



PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE SEGUIMIENTO CONCERTADO “ESTADO Y SOCIEDAD CIVIL”

REPORTE N° 02-2013-SC/PSMN

EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA “UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA Y DE DERECHOS HUMANOS”.

Las y los adolescentes son sujetos de derechos cuya titularidad es reconocida tanto por la normativa nacional como la internacional; es decir gozan de los mismos derechos que las personas con mayoría de edad como: la vida, la salud, la libertad, la participación, educación, el derecho a decidir, entre otros. Sobre el derecho a la salud el Comité de los Derechos del Niño y la Niña¹ refiere:

“el derecho del niño a la salud consta de una serie de libertades y derechos. Entre las libertades, de importancia creciente a medida que aumentan la capacidad y la madurez, cabe mencionar el derecho a controlar la propia salud y el propio cuerpo, incluida la libertad sexual y reproductiva para adoptar decisiones responsables. Los derechos se refieren al acceso a una amplia gama de instalaciones, bienes, servicios y condiciones que ofrezcan a cada niño igualdad de oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud”.

En este sentido, el Estado peruano tiene la obligación de garantizar su derecho a la salud sexual y reproductiva como componente del derecho a la salud. Ello implica que en el marco de garantía de estos derechos, como también refiere el Comité, *“el Estado debe procurar que las niñas puedan tomar decisiones autónomas y fundamentales sobre su salud reproductiva”*² que supone que *“los Estados deben facilitar a los y las adolescentes acceso a información sexual y reproductiva, sobre planificación familiar y anticonceptivos, los peligros de un embarazo precoz, la prevención del VIH/SIDA y de las enfermedades de transmisión sexual”*³.

En el Perú, la maternidad y la paternidad en la adolescencia es una realidad que va en aumento, se estima que al menos 13 de cada 100 adolescentes (de 15 a 19 años), ya son madres o están embarazadas por primera vez. El embarazo adolescente es más frecuente entre las mujeres pobres y sin educación, y en muchos casos son “embarazos no planeados” que las colocan en una situación de alta vulnerabilidad.

Al respecto, consideramos la urgencia de abordar los temas relacionados con la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes dentro de un enfoque integral, que les permita tomar

¹ COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO. *Observación General N 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)*. CRC/C/GC/15 de fecha 17 de abril del 2013, párr. 24.

² Ídem, párr.56.

³ Véase Observación General N° 4 del Comité de los Derechos del Niño, *“La Salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño”*. De igual manera, a nivel interno, el artículo V del Título Preliminar de la Ley N° 26842 -Ley General de Salud señala que es responsabilidad del Estado vigilar, cautelar y atender los problemas de salud de ciertos grupos que merecen protección especial, como los y las adolescentes. También, el artículo 6 literal i) de la Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres establece que se debe garantizar el derecho a la salud en cuanto a la disponibilidad, calidad, aceptabilidad y accesibilidad a los servicios, con especial énfasis en la vigencia de los derechos sexuales y reproductivos, la prevención del embarazo adolescente, y en particular el derecho a la maternidad segura.

decisiones de manera responsable y prevenir embarazos no planificados. Asimismo, retomar el análisis de las intervenciones de educación en habilidades para la vida, que les permita hacer respetar sus derechos, reconocer sus deberes y participar de manera activa en la construcción de sociedades más justas, solidarias y equitativas.

En ese sentido, el presente Reporte articula la información proporcionada por diversas instituciones que intervienen a favor de la población adolescente, y tiene por objetivo poner en relevancia la situación de las y los adolescentes en nuestro país y crear conciencia en los tomadores de decisiones, sobre la importancia de priorizar intervenciones para prevenir y reducir el embarazo adolescente mejorando así sus condiciones de vida y su proyección individual como parte de una sociedad en desarrollo.

El Reporte analiza y desarrolla los siguientes capítulos: i) tendencias, causas y factores asociados al embarazo adolescente en el Perú; ii) consecuencias y/o efectos del embarazo adolescente; iii) avances y desafíos en educación, salud y protección frente a la violencia; iv) la articulación para la prevención del embarazo adolescente (una mirada a la planificación y el presupuesto); y v) la agenda pendiente en las políticas y normatividad. Finalmente, en la sexta y última sección se presentan las recomendaciones de conjunto a fin de prevenir y reducir el embarazo adolescente en el Perú, con énfasis en la articulación de intervenciones y la protección frente a la violencia sexual.

1. TENDENCIAS, CAUSAS Y FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO ADOLESCENTE EN EL PERÚ:

Desde diversos estudios se ha demostrado que el embarazo a muy temprana edad pone en riesgo la salud y el desarrollo personal de la adolescente y su bebé, por lo siguiente:

- El desarrollo humano saludable se ve limitado, por el inicio temprano de la maternidad/paternidad, perpetuando las condiciones de pobreza y otras condiciones de vida desfavorables como el abandono escolar, desempleo o subempleo, entre otros.
- La inmadurez biológica de la adolescente, especialmente si es menor de 15 años, la predispone a sufrir complicaciones obstétricas durante el embarazo y parto, y pueden llevarla a un mayor riesgo de muerte materna.
- Cabe señalar que además de todos los riesgos del embarazo en adolescentes para la salud de la madre también implica más riesgo de mortalidad neonatal, parto prematuro, y bajo peso al nacer en el bebé.
- En muchos casos son embarazos no planificados y se dan en parejas que no han iniciado una vida común.
- En los casos de embarazos producto de la violencia sexual, se generan alteraciones físicas, psicológicas y sociales que afectan su desarrollo personal e incluso ponen en riesgo sus vidas (a causa del aborto en condiciones de ilegalidad y/o del suicidio).

No obstante, es importante tener en cuenta que los embarazos a muy temprana edad forman parte del patrón cultural de algunos departamentos y grupos sociales del país. Asimismo, son a consecuencia del inicio temprano de las relaciones sexuales de las adolescentes, sin información, ni orientación sobre su sexualidad ni acceso a métodos anticonceptivos, y en algunos casos pueden ser producto de la violencia sexual.

1.1. TENDENCIAS DEL EMBARAZO EN MUJERES ADOLESCENTES ENTRE 15 Y 19 AÑOS 4:

En esta sección se analiza la magnitud y tendencias de los últimos 20 años (1991/92 al 2012) del embarazo adolescente en el Perú a partir de la información del Instituto Nacional de Estadística e Informática que para fines de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar considera como adolescentes a las mujeres de 15 a 19 años de edad⁵.

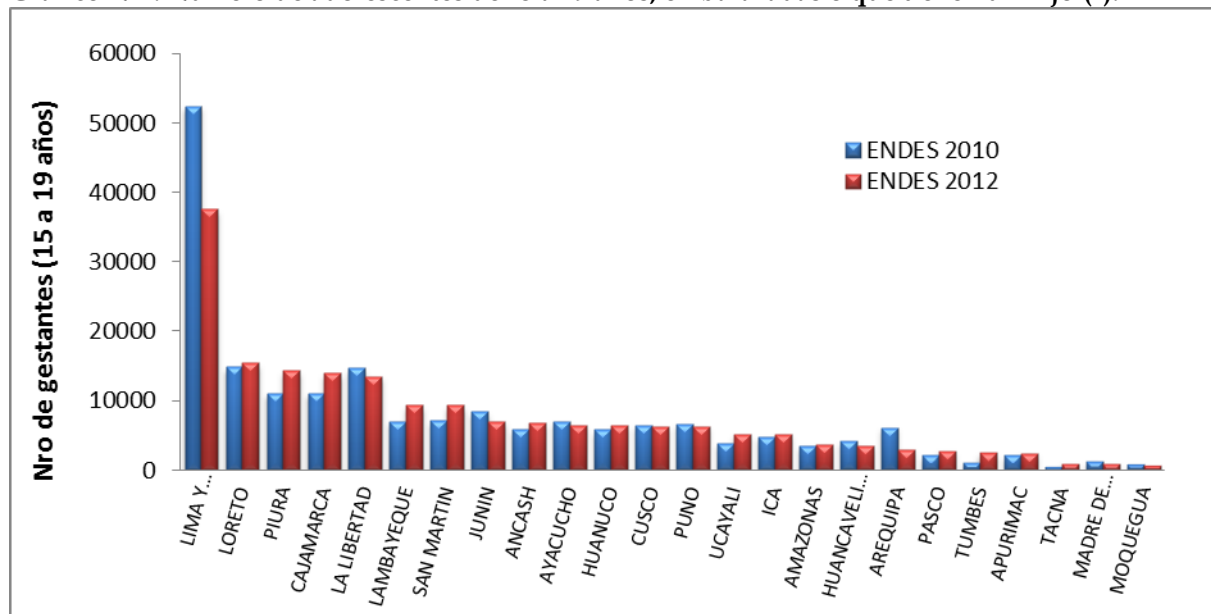
A nivel nacional:

- En el Perú se incrementa el embarazo en mujeres adolescentes entre el año **1991/92** y **2000**, de **11,3% a 13,0%** y desde ese año al **2012 a 13,2%**.
- Ligeramente incrementa en el área **urbana** de **8,0%** (1991/1992) a **10,2%** (2012). No obstante, disminuye en el área **rural** de **24,7%** (1991/92) a **21,5 % (2012)**.
- Se incrementa el embarazo adolescente en Lima Metropolitana de 4,4% (1991/92) a 7,7% (2012), el Resto Costa de 10,8 (1991/92) a 13,3% (2012), y la Selva de 26,7% (1991/92) a 27,5% (2012). Sólo la Sierra muestra una disminución de 14,2% (1991/92) a 12,4% (2012). (Fuente: INEI, ENDES 2012)

A nivel departamental:

- El 20% de las adolescentes embarazadas o que tienen un hijo, viven en el ámbito de Lima y Callao, otro 24% se distribuye en las regiones de Loreto, Piura y Cajamarca.
- Se incrementa significativamente el embarazo adolescente en Tumbes (114%) y Tacna (90%). Otros once departamentos incrementan el embarazo adolescente. Ver Gráficos 1 y 2.

Gráfico N°1. Número de adolescentes de 15 a 19 años, embarazadas o que tienen un hijo (*).

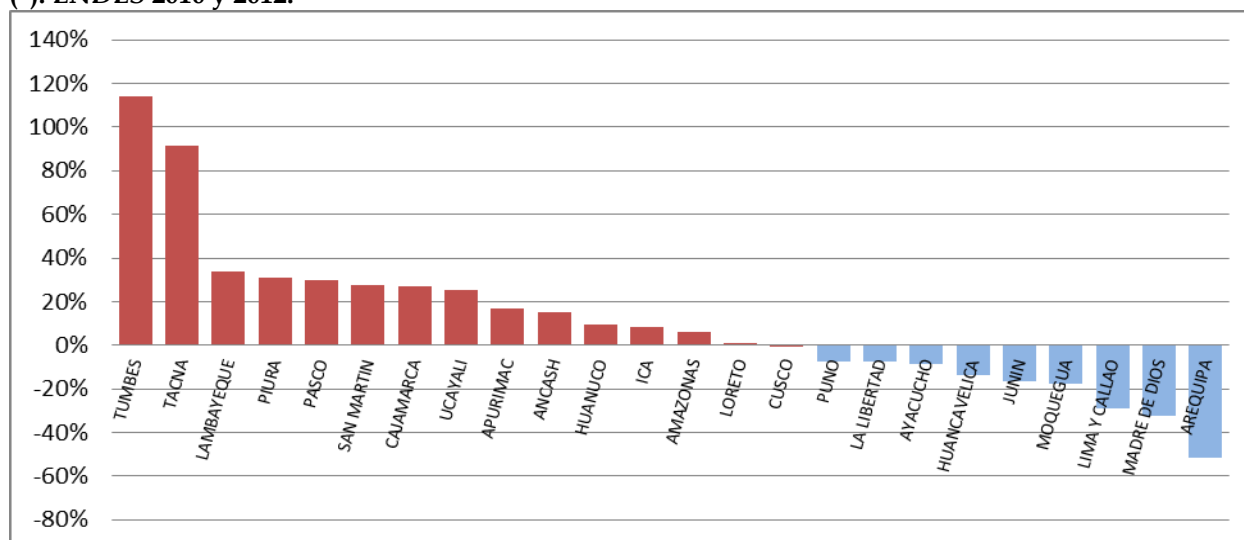


(*) Elaboración: Área de Evaluación y Gestión de la Evidencia del PARSALUD II. Estimación a partir de la ENDES y población estimada del INEI.

