 y Enero-Setiembre 2017
Elaboración. Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza-MCLCP

Una información complementaria es la que reporta la RENIEC; en el año 2015 registró 1,538 recién nacidos cuyas madres eran niñas de 11 a 14 años de edad. El 71% de los padres de los recién nacidos inscritos por madres de 11 a 14 años de edad eran mayor de 18 años de edad (Fuente: RENIEC-MIMP-UNFPA 2016). Muchos de estos casos pueden estar relacionados con actos de violencia sexual.

Las cifras sobre violencia sexual en niñas, niños y adolescentes en el país son alarmantes. En el año 2017, a través de los CEM se atendieron **6,593 casos de violencia sexual en niñas, niños y adolescentes**.

Según la información del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP)¹⁵, los Centro de Emergencia Mujer (CEM)¹⁶ atendieron durante el año 2017, 9,012 casos de violencia sexual, de los cuales 509 fueron en niños y niñas menores de 5 años de edad, 2,078 en niñas y niños de 6 a 11 años de edad, y **4,006 en adolescentes de 12 a 17 años de edad**. Es decir, se atendieron alrededor de 6,593 casos de violencia sexual en niñas, niños y adolescentes, que representan el 73% del total de casos atendidos de violencia sexual en los CEM.

¹⁴ Fuente: Boletín Estadístico del SIS a setiembre 2017.

¹⁵ MIMP/ Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual. Boletín N° 5-2017. Violencia en Cifras.

¹⁶ A la fecha se han implementado 295 CEM a nivel nacional.

Según la información del MIMP, en el grupo de edad de 0 a 5 años de edad el principal agresor/a fue la Madre/Padre (20%), en el grupo de edad de 6 a 11 años de edad el principal agresor/a fue el Vecino/a (22%) y en el grupo de edad 12 a 17 años de edad, el principal agresor fue el Vecino/a (14%).

Los casos de violencia sexual en niñas, niños y adolescentes tienen mayor incidencia en Lima (792 casos), Junín (284 casos), Cusco (188 casos), La Libertad (188 casos), Arequipa (157 casos), San Martín (143 casos), Ayacucho (139 casos), Huánuco (133 casos) y Loreto (120 casos).

En el año 2016, el **Comité de Derechos del Niño de las Naciones Unidas** (órgano creado a la luz del artículo 43 de la Convención sobre los Derechos del Niño/a), expresó su preocupación por el elevado número de casos de violencia y de malos tratos que sufren los niños, incluida la violencia doméstica y sexual, en el Perú. En materia de protección de los derechos de la niñez y la adolescencia, emitió las siguientes recomendaciones al Estado Peruano¹⁷:

- Investigar debidamente todos los casos de violencia contra los niños y velar porque los autores rindan cuentas de esos delitos.
- Garantizar el acceso efectivo de los niños a la justicia.
- Reforzar los programas de sensibilización y educación, incluidas las campañas, con el fin de prevenir y combatir todas las formas de violencia contra los niños y hacer frente a la estigmatización de las víctimas, particularmente las víctimas de abusos sexuales.
- Garantizar la aplicación efectiva de la Ley Antibullying y la Estrategia Nacional contra la Violencia en las Escuelas.
- Garantizar la coordinación y funcionamiento efectivos de todos los componentes del sistema de protección de la infancia en todo el Estado parte. Lo que incluye la asignación de suficientes recursos humanos, técnicos y financieros.
- Prestar especial atención a la dimensión de género de la violencia y adoptar medidas para hacerle frente.
- Establecer una base de datos nacional sobre todos los casos de violencia contra los niños y se lleve a cabo una evaluación completa del alcance, las causas y la naturaleza de esa violencia.

Es importante añadir que en relación al interés superior del niño, el Comité recomendó al Perú, intensificar sus esfuerzos para asegurar que este derecho tenga prioridad, se integre debidamente y se interprete y aplique sistemáticamente en todas las actuaciones y decisiones legislativas, administrativas y judiciales, así como en todas las políticas, los programas y proyectos que sean pertinentes y tengan repercusiones en los niños.