⁴ Análisis proporcionado por Walter Mendoza, Pedro Marchena del Fondo de Población de las Naciones Unidas-UNFPA y la Dra. Laura Altobelli de Future Generations, a partir de la información del INEI- ENDES 1986,1991/92, 1996, 2000, 2004/6, y 2012.

⁵ Para analizar las tendencias del embarazo en mujeres adolescentes es importante considerar que el tramo de edad de 15 a 19 años es muy heterogéneo. En el grupo de 15 a 17 años, la mayoría de adolescentes va a la escuela y presenta niveles de embarazo por debajo del 10%. En este grupo hay que prestar atención a las que dejan de estudiar por razones de embarazo. Mientras en el grupo de 18 y 19 años, la mayoría está fuera de la escuela y presentan niveles de embarazo que superan el 20%.

Gráfico N° 2. Variación del número de adolescentes, de 15 a 19 años, embarazadas o que tienen un hijo (*). ENDES 2010 y 2012.



(*) Elaboración: Área de Evaluación y Gestión de la Evidencia del PARSALUD II. Estimación a partir de la ENDES y población estimada del INEI.

Según características socio-demográficas:

- En cuanto a al grado de instrucción, **las mujeres adolescentes con poca educación están en alto riesgo de embarazarse.**
 - La tasa de embarazo en el grupo sin grado de instrucción aumentó de 38,6% (1991/92) a 56,7% (2012) y en aquellas con primaria de 27,6% (1991/92) a 34,9% (2012).
 - La educación superior brinda un efecto protector, aunque ya se incrementó ligeramente el embarazo en este grupo educativo de adolescentes, de 2,7% (1991/92) a 4,5% (2012).
- Asimismo, **el embarazo es más frecuente entre las adolescentes mujeres pobres:**
 - En el quintil de menores ingresos es de 26,1% (2012) mientras en el quintil de mayores ingresos es de 2,6% (2012). (Fuente: INEI, ENDES 2012).

1.2. PARTOS DE MUJERES ADOLESCENTES ENTRE 12 Y 17 AÑOS DE EDAD, ATENDIDAS A TRAVÉS DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD-SIS:

En esta sección se revisa la información de la base de datos del Seguro Integral de Salud-SIS para los años 2010, 2011 y 2012 en relación a partos atendidos a nivel nacional y departamental en grupo de adolescentes de 12 a 17 años de edad.

En relación a los servicios de atención de parto en mujeres adolescentes, entre los años 2011 y 2012, se observa una disminución de la cobertura de partos institucionales financiados por el Seguro Integral de Salud-SIS, al pasar de 26,043 partos a 24,911 partos a nivel nacional. Ver Cuadro N°1.

Cuadro N° 1. SIS: atención de partos en adolescentes 2010-2012

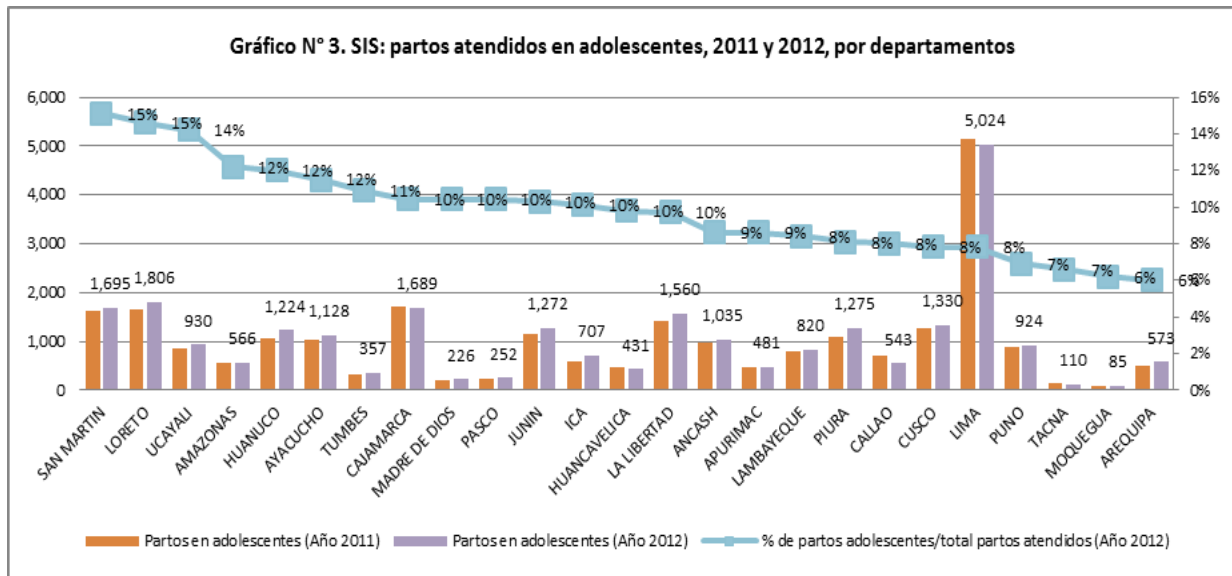
Por grupo de edad	2010 (*)	2011	2012
En adolescencia temprana 12-14 años	2,756	2,163	1,872
En adolescentes 15-17 años	65,154	23,880	23,039
Total Partos en adolescentes	67,910	26,043	24,911
Total Partos en adolescentes /total partos atendidos (%)	21.9%	9.4%	9.1%

Fuente: Base de Datos SIS Central. Elaboración: Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza.

(*) En el año 2010 se abarcó adolescentes de 12 a 19 años de edad.

Si bien en el cuadro N° 1 se observa que en el año 2010 se llegó a atender 67,910 partos en mujeres adolescentes, esto ocurre porque se abarcó el grupo de edad de 12 a 19 años de edad. Esto lo diferencia de los años 2011 y 2012 que abarcaron el grupo de edad de 12 a 17 años de edad.

En el Gráfico N° 3 podemos observar los partos atendidos en mujeres adolescentes de 12 a 17 años a nivel departamental, para los años 2011 y 2012:



Fuente: Base de Datos SIS Central. Elaboración: Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza.

En el Gráfico N° 3 se observa que entre los años 2011 y 2012 los departamentos de San Martín, Loreto, Ucayali, Amazonas, Huánuco y Ayacucho presentan el mayor porcentaje de partos atendidos en adolescentes a través del financiamiento del SIS. No obstante, en números absolutos Lima concentra el mayor número de partos atendidos en adolescentes (5,024).

1.3. INFORMACIÓN 2012 Y 2013 SOBRE LA SITUACIÓN DEL EMBARAZO Y LA MORTALIDAD MATERNA EN MUJERES ADOLESCENTES ENTRE 12 Y 17 AÑOS DE EDAD.

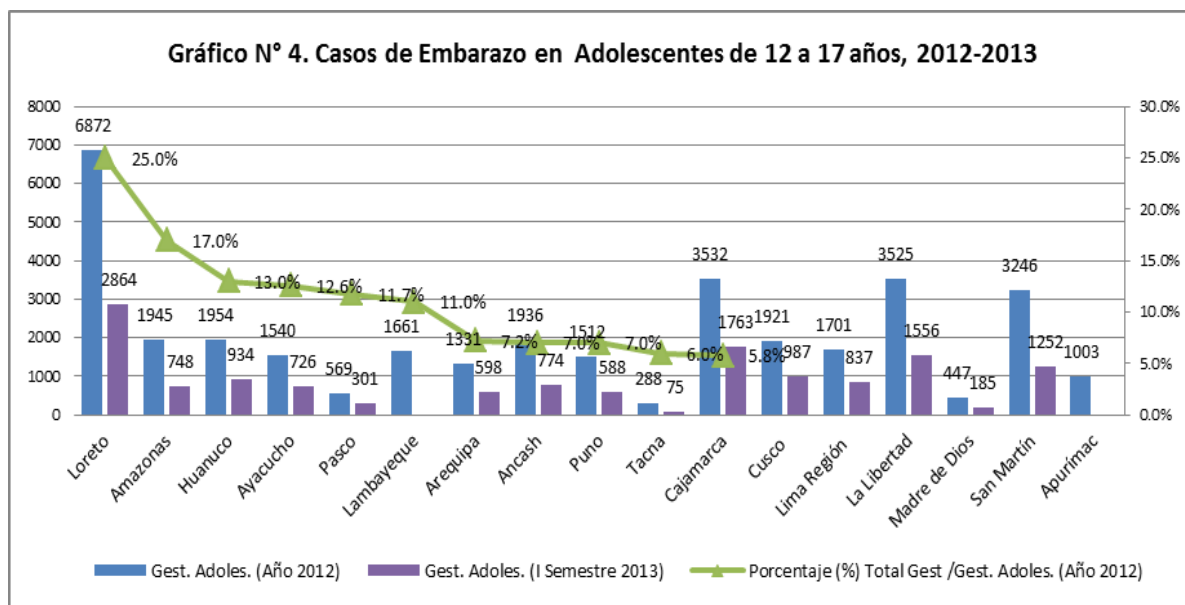
Esta sección tiene como fuente la información proporcionada por las Mesas de Concertación Regionales en coordinación con los responsables de las Direcciones Regionales de Salud de 19 departamentos del país⁶. Abarca el año 2012 y el periodo enero-junio 2013 y se refiere a la situación de las adolescentes embarazadas y la mortalidad materna en adolescentes de 12 a 17 años.

Embarazo en adolescentes de 12 a 17 años:

- Entre el año 2012 y el I Semestre del año 2013 se observa un mayor número de casos de embarazo adolescente en regiones como Loreto, Cajamarca, La Libertad y San Martín.
- En el año 2012 se observa una alta proporción de gestantes adolescentes que son atendidas en los establecimientos de salud en regiones como Loreto y Amazonas.

⁶ Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huánuco, Lima Región, La Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre de Dios, Pasco, Piura, Puno, San Martín, Tacna, y Ucayali.

- Al I Semestre 2013, siete regiones ya alcanzaron más del 45% de embarazos adolescentes reportados al cierre del año 2012: Pasco (53%), Cusco (51%), Cajamarca (50%), Lima Región (49%), Huánuco (48%), Ayacucho (47%), y Arequipa (45%).
- Es de preocupación los casos reportados de embarazos en niñas menores de 12 años: Huánuco y La Libertad reportaron 2 y 9 casos respectivamente al cierre del año 2012. Al I Semestre del año 2013 Huánuco ya reportó cuatro casos de embarazos en menores de 12 años y La Libertad un caso. Ve Gráfico N°4.

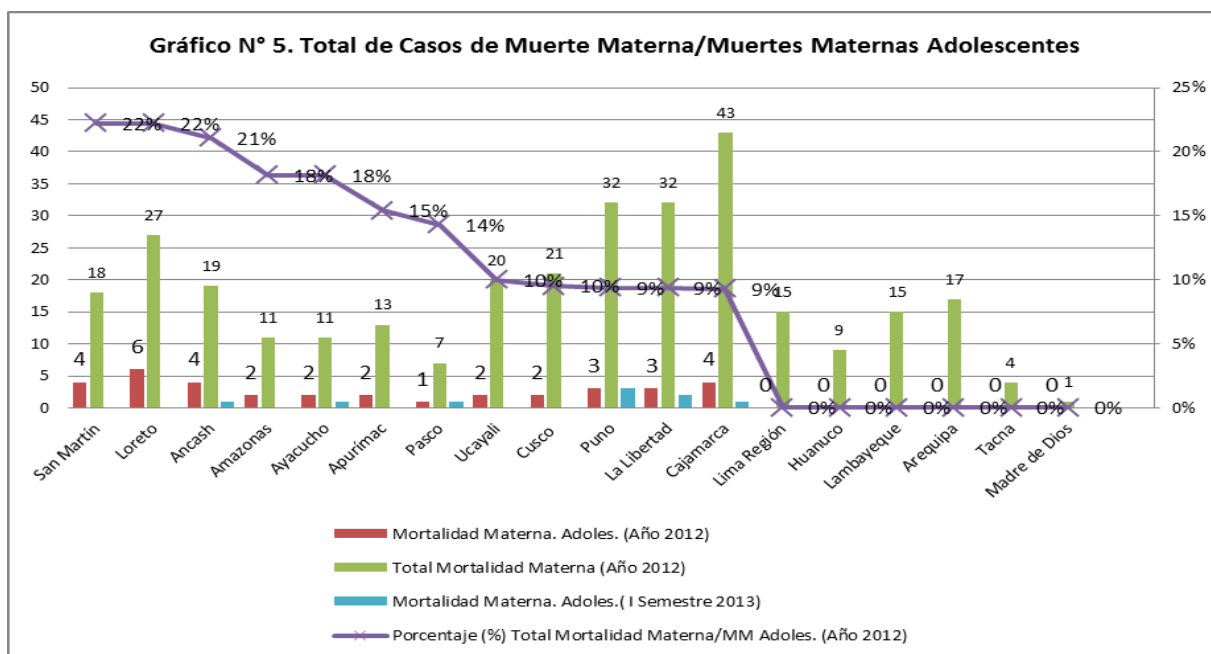


Fuente: HIS-DIRESAS-MINSA. Elaboración: Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza (MCLCP).