4. ¿QUÉ SE ESTÁ HACIENDO DESDE EL ESTADO PARA PREVENIR EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA? MINSA, MIMP y EDUCACIÓN.

El Gobierno Peruano ha priorizado dentro de sus planes, programas y normas nacionales la prevención del embarazo en adolescentes, entre los cuales se tiene: el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia-PNAIIA 2012-2021, el Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal, el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013-2021, la Ley de Igualdad de Oportunidades entre Hombres y Mujeres, el Plan Nacional Contra la Violencia de Género 2016-2021 y recientemente el Plan Nacional de Derechos Humanos 2018-2021.

Desde los sectores se ha reportado los siguientes avances:

- Desde el **Ministerio de Salud** se cuenta con avances normativos relacionados a la salud del adolescente, tales como: norma técnica de planificación familiar (R.M. N° 652-2016-MINSA),

¹⁷ UNICEF. Observaciones finales del Comité de los Derechos del Niño al Estado Peruano. Traducción y transcripción oficial del Comité de los Derechos del Niño (CDN). 2016.

norma técnica de salud para la atención integral y diferenciada de la gestante adolescente durante el embarazo, parto y puerperio (R.M. N° 007-2017-MINSA), la guía técnica para la atención en salud mental a mujeres en situación de violencia ocasionada por la pareja o ex pareja (R.M. 070-2017-MINSA), la directiva sanitaria que regula el funcionamiento de los módulos de atención al maltrato infantil y del adolescente en salud-MAMIS (R.M. 472-2011-MINSA) y la norma técnica que establece los criterios y estándares de acreditación de servicios diferenciados de atención integral de salud para adolescentes (R.M. N° 503-2012-MINSA), entre otros. En el 2018, el Ministerio de Salud, reportó que se tiene 8,026 establecimientos de salud a nivel nacional, de los cuáles el 44.5% cuenta con servicios diferenciados para adolescentes (3,574). Así mismo, reportó un incremento de adolescentes con acceso a métodos modernos de planificación familiar en los EESS del MINSA con servicios diferenciados para adolescentes. Un aspecto de preocupación es la débil implementación del Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Esto último requiere de la voluntad política de todos los sectores y del involucramiento de los gobiernos regionales y locales y participación de la sociedad civil.

- Desde el **Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables**, la Dirección General Contra la Violencia de Género es la instancia nacional que tiene rectoría en las políticas públicas para la prevención, atención, sanción y erradicación de la Violencia de Género. Es la encargada de dirigir el Sistema Nacional para la prevención, sanción, y erradicación de la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, conforme el artículo 34 y 35 de la Ley N° 30364 y del seguimiento y monitoreo del Plan Nacional contra la Violencia de Género 2016-2021. Al respecto, entre los años 2017 y 2018 se ha reportado los siguientes avances: la creación de la instancia nacional para promover la protección y seguridad de niñas, niños y adolescentes (R.M. 027-2018-MIMP), el reglamento del DL 1297 para la protección de niñas, niños, y adolescentes sin cuidados parentales o en riesgo de perderlos (DS. 001-2018-MIMP), incremento de cobertura de los CEM a nivel nacional de 245 en el 2016 a 295 en el 2017, fortalecimiento de las DEMUNAS, en educación entre el 2016 y 2017 se tuvo un trabajo coordinado con el MINEDU para la prevención de la violencia familiar y sexual, el embarazo adolescente y la trata de personas, en 393 IIEE en las 26 regiones país y se logró sensibilizar a 138,000 estudiantes, capacitar a 4,220 docentes de los 03 niveles de educación, e informar y sensibilizar a 30,000 padres y madres de familia; mediante el proyecto “Promoción de prevención, atención y sanción administrativa en casos de violencia sexual en el contexto educativo, en territorios de pueblos indígenas”, en Condorcanqui (Amazonas) y la UGEL Alto Amazonas (San Lorenzo-Loreto) el MIMP liderará la elaboración de un Plan Multisectorial de sensibilización a la comunidad educativa promoviendo una actitud reflexiva sobre violencia familiar y sexual, VIH, embarazo, y derechos y deberes de padres e hijos. Por último, se informó de la puesta en marcha del observatorio nacional de violencia contra las mujeres e integrantes del grupo familiar, en el observatorio participan 12 ministerios, entre otros.
- Desde el **Ministerio de Educación**, se tiene los siguientes avances: desde el 2008 se tiene los lineamientos educativos y orientaciones pedagógicas para la educación sexual integral (ESI), en relación a esto se han desarrollado materiales educativos para los tres niveles de educación, cursos virtuales de ESI para docentes, difusión de la Ley N° 29600 que fomenta la reinserción escolar de adolescentes embarazadas, alianzas con el MIMP y MINSA para la prevención del embarazo en adolescentes y prevención de la violencia familiar y sexual, entre otras actividades vinculadas a lograr la permanencia y la conclusión oportuna de la