Mortalidad materna en adolescente de 12 a 17 años de edad (directa e indirecta):

Para el año 2012 se observa que tres departamentos concentran el mayor porcentaje de muertes maternas en adolescentes en relación al total de muertes maternas reportadas en la región: San Martín (22%), Loreto (22%) y Ancash (21%). Al cierre del año 2012, de las 19 regiones encuestadas, 12 reportaron muertes maternas en adolescentes.

Al primer semestre 2013, seis regiones ya han reportados muertes maternas en adolescentes: Puno (3), La Libertad (2), Ancash (1), Ayacucho (1), Pasco (1), y Cajamarca (1). Ver Gráfico N°5.



Fuente: Epidemiología-GRS. Elaboración: Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza.

1.4. ANÁLISIS DE LAS CAUSAS ASOCIADAS AL EMBARAZO ADOLESCENTE EN MUJERES Y VARONES ENTRE 15 Y 19 AÑOS DE EDAD⁷:

a) Inicio temprano de las relaciones sexuales en las y los adolescentes:

En las adolescentes mujeres:

- Las adolescentes mujeres entre 15 y 19 años que refieren haber tenido relaciones sexuales pasaron de **18.4% (1991/92) a 29.2% (2012)**.
- Las adolescentes mujeres que han tenido actividad sexual reciente (durante las últimas 4 semanas) pasó de **11.5% (1991/92) a 14.8% (2012)**.
- Las adolescentes mujeres que iniciaron actividad sexual antes de los 15 años pasó de **3.6% (1991/2) a 6.0% (2012)**.
(Fuente INEI, ENDES 2012)

En los adolescentes varones:

- Los adolescentes varones de 15-19 años, que refieren haber tenido relaciones sexuales es de **44.6%**.
- Entre los adolescentes varones que tuvieron relaciones sexuales: **20%** las tuvieron entre los 12 a 14 años, mientras que el **80%** restante entre 15 y 19 años.
- La práctica sexual reciente (en el último mes) es de **21%**.
(Fuente: INEI, ENDES VARONES 2008)

⁷ Análisis proporcionado por Walter Mendoza, Pedro Marchena del Fondo de Población de las Naciones Unidas-UNFPA y la Dra. Laura Altobelli de Future Generations, a partir de la información del INEI- ENDES 1986,1991/92, 1996, 2000, 2004/6, y 2012.

b) Uso de métodos anticonceptivos modernos en las y los adolescentes expuestos a la maternidad y paternidad temprana⁸:

Entre las adolescentes mujeres unidas (por matrimonio o por consentimiento):

- Disminuye de manera significativa entre el año 1996 y 2000 de **46% a 31%**. No obstante, se observa una tendencia a incrementarse a partir del año 2000 hasta alcanzar el **50.6% en el año 2012**. (Fuente: INEI, ENDES 2012).

Entre las adolescentes mujeres sexualmente activas:

- Disminuye entre el año 1996 y 2000 de **32,7% a 26,6%**, para después incrementarse progresivamente hasta alcanzar una cobertura de **64% en el año 2012**. (Fuente: INEI, ENDES 2012).

Entre los adolescentes varones unidos:

- Aumentó su uso desde 1996 al 2008, habiendo pasado de **13 a 19%**. (Fuente: INEI-ENDES VARONES 2008).

Entre los adolescentes varones sexualmente activos:

- Su uso alcanzó el **62%** (sobre todo el condón).
- Más del **90%** de los adolescentes varones, aprueba el uso de métodos por parte de su pareja. (Fuente: INEI-ENDES VARONES 2008).

c) Intenciones reproductivas de las adolescentes mujeres:

- Se redujo en los últimos 20 años. En 1991/92, el **52.6%** quería entonces tener el embarazo. Mientras en el año 2012 solo el **31.7%** lo quería en ese momento, **57.8%** lo quería después, y **10.5%** no quería más (Fuente: INEI, ENDES 2012).

1.5. VIOLENCIA PSICOLÓGICA, FÍSICA Y SEXUAL COMO FACTOR ASOCIADO AL EMBARAZO ADOLESCENTE⁹:

Situación de la Violencia familiar en adolescentes y niños/as:

La violencia física, sexual y psicológica que sufren adolescentes y niños/as incluye las ejecuciones extrajudiciales, las torturas, los tratos o penas inhumanas o degradantes, los castigos físicos aún en el seno familiar, el abuso sexual, la explotación sexual, la trata y el tráfico¹⁰. Una tendencia en las estadísticas nacionales es que las víctimas de violencia sexual son principalmente mujeres, y menores de edad.

De acuerdo a la **ENDES 2012**, las mujeres adolescentes entre 15 y 19 años de edad son el grupo más afectado por la violencia psicológica (70.4%) de parte de sus parejas. Asimismo, este grupo es el que más se ha visto afectado por la violencia física (19.6%) y violencia sexual (4%) por parte de sus parejas en los últimos 12 meses¹¹.

De acuerdo a la información de la **Policía Nacional del Perú**, en el 93% de las denuncias por violencia sexual recibidas entre el año 2000 y 20009, la víctima es una mujer (58,874 denuncias

⁸ El uso de la planificación familiar es determinada entre las adolescente unidas (por matrimonio o por consentimiento) y entre quienes son sexualmente activas (aquellas adolescentes cuya última relación sexual se ha realizado dentro de las últimas 4 semanas). Estos grupos no son necesariamente excluyentes.

⁹ Información proporcionada por la Dirección de Articulación Sectorial e Intersectorial del Viceministerio de la Mujer, Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud y PROMSEX.

¹⁰ Informe sobre Violencia Domestica contra las Mujeres y las Niñas. UNICEF Innocenti Digest. N. 6 2000

¹¹ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012*. Cuadros 12. 1 y 12.5., p. 326 y 332.

acumuladas). Solamente el 7% de las denuncias por violencia sexual tienen como víctima a un varón (4,661 denuncias acumuladas). Las principales víctimas de la violencia sexual son las mujeres menores de edad (78% del total de denuncias de mujeres víctimas de la violencia/45,736 denuncias acumuladas). La mayor concentración está en el rango que va de los 14 a 17 años de edad (45% de las víctimas de violencia sexual).¹²

De esta manera, de cada 5 víctimas mujeres de violación sexual, 4 son menores de edad y, del mismo modo, de cada 5 víctimas varones de violación sexual, 4 son menores de edad.

Existe una alta victimización de menores de edad por su condición de vulnerabilidad. La falta de articulación de los sistemas de información sobre la magnitud de la violencia que sufren adolescentes y niños/as por cada tipo de comportamiento violento tanto a nivel nacional como local, no contribuye al desarrollo de mejores intervenciones para su prevención y control. Asimismo, aún existen problemas en la atención y seguimiento de los menores de edad víctimas de la violencia sexual.

Según el **Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual (PNCFS)** del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, la violencia en cualquiera de sus formas se presenta en todos los sub grupos de edad y al respecto reporta lo siguiente:

- **En el año 2013, los niños, niñas y adolescentes de 0 a 17 años representaron el 28% de casos atendidos en los Centros de Emergencia Mujer. Los adolescentes de 12 a 17 años representaron el 46% (3,063) de la población de 0 a 17 años.** En el grupo de 12 a 17 años son más frecuentes la violencia sexual y la psicológica. Ver Cuadro N° 2.

Cuadro N° 2. Casos Atendidos en los CEMs, por tipo de violencia y por grupo de edad. Enero-Junio 2013.

Tipo de Violencia	Total	0-5 años	6-11 años	12-17 años	18-25 años	26-35 años	36-45 años	46-59 años	60 + años
Psicológica	12,139	608	1,191	1,051	1,534	2,981	2,612	1,462	700
Física	9,248	374	792	789	1,728	2,769	1,691	823	282
Sexual	2,526	147	523	1,223	303	180	92	42	16
Total	23,913	1,129	2,506	3,063	3,565	5,930	4,395	2,327	998

Fuente: Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual-MIMP.

- **En el año 2012, se reportaron 5,689 casos de violencia en adolescentes de 12 a 17 años. El principal tipo de violencia es la sexual (2, 744 casos) y las mujeres son las principales agredidas (81.8%).** Ver Cuadro N° 3.

Cuadro N° 3: Casos de violencia en adolescentes, atendidos por los CEM, Según sexo de la víctima y tipo de violencia - Periodo: Enero - Diciembre 2012

Tipo de violencia	Mujer	Varón	Total	%
Psicológica	1143	547	1690	29,7%
Física	862	393	1255	22,1%
Sexual	2.648	96	2744	48,2%
Total	4653	1.036	5689	100,0%
%	81,8%	18,2%	100,0%	

Fuente: Sistema de registro de casos y atenciones 2012 – PNCVFS/MIMP

¹² MUJICA, Jaris. Violaciones sexuales en el Perú 2000-2009. Un informe sobre el estado situación. Noviembre, 2011. PROMSEX.

- Los tres departamentos con mayor número de casos de violencia sexual en adolescentes de 12 a 17 años son: Lima (706), Junín (263), y La Libertad (172). Ver Cuadro N° 4.

Cuadro N° 4

Casos de violencia familiar y/o sexual en adolescentes de 12 a 17 años, atendidos por los CEM, Según región y tipo de violencia - Periodo: Enero - Diciembre 2012.

Región	Tipo de violencia			Total	Región	Tipo de violencia			Total
	Psicológica	Física	Sexual			Psicológica	Física	Sexual	
Amazonas	33	27	68	128	Lambayeque	35	7	22	64
Ancash	74	68	114	256	Lima	419	298	706	1423
Apurímac	54	27	44	125	Loreto	66	28	106	200
Arequipa	81	17	87	185	Madre De Dios	7	14	30	51
Ayacucho	106	71	137	314	Moquegua	16	9	9	34
Cajamarca	47	24	82	153	Pasco	14	23	56	93
Callao	55	31	66	152	Piura	87	59	151	297
Cusco	84	77	119	280	Puno	32	42	57	131
Huancavelica	23	16	81	120	San Martín	70	67	81	218
Huánuco	17	32	90	139	Tacna	25	17	40	82
Ica	83	42	79	204	Tumbes	10	3	7	20
Junín	140	134	263	537	Ucayali	9	11	77	97
La Libertad	103	111	172	386	Total	1690	1255	2744	5689

Fuente: Sistema de registro de casos y atenciones 2012 – PNCVFS/MIMP

- En relación a la persona responsable de la violencia hacia las y los adolescentes, **el principal agresor/a es el padre/madre**, con 2389 casos y el tipo de violencia más frecuente ejercida por el padre o madre es la violencia psicológica (1336 casos). Asimismo, se observa que la violencia sexual (2744 casos) es la de mayor incidencia. Ver Cuadro N°5.

Cuadro N° 5

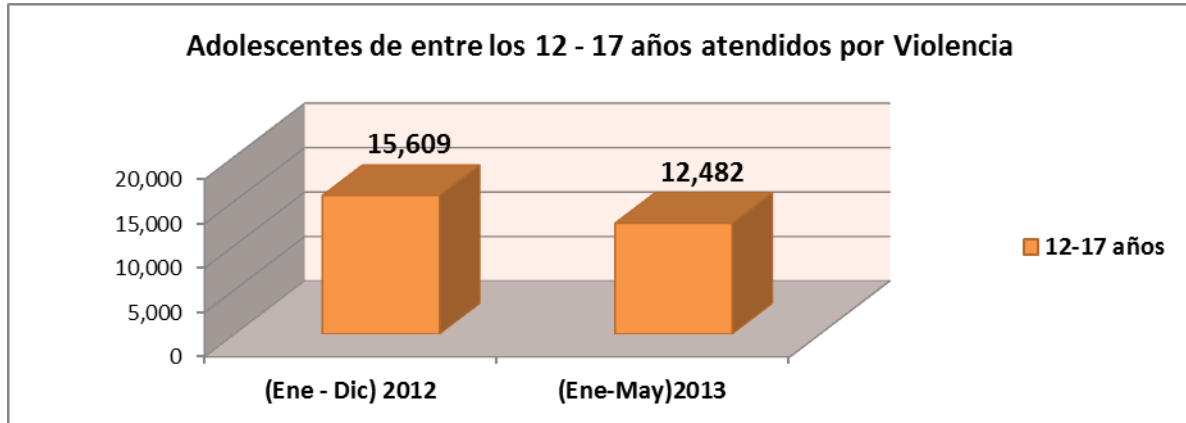
Casos de violencia familiar y/o sexual en adolescentes de 12 a 17 años, atendidos por los CEM, según vínculo entre el agresor y la víctima y tipo de violencia - Periodo: Enero - Diciembre 2012

Vínculo entre el agresor y la víctima	Tipo de violencia			Total
	Psicológica	Física	Sexual	
Esposo(a)	1	2	4	7
Conviviente	2	9	232	243
Ex Conviviente	3	2	83	88
Madre/Padre	1336	879	174	2389
Padrastro/Madrastra	110	113	227	450
Hermano/a	25	46	28	99
Abuelo/a	31	13	17	61
Cuñado/a	5	15	53	73
Suegro/a	6	7	0	13
Yerno/Nuera	1	2	0	3
Progenitor de su hijo pero no han vivido juntos	1	3	106	110
Otro Familiar	117	113	348	578
Otro	48	51	1079	1178
Pareja Sexual sin hijos	0	0	29	29
Enamorado/novio que no es pareja sexual	1	0	134	135
Desconocido	3	0	230	233
Total	1690	1255	2744	5689

Fuente: Sistema de registro de casos y atenciones 2012-PNCVFS/MIMP

Según información procedente de la **Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud**¹³, durante el año 2012 se registraron 15,609 casos de adolescentes atendidos por violencia, mientras que durante el periodo de enero- mayo 2013 se registraron 12,482 casos de adolescentes atendidos por violencia y que representa el 80% de los casos atendidos durante todo el año 2012. Ver Gráfico N° 6.

Gráfico N° 6.



Fuente: Salud Mental-MINSA.

El incremento de los casos atendidos por violencia a través de los establecimientos de salud se puede deber a las mejoras en el registro, identificación, y atención de casos a través de la ficha de tamizaje de la violencia y los módulos de atención al maltrato infantil y del adolescente en salud.

La violencia sexual y su relación con una maternidad no planificada¹⁴:

Existen múltiples factores que inciden en el embarazo no planificado en la adolescencia entre ellos: la falta de información y/u orientación sobre el ejercicio de la sexualidad de manera sana y responsable, la imposibilidad de acceder a métodos anticonceptivos modernos, la falta de educación sexual integral, etc. Es claro que estas razones son importantes, pero explican solo una parte del fenómeno, no toda su estructura. Así, es necesario estudiar la prevalencia de otra de las causas del fenómeno: la extendida práctica de la violencia sexual contra las adolescentes y su relación con la iniciación sexual, el intercambio sexual y el embarazo.¹⁵

Al respecto, el estudio de estimación del impacto y prevalencia de la violencia sexual contra mujeres adolescentes del distrito de Mazán en la Amazonía peruana, en el que el porcentaje de embarazo en adolescente bordea el 30%, refiere que:

- 79% de las mujeres de la encuesta que tenían entre 18 y 29 años indican haber sido víctimas de violencia sexual en algún momento de su vida (lo que incluye acoso y relaciones sexuales bajo coacción) y 68% de las mujeres indican que han sido víctimas de una agresión sexual cuando eran menores de 18 años (35% violaciones, 23% alguna forma de "tocamiento indebido", 10% alguna forma de explotación sexual comercial).¹⁶
- El 72% de las mujeres encuestadas que declaran haber sido víctimas de violencia sexual indican que la primera agresión ocurrió cuando tenían entre 14 y 17 años.¹⁷

¹³ Información proporcionada por la Psic. Patricia Caycho de la Dirección de Salud Mental del MINSA.

¹⁴ Análisis proporcionado por Brenda Álvarez de PROMSEX.

¹⁵ MUJICA, ZEVALLOS Y VIZCARRA. Estudio de estimación del impacto y prevalencia de la violencia sexual contra mujeres adolescentes en un distrito de la Amazonía peruana.2013.p.8

¹⁶ Idem.p.39

¹⁷ Idem.p.40

- 78% de las mujeres encuestadas indican haber tenido su primera relación sexual antes de cumplir los 18 años de edad (75% entre los 14 y los 17 años). Solamente en 39% de casos la relación sexual aparece deseada, consentida y sin otros elementos que intermedien la situación (“enamoramamiento”, “deseo sexual”, “curiosidad”, “ganans de experimentar”, “deseo de tener un hijo”).¹⁸
- 61 % indica algún motivo asociado a la coacción, violencia, consentimiento viciado, engaño, etcétera.¹⁹

El impacto de la violencia en el embarazo adolescente de Mazán aparece como un fenómeno importante. Tanto es así, que 56% de las mujeres de la muestra que tuvieron un hijo entre los 14 y 17 años indican que la causa del embarazo estuvo asociada a alguna forma de violencia sexual, coacción, engaño, consentimiento viciado, etcétera.²⁰

Ello implica que casi 6 de cada 10 embarazos adolescentes de esta muestra están relacionados con la violencia. Este dato resulta fundamental para entender la importancia de ampliar las perspectivas de investigación e intervención sobre el fenómeno del embarazo adolescente y entender que la violencia aparece, al menos en esta parte del país, como un factor explicativo importante.

2. CONSECUENCIAS Y/O EFECTOS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE: ABANDONO DE LA ESCUELA Y MORTALIDAD MATERNA EN ADOLESCENTES.

En esta sección se analiza las implicancias del embarazo adolescente en el Perú a partir de la información del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), y del Ministerio de Salud (Dirección General de Epidemiología-DGE).

2.1. EMBARAZO TEMPRANO Y ABANDONO DE LA ESCUELA:

En todos los grupos socio-económicos y socio-demográficos hay una estrecha relación entre el embarazo temprano, el inicio de una unión (que sea matrimonial o consensual) y el abandono de la escuela:

La principal razón de abandono de estudios en mujeres de 15-24 años es el embarazo en casi todos los departamentos, especialmente en Apurímac (+15%), Madre de Dios (+17%) y Loreto (+15%), seguido de una unión y el cuidado de niños.
(Fuente: INEI-ENDES 2000).

Las principales razones por la que los y las jóvenes entre 15 y 29 años no asistan a algún centro de educación básica o superior son por “problemas económicos” (38.3%), y “por trabajo” (21.2%). En el caso de las mujeres de 15 a 29 años de edad que no están estudiando, las principales razones son por “problemas económicos” (37.6%), seguido de los “quehaceres del hogar” (13.0%), “trabajo” (12.5%) y el “embarazo temprano” (9.1%). (Fuente: SENAJU-Resultados Finales de la Encuesta Nacional de la Juventud, 2011)

¹⁸ Idem.p.47.

¹⁹ Idem.p.49

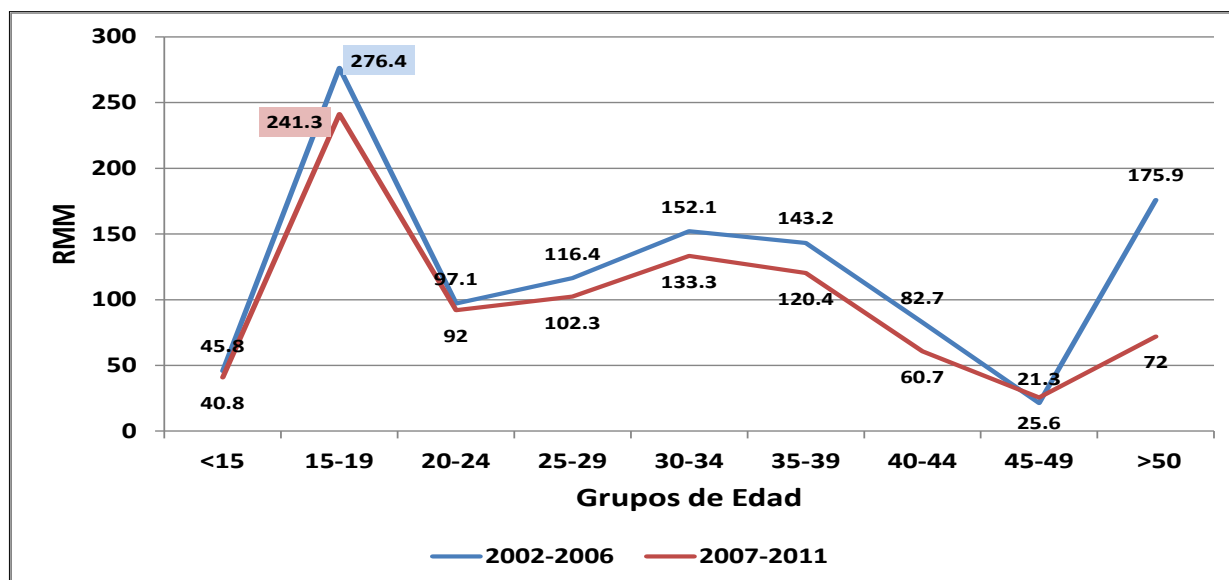
²⁰ Idem.p.70

2.2. LA MORTALIDAD MATERNA EN ADOLESCENTES²¹:

La mortalidad materna expresa el número de mujeres fallecidas durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación.²² **La razón de la mortalidad materna**, que es la medida más utilizada y es el número de muertes maternas por 100,000 nacidos vivos, **en nuestro país es de 93 por 100,000 nacidos vivos**, cifra proporcionada con el método de la sobrevivencia de hermanas a través de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2011.

Según el último estudio de la mortalidad materna en el Perú realizado por la Dirección General de Epidemiología del MINSA (2002-2011)²³, el perfil de la mortalidad materna en los últimos 10 años es la de una mujer adulta de 30 años o más debido a que concentra el 50% de los casos del país, no obstante, también se evidencia la alarmante situación de la **mortalidad materna en las adolescentes de 15 a 19 años con valores extremadamente altos, de 276 y 241 por 100,000 nacidos vivos para los períodos 2000-2006 y 2007-2011 respectivamente**. Ver Gráfico N° 7.

Gráfico N° 7: Razón de Muerte Materna según Grupo de Edad y Periodo (2002-2006/2007-2011).



Fuente: Dirección General de Epidemiología-DGE-MINSA (2002-2011). Elaboración: PARSALUD II.