educación secundaria. En el año 2016, se incorporó la Educación Sexual Integral en el Currículo Nacional de Educación Básica del MINEDU, su implementación debió darse paulatinamente desde el año 2017. Las Capacidades de la ESI se desarrollan en las áreas de Personal Social y Desarrollo Personal, Ciudadanía y Cívica, además de la Tutoría. En el 2018 se emitió un fallo de la Primera Sala Civil de la Corte Superior de Justicia de Lima, que ordena “suspender la implementación de la Resolución Ministerial N° 281-2016-MINEDU”, en lo referido al Enfoque de Igualdad Género en el Currículo Nacional de Educación Básica Regular.

De la revisión del presupuesto público nacional se ha identificado lo siguiente:

En el 2017, el gobierno nacional a través del MIMP asignó 136.4 millones de soles para el programa presupuestal **0080: LUCHA CONTRA LA VIOLENCIA FAMILIAR** y en el 2018 la asignación presupuestal es de 168.9 millones de soles y representa el 3.7% del total asignado para los programas presupuestales de protección social¹⁸. Este presupuesto está orientado a todas las personas afectadas por hechos de violencia y a los servicios de prevención y atención del MIMP, incluido niñas, niños, adolescentes, hombres y mujeres, adultos mayores y personas con discapacidad.

Según el reporte de la Defensoría del Pueblo del año 2017 sobre los avances de la implementación del Plan Nacional Contra la Violencia de Género 2016-2021 (PNCVG)¹⁹, se da cuenta que el 60% (15) de los gobiernos regionales habían designado presupuesto para las actividades enmarcadas al PNCVG pero 5 de ellos habían consignado un presupuesto menor al 1%. En el caso de los sectores, solo el 36% (5) cuentan con presupuesto destinado a las acciones enmarcadas en los objetivos estratégicos del PNCVG.

Para el año 2018, el gobierno nacional a través del MINSA asignó un presupuesto de 23.8 millones de soles para el **“Producto 3000005: Adolescentes acceden a servicios de salud para prevención del embarazo”**, en el marco del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal. Este presupuesto representa el 1.4% del total del presupuesto asignado para dicho programa y el 1.2% del presupuesto público nacional. Representa un promedio de inversión per cápita de S/. 7 nuevos soles por adolescente entre 12 y 17 años de edad. Ver Cuadro 2.

¹⁸ Fuente: MEF-Consulta Amigable. Dentro de los programas presupuestales de protección social figuran: programa nacional de apoyo directo a los más pobres, TBC-VIH/SIDA, prevención y tratamiento del consumo de drogas, reducción de vulnerabilidad y atención de emergencias por desastres, gestión integrada y efectiva del control de oferta de drogas en el peru, lucha contra la violencia familiar, programa nacional de asistencia solidaria pensión 65, cuna más, apoyo al hábitat rural, programa nacional de alimentación escolar, atención oportuna de niñas, niños y adolescentes en presunto estado de abandono, y acceso de personas adultas mayores a servicios especializados.