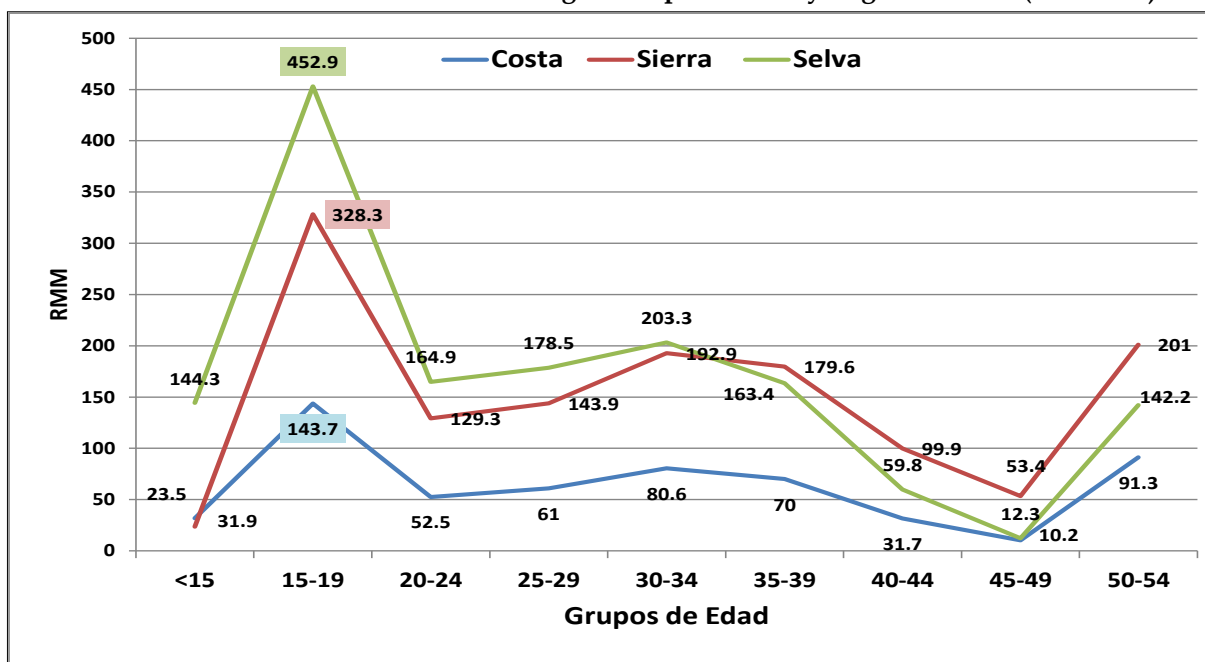
Al analizar por grupo de edad y región natural, el estudio evidencia que **la mortalidad materna en las adolescentes de 15 a 19 años de la selva tiene también valores extremadamente altos de 452.9 por 100,000 nacidos vivos, lo que evidencia un nivel de inequidad**. Ver Gráfico N° 8.

²¹ Análisis proporcionado por Raquel Hurtado, Enrique Velásquez y Henry Cabrera de PARSALUD II-MINSA.

²² La Organización Mundial de la Salud define la mortalidad materna como “la muerte de una mujer durante su embarazo, parto, o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales”. Por lo general se hace una distinción entre «muerte materna directa» que es resultado de una complicación del propio embarazo, parto o su manejo, y una «causa de muerte indirecta» que es una muerte asociada al embarazo en una paciente con un problema de salud pre-existente o de reciente aparición. Otras defunciones ocurridas durante el embarazo y no relacionadas al mismo se denominan accidentales, incidentales o no-obstétricas.

²³ MINSA, Dirección General de Epidemiología, Fondo de Población de las Naciones Unidas: La Mortalidad Materna en el Perú: 2002-2011, Mayo 2013.

Grafico N° 8: Razón de Mortalidad Materna según Grupo de Edad y Región Natural (2007-2011)



Fuente: Dirección General de Epidemiología-DGE-MINSA (2002-2011). Elaboración: PARSALUD II.

Causas de la Mortalidad Materna en Adolescentes de 12 a 17 años²⁴, 2012:

La Dirección General de Epidemiología (MINSA) reportó 440 muertes maternas en el año 2012²⁵, de las cuales se pudo investigar 194 muertes maternas directas y 93 indirectas.

Para el grupo adolescente de 12 a 17 años de edad se reportaron 41 muertes maternas, de las cuales se pudo investigar 17 muertes maternas directas y 9 indirectas:

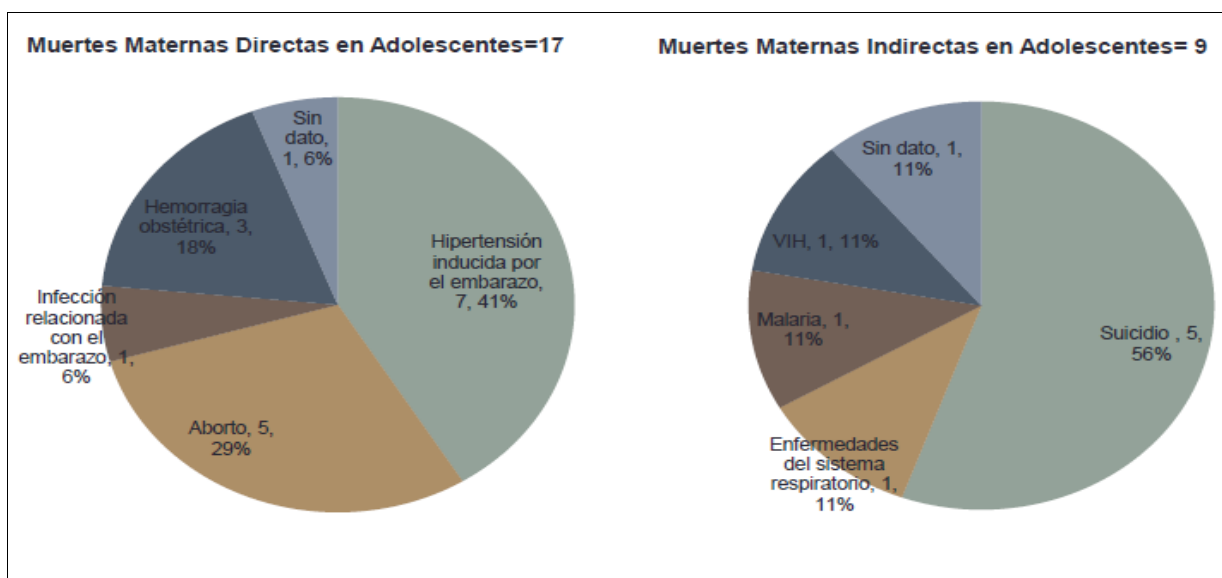
Entre las causas directas: 7 casos de trastorno hipertensivo del embarazo, 5 casos de aborto definido y 3 catalogados como hemorragia obstétrica. La hipertensión del embarazo llega al 41% de las causas directas y el aborto representa el 29%. Siendo ésta última la segunda causa de muerte materna en adolescente, cuya tendencia va en aumento.

Entre las causas indirectas: 5 casos de muerte violenta que son catalogadas como suicidio. El suicidio constituye más del 50% de las causas indirectas de mortalidad materna en adolescentes. Ver Gráfico N° 9.

²⁴ El Ministerio de Salud (MINSA) con la finalidad de estar acorde con la normatividad nacional establece a partir del año 2009 que las y los adolescentes son la población comprendida desde los 12 años de edad hasta los 17 años, 11 meses y 29 días (RM N° 538-2009/MINSA, del 14 de agosto de 2009)

²⁵ Fuente: Red Nacional de Epidemiología (RENACE)-DGE-MINSA. Hasta la semana 30-2013.

Gráfico N° 9: Principales causas de mortalidad materna en adolescentes (12-17 años). Perú (2012).



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica-DGE-MINSA.

Elaboración: Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza.

El aborto en adolescentes:

Se estima que en Perú ocurren más de 370,000 abortos al año²⁶.

Al respecto, la información de la Dirección General de Epidemiología del MINSA, señala que la incidencia de abortos en adolescentes habría fluctuado entre 18.2% (2005) y 20.18% (2008).

Asimismo, la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del MINSA, en el año 2010 señala que se atendieron más de 7 mil adolescentes por aborto incompleto, lo que representa el 16% de las atenciones totales.²⁷

El aborto constituye una de las principales causas directas de muerte materna en el Perú y en tres departamentos del país es la primera causa de muerte materna (Tacna, Tumbes e Ica). En el grupo adolescente es la segunda causa directa de muerte materna.

En el Perú el aborto es ilegal y constituye un delito contra la vida. El único caso de aborto no sancionado por la ley es la que se realiza para salvar la vida de la mujer o evitarle un mal grave o permanente, no obstante, aún no se aprueba su protocolo²⁸.

²⁶ FERRANDO, Delicia .*El aborto clandestino en el Perú*. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán.2006.

²⁷ <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/UNFPA-AECID-Hoja-de-Datos-2.pdf>

²⁸ El aborto terapéutico se encuentra despenalizado en nuestro ordenamiento jurídico penal. No obstante, a la fecha, el Ministerio de Salud no ha cumplido con aprobar el protocolo que debería regular la aplicación de dicha procedimiento médico en los servicios públicos de salud.

3. AVANCES Y DESAFÍOS EN EDUCACION, SALUD Y PROTECCIÓN FRENTE A LA VIOLENCIA EN ADOLESCENTES:

3.1. EN EDUCACIÓN²⁹:

Avances en la Educación Sexual Integral desde la infancia:

A partir del año 2008 se aprobaron los “Lineamientos Educativos y Orientaciones Pedagógicas para la Educación Sexual Integral (ESI)” y se planteó el reto de universalizar la Educación Sexual Integral desde la infancia en todas las instancias del Ministerio de Educación.

Al respecto, la Dirección de Tutoría y Orientación Educativa informó que entre los años 2008 y 2011, se implementó el Piloto de la Educación Sexual Integral (ESI) en ocho regiones del país (Lima Metropolitana, Callao, Ica, Ucayali, Puno, Ayacucho, Amazonas y Junín). Hasta el año 2010 se han alcanzado 1,233 instituciones educativas y 623,915 estudiantes.

Desde la Dirección de Tutoría se ha brindado asesoría técnica a 246 especialistas de las UGEL para que implementen ESI desde las acciones que realicen en las instituciones educativas. Asimismo, se tiene un Piloto en siete regiones en coordinación con ONGs para la implementación de la ESI en el nivel inicial.

Desafíos a partir del diseño del Marco Curricular Nacional:

En el marco de las políticas prioritarias del Sector Educación al 2016, específicamente la política relacionada a garantizar que todas y todos los estudiantes del Sistema Educativo Nacional logren aprendizajes que contribuyan a un desarrollo humano pleno y sostenible, así como a la construcción de una sociedad inclusiva y democrática; se viene desarrollando una serie de acciones conducentes a lograr que para el 2016 exista un Sistema Curricular.

Dicho sistema deberá articular los diversos documentos curriculares, establecer procedimientos definidos y técnicos de diseño, así como los lineamientos para la implementación, procesos de monitoreo y evaluación curricular. El elemento articulador del sistema es el **Marco Curricular Nacional**, en construcción, donde se definen los aprendizajes fundamentales que todas y todos los estudiantes de la Educación Básica deben alcanzar, como expresión de un derecho y desde una perspectiva intercultural, inclusiva e integradora.

En este sentido, todas las demandas sociales hacia la educación deberán estar expresadas en el marco de estos aprendizajes.

En la línea de lo señalado, el desarrollo de la Educación Sexual Integral desde la infancia supone identificar competencias y capacidades que deberán estar articuladas al logro de uno o varios de los aprendizajes fundamentales, especialmente en Desarrollo Personal, todo ello dentro del Marco Curricular Nacional en construcción.

²⁹ Información proporcionada por la Dirección de Tutoría y Orientación Educativa del Ministerio de Educación.

3.2. EN SALUD³⁰:

Los servicios para la “Atención Integral de Salud de Adolescentes”:

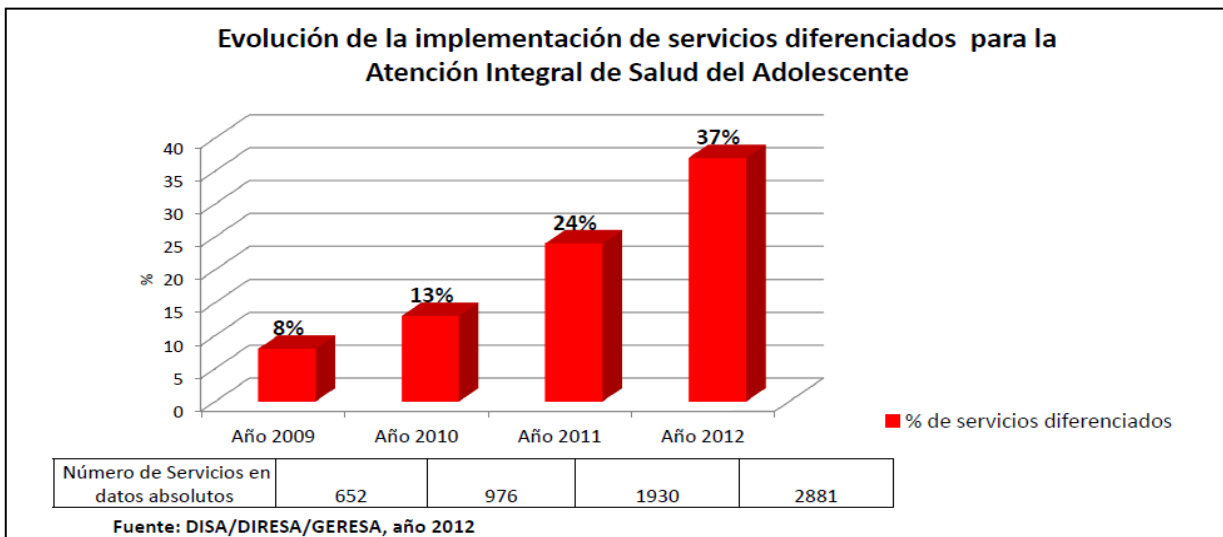
Desde la última década del siglo pasado fueron implementados por el sector salud con la finalidad de mejorar el acceso de esta población a sus servicios y contribuir así con la salud de las/los adolescentes, sin embargo muchos fueron implementados con financiamiento de la sociedad civil y/por las agencias cooperantes, siendo los profesionales de salud quienes ofertaban la atención de manera voluntaria además de otras múltiples funciones que se les designaba bajo contratación.