¹⁹ Defensoría del Pueblo. Reporte del Plan Nacional contra la Violencia de Genero 2016-2021. Avances en su implementación durante el año 2017. Marzo, 2018.

CUADRO 2. Perú. Gasto Público Nacional para Prev. Embarazo en Adolescentes

Año de Ejecución: 2018

Incluye: Sólo Actividades

Departamento (Meta)	PIA 2018	PIM 2018	Madres Adolescentes o Embarazadas por Primera Vez (% 2017) (1)	PIM Per Cápita 2018 (S/.)	Ejecución Presup. 2018 (S/.)	Avance de Ejec. Presup. 2018 (%)
Producto/Proyecto 3000005: ADOLESCENTES ACCEDEN A SERVICIOS DE SALUD PARA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO	23,209,441	23,860,410	13.4	S/. 7	5,626,011	23.6
16: LORETO	624,533	572,519	30.4	S/. 4	256,779	44.9
01: AMAZONAS	27,383	57,821	23.8	S/. 1	1,779	3.1
25: UCAYALI	65,844	68,600	23.1	S/. 1	24,351	35.5
22: SAN MARTIN	1,340,048	1,470,528	20.0	S/. 15	270,216	18.4
06: CAJAMARCA	2,218,346	1,978,823	18.5	S/. 11	507,543	25.6
17: MADRE DE DIOS	69,000	69,000	16.9	S/. 4	0	0.0
05: AYACUCHO	978,294	988,294	16.8	S/. 11	209,369	21.2
13: LA LIBERTAD	3,472,019	3,500,009	16.8	S/. 17	742,651	21.2
10: HUANUCO	229,868	237,384	16.4	S/. 2	43,125	18.2
24: TUMBES	13,000	13,000	16.0	S/. 1	4,738	36.4
09: HUANCAMELICA	680,268	793,208	15.1	S/. 12	173,037	21.8
20: PIURA	537,963	560,236	14.6	S/. 3	137,765	24.6
11: ICA	366,607	389,550	14.3	S/. 5	95,153	24.4
02: ANCASH	2,076,537	2,129,672	13.0	S/. 17	532,776	25.0
19: PASCO	295,131	345,534	12.6	S/. 9	58,671	17.0
12: JUNIN	756,150	613,369	12.1	S/. 4	123,369	20.1
03: APURIMAC	1,500,997	1,516,547	12.0	S/. 28	401,545	26.5
14: LAMBAYEQUE	924,270	924,270	11.8	S/. 6	319,813	34.6
21: PUNO	793,369	1,101,900	11.3	S/. 6	245,654	22.3
07: CALLAO	279,335	270,814	10.2	S/. 3	63,752	23.5
15: LIMA	4,964,792	5,231,011	9.6	S/. 5	1,116,920	21.4
08: CUSCO	703,528	703,528	9.2	S/. 5	238,261	33.9
23: TACNA	19,876	52,510	9.0	S/. 1	0	0.0
18: MOQUEGUA	15,482	15,482	8.6	S/. 1	0	0.0
04: AREQUIPA	256,801	256,801	6.6	S/. 2	58,744	22.9

Fuente: MEF.Consulta Amigable. Fecha: 26.03.18. Elaboración: MCLCP.

(1) INEI- ENDES 2017.

Si bien se reportan avances, el presupuesto público de los sectores es insuficiente y desarticulado para la prevención de la violencia y para la prevención del embarazo en adolescentes.

5. RECOMENDACIONES PARA DISMINUIR Y PREVENIR EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL PERÚ:

A la Presidencia del Consejo de Ministros/CIAS:

1. Incluir en la Política General de Gobierno al 2021 (D.S.056-2018-PCM) como una prioridad nacional la prevención del embarazo en adolescentes, lograr el compromiso político en los tres niveles de gobierno y fortalecer el liderazgo supranacional, la coordinación y cooperación multisectorial, a través de la CIAS y los GOREs Ejecutivos, con participación de la sociedad civil y de manera concurrente con la cooperación internacional.
2. Implementar campañas de sensibilización a nivel nacional en medios de comunicación para promover una cultura de paz y no violencia.

Al Ministerio de Economía y Finanzas, al Ministerio de Salud, al Ministerio de Educación, al Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, entre otros sectores integrantes de la Comisión Multisectorial de Prevención del Embarazo en Adolescentes:

3. En coordinación con el MINSA y el MEF, identificar las actividades y el presupuesto vinculados a la implementación del Plan Multisectorial de Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013-2021 y articularlo al Plan Operativo Institucional-POI y al Plan Estratégico Sectorial Multianual-PESEM, de su respectivo sector.
4. Llevar a cabo evaluaciones intermedias y anuales que den cuenta del avance en la implementación del Plan Multisectorial de Prevención del Embarazo en Adolescentes.
5. En coordinación con el MINSA y MEF, crear un programa presupuestal multisectorial de prevención del embarazo en adolescentes, que incluya los objetivos del Plan Multisectorial de Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013-2021.
6. En coordinación con el MIMP, fortalecer la asignación presupuestal para la prevención y protección frente a los diferentes tipos de violencia, con énfasis en la violencia sexual a través del Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia, del Plan Nacional contra la Violencia de Género 2016-2021 y los Planes Regionales de Igualdad de Oportunidades entre hombres y mujeres.
7. En coordinación con el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, el Ministerio de Educación y el Ministerio de Trabajo, implementar medidas de protección para las adolescentes madres y los adolescentes padres, tales como garantizar la permanencia y/o reinserción en la escuela, la conclusión de la educación secundaria, la adecuada inserción al mercado laboral u otros apoyos que requieran.
8. En coordinación con el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables y el Ministerio de Salud, incrementar el número de familias que acceden a programas y/o estrategias como “familias fuertes” a fin de mejorar la comunicación y el trato entre los y las adolescentes y sus padres o tutores. Asimismo, incrementar el número de adolescentes que acceden a programas orientados a fomentar su desarrollo de habilidades socioemocionales.

Al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables:

9. Fortalecer la implementación y el monitoreo de la Ley N° 30364, “Ley para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres y los integrantes del Grupo Familiar”. Asimismo, teniendo en cuenta el elevado número de casos atendidos en los CEM de violencia sexual en niños, niñas y adolescentes, implementar los procedimientos establecidos en los artículos 57 al 63 del Reglamento de la Ley N° 30364 e intensificar los esfuerzos para asegurar que “el interés superior de la niña, niño y adolescente” tenga prioridad, se integre debidamente y se interprete y aplique sistemáticamente en todas las actuaciones y decisiones legislativas, administrativas y judiciales, así como en todas las políticas, los programas y proyectos que sean pertinentes.
10. Continuar y fortalecer el trabajo coordinado con MINEDU y MINSA para la prevención de la violencia familiar y sexual, el embarazo adolescente y la trata de personas.
11. Intensificar las campañas de sensibilización y las capacitaciones para la prevención y atención de casos de violencia, en especial violencia sexual.
12. Fomentar “entornos seguros y saludables” para las niñas, niños y adolescentes, en espacios claves de socialización como “familia, escuela y comunidad”. Asimismo, el trato respetuoso e igualitario entre hombres y mujeres.
13. Establecer una comisión ad hoc para la “Amazonía”, coordinar con el MINEDU, el Ministerio de Cultura y el Ministerio de Justicia para abordar las denuncias y sancionar los casos de hostigamiento y violencia sexual cometidas por personal docente en perjuicio de las niñas y adolescentes indígenas.