Los encargados de estos servicios abordan temas como salud física, psicosocial, sexual y reproductiva de las/los adolescentes, tomando en cuenta el contexto familiar y comunitario, así como la equidad, priorizando los servicios a aquellos adolescentes de menores recursos y grupos minoritarios para atender sus necesidades específicas.

Evolución 2009-2012 de los servicios para adolescentes:

A la fecha se cuenta con 2881 servicios diferenciados para adolescentes distribuidos en el 37% de establecimientos de salud pública del país, su número se habría incrementado entre el año 2009 y el año 2012, tal y como se aprecia en el Gráfico N° 10.

Gráfico N° 10



Los departamentos que tienen la mayor concentración de servicios diferenciados para adolescentes son Piura, Puno, Cuzco y Arequipa. En el otro extremo se encuentran los departamentos con escasos servicios, que son los departamentos amazónicos que justamente ostentan las más altas tasas de embarazo adolescente y donde disminuirla aparece aún como un desafío: Amazonas (21,4%); Ucayali (24,9%); Madre de Dios (27,9%) y San Martín (21,2%).

Es necesario precisar que estos servicios se brindan en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud en horarios diferenciados, ambientes exclusivos y servicios especializados; a nivel extramural en coordinación prioritariamente con instituciones educativas y en los Centros de Desarrollo Juvenil. Actualmente, existe una asignación presupuestal a través del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal.

³⁰ Información proporcionada por la Responsable Nacional de Etapas de Vida Adolescente y Joven del Ministerio de Salud. Dra. María del Carmen Calle.

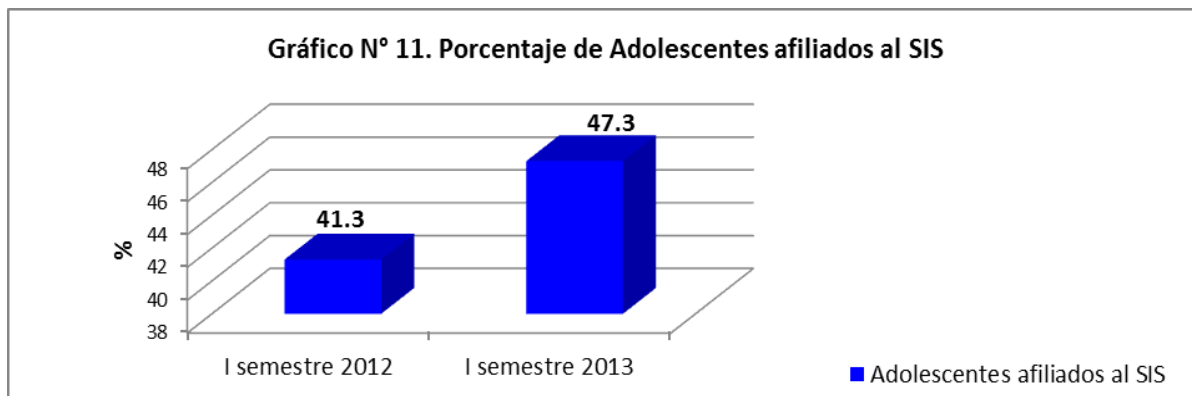
El Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal y la Prevención del Embarazo Adolescente:

A partir del año 2012 el Ministerio de Salud incorporó en el Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal un producto que permite el financiamiento para la implementación de los servicios diferenciados para adolescentes y la contratación de profesionales de salud que oferten la atención integral, situación que contribuye a la calidad de los servicios, los mismos que a la fecha se encuentran en proceso de evaluación según lo establecido en la Norma Técnica Criterios y Estándares de Evaluación de Evaluación de Servicios Diferenciados aprobada con Resolución Ministerial N° 503-2012/MINSA.

En el año 2012 se asignó un presupuesto de 1, 759,603 soles en el nivel nacional y 8, 646,590 soles en el nivel regional para la implementación de los servicios diferenciados y al 2013 se cuenta con un presupuesto asignado de 2, 027, 224 soles en el nivel nacional y 7, 779,084 soles a nivel regional. No obstante, ello resulta insuficiente ya que representa el 0.9% del presupuesto del programa salud materno neonatal y el promedio de inversión por adolescente es de S/4 nuevos soles.

Avances en el aseguramiento en salud de las y los adolescentes:

En relación a las afiliaciones por el Seguro Integral de Salud-SIS, el porcentaje de adolescentes afiliados al SIS ha aumentado desde el año 2012 al 2013 de 41.3% a 47.3% como se puede apreciar en el Gráfico N° 11, comparativo según semestres.



Fuente: SIS. Elaboración MINSA-Etapas de Vida Adolescente y Joven.

Una manera de evidenciar los avances en la relación entre los servicios que presta SIS y la atención integral de la salud adolescente es que en el año 2010 todos los motivos de atención de la población adolescente afiliada al SIS era recuperativo, en el año 2013, esto cambia, siendo los principales motivos de atención de adolescentes los preventivos, liderando la evaluación del estado de desarrollo, la consejería sobre anticoncepción, y el examen para la detección de trastornos mentales.

Es importante mencionar que en datos porcentuales las intervenciones preventivas en adolescentes afiliados al SIS aumentaron de 37% en el primer semestre 2012 a 50% en el primer semestre 2013, demostrándose una mayor atención integral de salud brindada a este grupo etario.

3.3. EN PROTECCIÓN FRENTE A LA VIOLENCIA³¹:

De acuerdo a la ENDES 2012, sólo el 8.7% de las mujeres entre 15 y 19 años de edad que han reportado haber sido maltratadas buscó ayuda en alguna institución³². Cabe precisar que para este grupo de mujeres agredidas físicamente, la Comisaría fue la institución más concurrida (62.4%), seguida de los establecimientos de salud (13%), la Defensoría Municipal-DEMUNA (12.8%), el Juzgado (9.2%), la Fiscalía (4.1%); la Defensoría del Pueblo (2.7%) y otras instituciones (7.5%)³³.

Acciones del Ministerio de Salud:

Desde el año 2007 el Ministerio de Salud tiene vigente la *Guía de atención a personas afectadas por la violencia de género*, la cual establece obligación de los establecimientos de salud de adoptar medidas de prevención, detección, atención y recuperación frente a la violencia psicológica, física y sexual contra las niñas, adolescentes y mujeres en general.

En los casos de atención a víctimas de violación sexual, establece la obligación del personal de salud de realizar los exámenes clínicos, las pruebas de laboratorio, la toma de muestras y la prescripción de determinados medicamentos que permitan a la víctima recuperar y evitar una mayor lesión de la salud física y mental.

Al respecto, el Informe N° 003-2012-DP/ADM³⁴, de la Defensoría del Pueblo da cuenta de que la atención de las mujeres víctimas de violencia no sólo debe ser analizada desde la perspectiva del acceso a la justicia sino también como un problema de salud pública. En dicho informe se reporta lo siguiente:

- La existencia de cinco protocolos³⁵ del Ministerio de Salud para la atención de la salud física y mental de las víctimas de violencia en los servicios públicos de salud que dificulta la uniformidad de criterios en la atención.
- La no gratuidad de la cobertura de la atención a una mujer víctima de violencia.
- Inexistencia de un sistema de registro único.
- Inexistencia de un ambiente especial que garantice la privacidad requerida para atender a las víctimas de violencia así como que es necesaria mayor capacitación del personal de salud en esta materia.
- Asimismo, deficiencias en la atención que dificultan la recuperación de la salud física, salud sexual y reproductiva y mental de las víctimas de violencia.

Actualmente, no se provee la distribución de anticoncepción oral de emergencia a las mujeres víctimas de violación sexual, debido a que mediante Sentencia recaída en el Expediente N°

³¹ Información proporcionada por la Dra. Carla Villarreal de la Adjuntía de la Mujer- Defensoría del Pueblo, la Dirección General de Transversalización del Enfoque de Género del Viceministerio de la Mujer; y Brenda Álvarez de PROMSEX.

³² INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012*. Cuadros 12.16, p. 346.

³³ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012*. Cuadros 12.20, p. 350.

³⁴ Véase DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *Derecho a la salud de las mujeres víctimas de violencia: Supervisión de establecimientos de salud en Arequipa, Junín, Lima, Piura y Puno*. Informe N° 003-2012-DP/ADM, Lima, 2012, p. 135 -145.

³⁵ Los cinco protocolos que regulan la atención a víctimas de violencia en servicios de salud son los siguientes: i) Las Guías Nacionales para la atención integral de la salud sexual y reproductiva, aprobada por Resolución Ministerial N° 668-2004/MINSA; ii) La Norma Técnica de salud para la transversalización de los enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en salud, aprobada por la Resolución Ministerial N° 638-2006/MINSA; iii) La Guía Técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en el género, aprobada por la Resolución Ministerial N° 141-2007/MINSA; iv) La Norma Técnica de salud para la implementación del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias garantizadas para la reducción de la desnutrición crónica infantil y salud materno-neonatal, aprobada por Resolución Ministerial N° 193- 2008/MINSA; y v) Las Normas y Procedimientos para la prevención y atención de la violencia familiar y el maltrato infantil, aprobados por la Resolución Ministerial N° 455-2001/SA/DM.

02005-2009-PA-TC del 16 de octubre del 2009, el Tribunal Constitucional prohibió la distribución de este fármaco en los servicios públicos de salud. Esta medida impacta directamente a las mujeres con escasos recursos ya que imposibilita el acceso gratuito en los servicios públicos, y el suministro de la fórmula combinada “yuzpe”, que es parte del Kit de emergencia de atención a casos de violación sexual, reduciendo así las posibilidades de evitar un embarazo no planificado producto de la violación sexual.

Acciones del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP):

Tiene entre sus competencias la prevención, protección y atención de la violencia contra la mujer y la familia, promoviendo la recuperación de las personas afectadas, así como la protección de poblaciones vulnerables: niñas, niños y adolescentes (Decreto Legislativo N.º 1098, Ley de Organización y Funciones del MIMP), para su cumplimiento cuenta con instancias técnicas normativas que i) promueven políticas públicas para la prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia de género en sus diferentes manifestaciones que se producen en las relaciones interpersonales, la familia, la comunidad y/o Estado, ii) Proponen, dirigen, articulan, implementan, supervisan, monitorean y evalúan las políticas, normas, planes, programas y proyectos en el campo de la niñez y adolescencia para contribuir a su bienestar y desarrollo integral.

El Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021 a cargo del MIMP, establece entre sus resultados “Se reduce el número de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de violencia familiar y escolar” y “Se reduce el número de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de violencia sexual” (Objetivo estratégico N.º 4 Garantizar la protección de las niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años, estableciendo como responsables de su cumplimiento al MIMP, MED, MIDIS, MINSA, MINJUS, MININTER, Poder Judicial, Ministerio Público, INEI, Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales, Policía Nacional del Perú, Defensorías del Niño y del Adolescente, Sociedad Civil, sector privado).

El MIMP a través de los diversos servicios realiza acciones de prevención y atención integral de los casos de violencia familiar y/o sexual: 187 Centros de Emergencia Mujer (CEM) a nivel nacional, el servicio de consultas telefónicas - Línea 100 (contención emocional, orientación e información), línea 100 en acción (intervención con un equipo de profesionales que acuden inmediatamente al lugar de los hechos para atender a la víctima familiar o sexual), el servicio de Chat 100 (sala virtual donde adolescentes y jóvenes reciben orientación psicológica para la prevención de violencia en sus relaciones de pareja).

Asimismo, en el año 2012, se aprobó la estrategia de prevención, atención y protección frente a la violencia familiar y sexual en zonas rurales, que pretende articular esfuerzos recursos y capacidades con la comunidad, autoridades locales y la sociedad civil organizada a fin de prevenir y promover el acceso a la justicia, protección y recuperación de las personas afectadas por hechos de violencia familiar y sexual con enfoque de derechos humanos, equidad de género, interculturalidad, integralidad y territorialidad (Resolución Ministerial N.º 273-2012-MIMP).

A pesar de los avances se tienen algunos desafíos a fin de fortalecer los actuales mecanismos de protección de los niños, niñas y adolescentes frente a la violencia tales como:

- Mayor articulación en las intervenciones de prevención, protección, atención y sanción por parte de todos los sectores del Estado (en todos sus niveles) y con la sociedad civil.
- Aun poca respuesta que enfrente el problema del embarazo adolescente y, concretamente del abuso y explotación sexual desde sus causas.

- Carencia de servicios de recuperación de adolescentes afectadas por abuso y/ o explotación sexual y por diversas formas de violencia de género.
- Carencia de un sistema unificado de registro de casos de violencia contra la niñez y adolescencia.
- Normativa acorde a los instrumentos internacionales de protección a la niñez y la adolescencia.

4. LA ARTICULACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE: UNA MIRADA A LA PLANIFICACIÓN Y EL PRESUPUESTO.

4.1. DESDE LA PLANIFICACIÓN:

- **El Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021:**

El Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021 establece como una meta emblemática la reducción en un 20% de la tasa de maternidad adolescente. De igual manera, aparece vinculado al resultado esperado 9 “Las y los adolescentes postergan su maternidad y paternidad hasta alcanzar la edad adulta”.

Al respecto, aparecen como responsables del resultado: MINSA, en coordinación con MED, MIDIS, MIMP, Cooperación Internacional (OMS/OPS, UNICEF, UNFPA), Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales y Sociedad Civil.

Asimismo, se establece el apoyo de la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza-MCLCP como facilitador del diálogo, la concertación y en el seguimiento de los avances en el resultado esperado N° 9.

Entre las estrategias señaladas está: i) promover el acceso de adolescentes a servicios diferenciados; ii) incluir en los programas curriculares de educación primaria y secundaria, la formación en valores, así como la educación sexual; iii) propiciar desde MINSA el acceso a información y métodos anticonceptivos oportunamente, iv) capacitar a profesores en sexualidad desde un enfoque de género y de derechos humanos, v) capacitar en las instituciones educativas a padres y madres de familia sobre sexualidad con un enfoque de género, y vi) garantizar la intervención intersectorial continua para la prevención del embarazo adolescentes priorizando el trabajo en las instituciones educativas.

Si bien se señala en el Plan la necesidad de una intervención intersectorial no se define claramente las responsabilidades de cada sector para alcanzar la meta ni tampoco se establece claramente los mecanismos para la asignación presupuestal intersectorial y para articulación de las intervenciones.

- **El Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo Adolescentes 2013-2021:**

El Plan Multisectorial, aún no aprobado, es el resultado de un trabajo concertado entre distintos sectores públicos, privados, la sociedad civil, representantes de la población adolescente, organizaciones no gubernamentales así como organismos de la cooperación técnica internacional. Tiene como objetivo establecer las acciones que deben desarrollar las diferentes instancias involucradas del sector público y sociedad civil a nivel nacional para prevenir y disminuir el embarazo en adolescente en el país. Establece como meta reducir en 20% la prevalencia del embarazo en adolescentes.

Al respecto, aparecen como responsables del resultado: MINSA, en coordinación con MINEDU, MINJUS, MIMP, MINTRA, Gobiernos Regionales, y Gobiernos Locales.

Los objetivos específicos del Plan Multisectorial son cinco:

El **objetivo específico 1**: postergar el inicio de las relaciones sexuales en la adolescencia. Meta: Se reducirá en un 20% el inicio de las relaciones sexuales en la adolescencia.

El **objetivo específico 2**: incrementar el porcentaje de adolescentes que concluyen la educación secundaria. Meta: Se incrementará en 30% el porcentaje de adolescentes mayores de 15 años que concluyen la educación secundaria.

El **objetivo específico 3**: asegurar la inclusión de la Educación Sexual Integral en el Marco Curricular Nacional y en los programas de capacitación del Ministerio de Educación, para que la Regiones cuenten con Condiciones institucionales para implementar la ESI .

El **objetivo específico 4**: incrementar la prevalencia de uso actual de métodos anticonceptivos modernos en las y los adolescentes sexualmente activas/os mayores de 18 años y en madres adolescentes. Meta: Se incrementará en 50% el uso actual de métodos anticonceptivos modernos en adolescentes sexualmente activos/as mayores de 18 años y en madres adolescente.

El **objetivo específico 5**: disminuir los diferentes tipos de violencia en las y los adolescentes poniéndose énfasis en la violencia sexual. Meta: Se disminuirá en un 30 % la prevalencia de los diferentes tipos de violencia en las y los adolescentes

El Plan Multisectorial define claramente las responsabilidades de cada sector para alcanzar la meta y establece los mecanismos para la asignación presupuestal intersectorial.

Tanto el Plan Multisectorial y el Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia se constituyen en una oportunidad para crear las condiciones necesarias que contribuirán a cumplir con los objetivos y metas comprometidas en la Cumbre del Milenio con énfasis en el Objetivo 5-Mejorar la Salud Materna y de esta forma, permitirá que las y los adolescentes mejoren sus condiciones de vida y alcancen una mayor equidad en el acceso a la salud y al desarrollo.

4.2. DESDE EL PRESUPUESTO:

El Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal y la Prevención del Embarazo Adolescente:

El Perú está invirtiendo a través del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal nueve millones de nuevos soles en la prevención del embarazo adolescente y representa el 0.9% del presupuesto del programa. Esto resulta insuficiente ya que el promedio de inversión es de S/.4 nuevos soles por adolescente. Cabe aclarar que este presupuesto sólo corresponde al Ministerio de Salud y el desafío está en articularlo con los otros sectores. Ver Cuadro N° 6 y Gráfico N° 12.

Cuadro N° 6.**Año de Ejecución: 2012 y 2013****Incluye: Actividades y Proyectos**

Categoría Presupuestal 0002: SALUD MATERNO NEONATAL	1,576,369,865	1,386,634,033	1,288,072,237	674,569,766	81.7	48.6
Producto/Proyecto 3000005: ADOLESCENTES ACCEDEN A SERVICIOS DE SALUD PARA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO	10,398,993	9,796,308	9,960,326	5,857,460	95.8	59.8
Nivel de Gobierno	PIM 2012	PIM 2013	Ejecución 2012	Ejecución 2013	Avance 2012%	Avance 2013%
			Devengado	Devengado		
GOBIERNO NACIONAL	1,759,603	2,017,224	1,727,595	1,337,545	98.2	66.3
GOBIERNOS REGIONALES	8,639,390	7,779,084	8,232,731	4,519,915	95.3	58.1

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas-Consulta Amigable (05 de agosto 2013). Elaboración Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza.

A nivel de Gobiernos Regionales, en el 2013, preocupa la baja asignación presupuestal en Tumbes, Moquegua, La Libertad y Ucayali. Por otro lado, es de preocupación la nula ejecución al mes de agosto de los Gobiernos Regionales de Madre de Dios y Moquegua; y la baja ejecución de Pasco (4.3% de ejecución)³⁶.

Por sub-específica de gasto, preocupa la baja asignación y ejecución presupuestal en **“compra de bienes”** (representa 28% de lo asignado dentro de la específica de gasto **“bienes y servicios”** y 23.5% de avance en la ejecución). Ver Cuadro N° 7.

Cuadro N° 7.**Año de Ejecución: 2013****Incluye: Actividades y Proyectos**

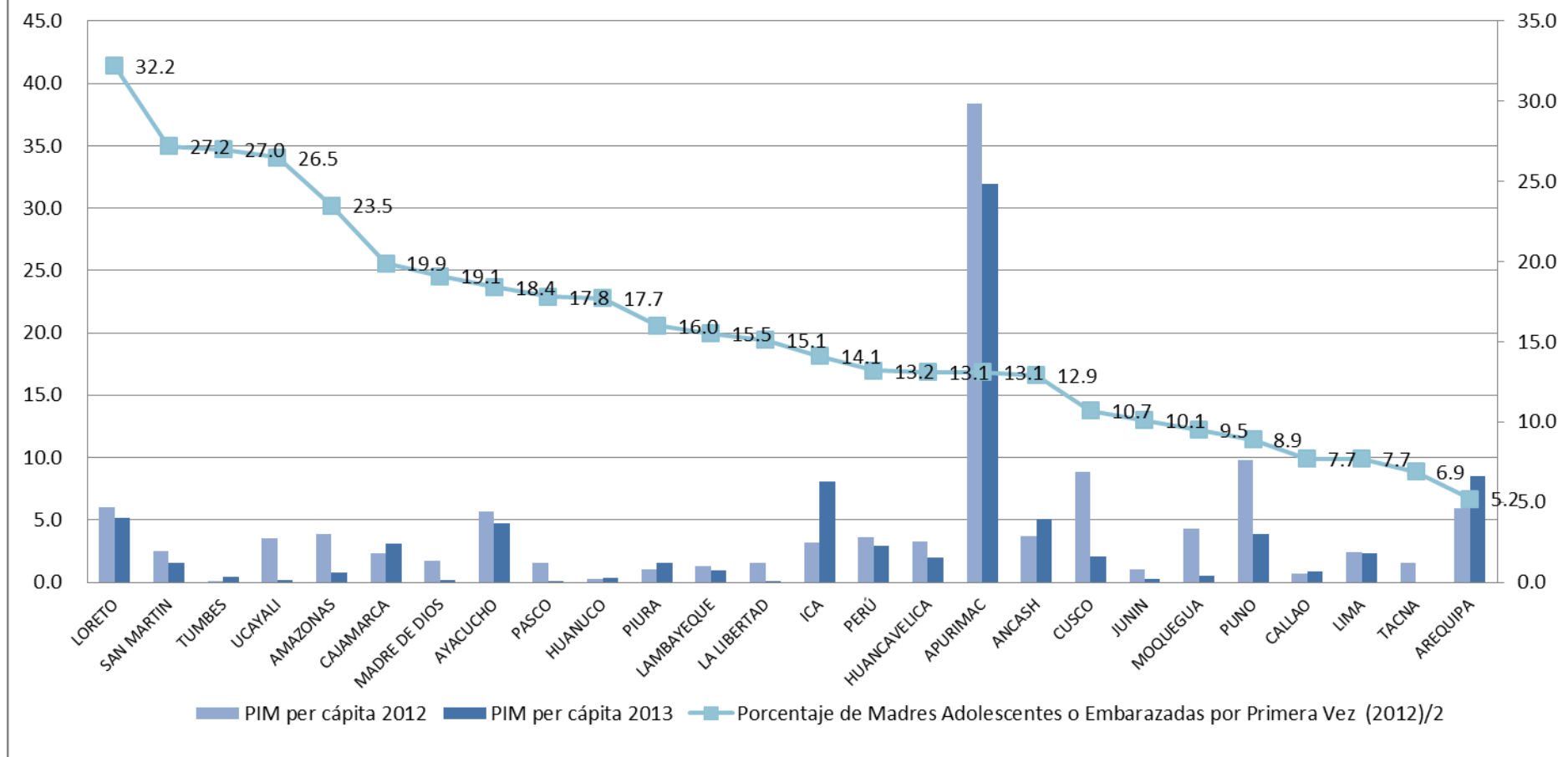
TOTAL	108,418,909,559	127,017,697,949	59,382,308,614	46.8
Categoría Presupuestal 0002: SALUD MATERNO NEONATAL	1,085,235,367	1,386,634,033	674,569,766	48.6
Producto/Proyecto 3000005: ADOLESCENTES ACCEDEN A SERVICIOS DE SALUD PARA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO	7,741,818	9,796,308	5,857,460	59.8
Genérica 5-23: BIENES Y SERVICIOS	2,560,382	3,604,071	2,356,372	65.4
Sub-Genérica	PIA	PIM	Ejecución	Avance %
			Devengado	
1: COMPRA DE BIENES	1,217,451	1,001,319	235,629	23.5
2: CONTRATACION DE SERVICIOS	1,342,931	2,602,752	2,120,742	81.5

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas-Consulta Amigable (05 de agosto 2013). Elaboración Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza.