Al Ministerio de Salud:

14. Fortalecer la implementación del Plan Multisectorial de Prevención del Embarazo en Adolescentes y la articulación de los tres niveles de gobierno, con énfasis en los departamentos de la selva con un % alto de embarazo en adolescentes y Lima Metropolitana que concentra el mayor número población de adolescentes madres.
15. Incrementar el número y/o porcentaje de adolescentes que cuentan con algún seguro de salud, y que acceden a una atención integral diferenciada y de calidad en todos los establecimientos de salud.
16. Mejorar la calidad de los servicios diferenciados para la atención integral de las y los adolescentes.
17. Garantizar la disponibilidad y la entrega de métodos modernos anticonceptivos para adolescentes en todos los establecimientos de salud, incluyendo la aplicación de las Guías de Salud Sexual y Salud Reproductiva del Ministerio de Salud.
18. Fortalecer la implementación del tamizaje de violencia de género en los establecimientos de salud, adecuando los servicios a las niñas, niños y adolescentes.
19. Fortalecer la implementación y el seguimiento de la guía técnica para la atención en salud mental a mujeres en situación de violencia ocasionada por la pareja o ex pareja (R.M. 070-2017-MINSA).
20. Actualizar la directiva sanitaria que regula el funcionamiento de los módulos de atención al maltrato infantil y del adolescente en salud-MAMIS (R.M. 472-2011-MINSA) y fortalecer e incrementar su cobertura en el país.

Al Ministerio de Educación:

21. Garantizar la implementación del Currículo Nacional de Educación Básica con enfoque de igualdad de género, incorporando la educación sexual integral en todos los niveles educativos.
22. Incrementar el porcentaje y número de adolescentes que concluyen oportunamente la educación secundaria, desarrollando medidas para atender prioritariamente a las adolescentes indígenas y garantizando la reinserción escolar de adolescentes embarazadas.
23. Garantizar que las instituciones educativas sean espacios de protección de las y los estudiantes promoviendo la suscripción de compromisos de "Tolerancia Cero" a la violencia hacia las niñas, niños y adolescentes e implementar medidas contra la impunidad relacionada a los casos de hostigamiento, acoso y violaciones sexuales cometidos por personal docente y/o autoridades educativas en perjuicio de niñas, niños y adolescentes.
24. Fortalecer el marco normativo de actuación en las instituciones educativas frente a hechos de violencia, poner como una prioridad la protección y la integridad de las niñas, niños y adolescentes.
25. Promover y facilitar la denuncia de los casos de violencia sexual de forma complementaria al SISEVE en especial en zonas rurales y sin acceso a internet.

Al Poder Judicial:

26. Que la Corte Suprema revoque la medida cautelar emitida por la Primera Sala Civil de la Corte Superior de Justicia de Lima, en razón a que genera una incertidumbre respecto a la implementación de una Política Educativa Nacional.

A los Gobiernos Regionales:

27. Destinar presupuesto para la prevención del embarazo en adolescentes y priorizar intervenciones desde educación, salud y protección frente a la violencia.

28. Destinar presupuesto para la implementación de los Planes Regionales de Igualdad de Oportunidades entre hombres y mujeres y priorizar recursos para la erradicación de los diferentes tipos de violencia contra las mujeres e integrantes del grupo familiar.
29. Incrementar el número de Centros de Desarrollo Juvenil, talleres formativos y espacios de recreación y de fomento del deporte para adolescentes y jóvenes.
30. Desarrollar e implementar Proyectos de Inversión Pública a favor de la salud y desarrollo integral de las y los adolescentes.

A las y los candidatos que se presentan en las elecciones regionales y locales 2018:

31. Comprometerse a través de los Acuerdos Regionales y Locales de Gobernabilidad 2019-2022 a destinar recursos para actividades de prevención del embarazo en niñas y adolescentes y erradicar la violencia sexual.

Comité Ejecutivo Nacional de la MCLCP

Lima, 12 de junio del 2018