Es preciso mencionar que la sub-específica de gasto **“contratación de servicios”** representa el 72% de lo asignado para la específica de gasto **“bienes y servicios”** e incluye gastos por viajes, difusión, limpieza, mantenimiento, servicios administrativos, servicios profesionales y técnicos y contrato administrativos de servicios. El rubro **“contrato administrativos de servicios”** tiene la mayor asignación presupuestal (70% de lo asignado) y un mayor avance en la ejecución presupuestal (83.3%).

³⁶ Al mes de agosto Pasco incrementó su asignación presupuestal de S/3 mil a S/27 mil nuevos soles.

**Gráfico N° 12. Equidad: Asignación Per Cápita para Prevención del Embarazo Adolescente (2012 y 2013)
Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal**



Fuente: Encuesta Demográfica y Salud Familiar, ENDES 2012/ MEF-Consulta Amigable (01 de abril 2013).
Elaboración. Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza.

5. LA AGENDA PENDIENTE EN LAS POLÍTICAS Y LA NORMATIVIDAD DEL PAÍS³⁷:

En el país existen avances en cuanto a los mecanismos de protección de las y los adolescentes. Asimismo, esfuerzos por priorizar la atención del embarazo adolescente en las políticas públicas del país. En relación a los avances se tiene lo siguiente:

- *Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012 – 2021*: una de sus metas es la reducción en un 20% de la tasa de maternidad adolescente. De igual manera, el Resultado Esperado 9 es que las y los adolescentes posterguen su maternidad o paternidad hasta alcanzar la edad adulta. El Resultado 21: se reduce el número de niñas que son víctimas de violencia sexual.

- *Plan Nacional de Igualdad de Género 2012 – 2017*: Entre sus metas figura que al 2017, el 30% de establecimientos de salud ofrece servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes así como que el embarazo adolescente se reduce en un 1.3 % en el área urbana y en un 4.3 % en el área rural. En este sentido, su Resultado Esperado 4.5 es que los servicios de salud diferenciados para hombres y mujeres contribuyen a la reducción del embarazo adolescente.

-*Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2009-2015*: Formular estrategias diferenciadas e impulsar acciones preventivas y promocionales desde un enfoque intercultural para enfrentar las distintas manifestaciones de la violencia. Actividad: Incorporación en las guías dirigidas a la población escolar de contenidos sobre prevención del acoso y abuso sexual en niñas y niños.

-*La Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social*: incluye entre sus cinco ejes prioritarios el referido al “desarrollo integral de la niñez y la adolescencia” y entre sus resultados inmediatos aparece “acceso y uso de los servicios de salud preventiva para niñas, niños y adolescentes.

- *Decreto Supremo N° 002-2013-ED del Reglamento de la Ley N° 29600, Ley que fomenta la reinserción escolar por embarazo*: Establece procedimientos y medidas que garanticen por parte de las instituciones educativas e instancias de gestión educativa descentralizada, el derecho a la permanencia en el servicio educativo de las estudiantes en situación de embarazo o maternidad.

-*Sentencia N° 00008/2012 PI/TC del Tribunal Constitucional que declara inconstitucional el inciso 3 del artículo 173° del Código Penal que penalizaba las relaciones sexuales consentidas de los y las adolescentes entre 14 y 18 años de edad*: Reconoce que se vulnera el derecho al libre desarrollo de la personalidad de las y los adolescentes como sujetos de derecho capaces de tomar sus propias decisiones. En este sentido, señala que se debe facilitar el acceso de los y las adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva y, garantizar que puedan recibir información idónea sobre la materia. Cabe resaltar que más de 10000 jóvenes a nivel nacional fueron los que presentaron esta demanda de inconstitucionalidad.

-*Ley N° 30076. Modifica Código Penal, Código Procesal Penal, Código de Ejecución Penal, y el Código de los Niños y Adolescentes*.

-*La Guía de atención a personas afectadas por la violencia de género (2007) del Ministerio de Salud*: establece obligación de los establecimientos de salud de adoptar medidas de

³⁷ Elaborado con apoyo de la Defensoría del Pueblo-Adjuntía de la Mujer y a partir de la presentación del Dr. Miguel Ángel Ramos Padilla de la Dirección General contra la Violencia de Género del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables en el Grupo de Salud Materno Neonatal.

prevención, detección, atención y recuperación frente a la violencia psicológica, física y sexual contra las niñas, adolescentes y mujeres en general. En proceso de reformulación.

-El Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal: desde el año 2012 incluye un producto “adolescentes acceden a los servicios de salud para prevenir el embarazo adolescente”.

-Lineamientos de política para la educación sexual integral, elaborados por el MINSA y el MINEDU (2008 en adelante).

Por otro lado, en términos de desafíos, aún no se ha logrado concretar políticas más específicas de protección y prevención del embarazo adolescente como son:

- Plan Multisectorial de Prevención del Embarazo Adolescente al 2021: Su aprobación está pendiente. El Plan resalta la referencia al acceso a servicios de atención integral en salud sexual y reproductiva; la orientación y consejería en salud sexual y reproductiva así como la comunicación social en la prevención del embarazo adolescente. Además, plantea la meta de reducir en un 20% la prevalencia del embarazo adolescente.

- Protocolo de Aborto Terapéutico: Conforme al artículo 119° del Código Penal, el aborto terapéutico no se encuentra penalizado y la aprobación de este Protocolo constituiría una medida que contribuiría a reducir la mortalidad materna, ya que esta clase de aborto sólo tiene lugar si es que es el único medio para salvaguardar la salud o la vida de la gestante. Sobre el particular, se han pronunciado tanto el Comité de Derechos Humanos como el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer en diversas ocasiones³⁸.

- Artículo 4° de la Ley General de Salud: No reconoce que las y los adolescentes son sujetos de derechos, es decir, titulares de derechos y obligaciones, y que por tanto, tienen derecho a acceder a los servicios de salud, incluyendo los de salud sexual y reproductiva, sin necesidad de ir acompañado/as de sus madres, padres, madres o tutores. Se está planteando su modificación.

- Artículo 27° del Nuevo Código de Niños, Niñas y Adolescentes (Dictámenes de las Comisiones de Justicia y Mujer del Congreso de la República del año 2012 y 2013 respectivamente): Restringe el acceso de los y las adolescentes a servicios de salud sexual y reproductiva, colocándolos en una situación de vulnerabilidad, y exponiéndolos a embarazos no planeados. Se recomendó no aprobar la modificación sugerida por ambas comisiones del Congreso de la República.

- Plan Estratégico Sectorial para la Atención de la Violencia contra la Mujer y Plan Sectorial de Salud Mental: Es importante que se aprueben ambos documentos y que los mismos guarden coherencia con el Plan Nacional de Igualdad de Género y el Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer vigente.

En términos de la agenda pendiente aún nos falta avanzar en respuestas más integrales y articuladas para abordar la prevención del embarazo adolescente entre diversos sectores del Estado e instituciones de la sociedad civil. Asimismo, aprobar presupuestos multisectoriales y su incorporación en los planes de desarrollo concertado a nivel regional con indicadores relacionados a la reducción del abuso, explotación sexual y embarazo adolescente, así como la incorporación de varones en la prevención y lucha contra la violencia de género. La

³⁸ En 2005 el Comité de Derechos Humanos se pronunció, en relación al Caso K.L.L., recomendando al Estado peruano la adopción de medidas para evitar la comisión de vulneraciones semejantes en el futuro, al no haber permitido que la víctima se practicara el aborto terapéutico. Y, en 2011, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas (Comité CEDAW) se pronunció, en relación al Caso L.C. recomendando al Estado peruano el establecimiento de mecanismos efectivos para el acceso al aborto terapéutico.

aprobación del Plan Multisectorial de Prevención del Embarazo Adolescente sería un avance que podría servir de base para acciones más integrales y articuladas.

6. RECOMENDACIONES PARA PREVENIR EL EMBARAZO ADOLESCENTE, CON ÉNFASIS EN ARTICULACIÓN DE INTERVENCIONES Y PROTECCIÓN FRENTE A LA VIOLENCIA SEXUAL:

AL CONSEJO DE MINISTROS:

1. Implementar una política multisectorial contra la violencia de género, con énfasis en niños, niñas y adolescentes, en concordancia con el Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2009-2015, el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021 y la Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social “Incluir para Crecer”.

AL CONSEJO DE MINISTROS Y AL MINISTERIO DE SALUD:

2. Implementar el Plan Multisectorial de Prevención del Embarazo Adolescente 2013-2021, a través de medidas para la articulación multisectorial y entre niveles de gobierno, con participación de las organizaciones de la sociedad civil, como expresión de un derecho postergado de las y los adolescentes y desde una perspectiva intercultural, inclusiva e integradora.

AL CONGRESO DE LA REPÚBLICA:

3. En el marco del debate del Nuevo Código de Niños, Niñas y Adolescentes aprobar la modificación sugerida en el artículo 27° del Proyecto de Ley N° 495-2011-CR. En dicho artículo se reconocen los derechos sexuales y reproductivos de los/as adolescentes mayores de 14 años, de acuerdo con los compromisos internacionales asumidos por el Estado peruano en materia de derechos humanos, así como en la legislación nacional vigente.
4. Modificar el artículo 4° de la Ley General de Salud a fin de garantizar el acceso a los servicios de salud de las y los adolescentes, con énfasis en salud sexual y reproductiva.

AL MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS, AL MINISTERIO DE SALUD, A LOS GOBIERNOS REGIONALES Y LOCALES:

5. Fortalecer el financiamiento de servicios diferenciados para los y las adolescentes a través del programa presupuestal salud materno neonatal y en coordinación con las Direcciones Regionales de Salud.
6. Fortalecer el financiamiento del Programa Nacional contra la Violencia Sexual y Familiar en coordinación con el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.
7. Impulsar el adecuado funcionamiento y la creación de las Defensorías Municipales del Niño y Adolescente (DEMUNA), para que se puedan cumplir con el propósito de atención y protección a niños, niñas y adolescentes que les asigna la Ley Orgánica de Municipalidades.

AL MINISTERIO DE SALUD:

8. Diseñar un único modelo de atención integral, que garantice la recuperación de la salud física y mental de la víctima de violencia así como la incorporación del enfoque médico legal; y la gratuidad de la atención de las personas víctimas de violencia.
9. Fortalecer las capacidades del personal de salud en materia de identificación, atención y referencia de las víctimas de violencia.

10. Aprobar el Plan Estratégico Sectorial para la Atención de la Violencia contra la Mujer y el Plan Sectorial de Salud Mental.

AL MINISTERIO DE SALUD Y GOBIERNOS REGIONALES:

11. Realizar campañas de sensibilización para informar a los y las adolescentes sobre sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva, en particular sobre la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos precoces.
12. Impulsar la ampliación del número de establecimientos de salud con servicios diferenciados a nivel nacional, con espacios exclusivos y en horarios preferentes, para la atención de los y las adolescentes.
13. Fortalecer la provisión de método “Yuzpe”, como anticoncepción de emergencia, como parte del Kit de atención de casos de violación sexual.

AL MINISTERIO DE SALUD, AL MINISTERIO DE EDUCACIÓN, Y A LOS GOBIERNOS REGIONALES Y LOCALES:

14. Fortalecer la participación de adolescentes y jóvenes en los diferentes espacios y mecanismos existentes vinculados a su bienestar y desarrollo integral, como el Comité Multisectorial de Prevención del Embarazo Adolescente.
15. Promover intervenciones concordadas entre salud y educación, y entre niveles de gobierno, en las actividades de acceso a información, educación sexual, y prevención del embarazo adolescente
16. Fortalecer las actividades de desarrollo de habilidades para la vida, con oportunidades de desarrollo personal, conclusión de estudios secundarios e inserción laboral en adolescentes y jóvenes.
17. Fortalecer las capacidades de los propios docentes para el tratamiento de los temas de salud sexual y reproductiva en base a la coordinación entre el sector de Educación y el sector Salud.

AL MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES:

18. Crear un registro único de casos de violencia de género que incluya los casos de niños, niñas y adolescentes.
19. Impulsar la ampliación del número de Centros Emergencia Mujer (CEM), presentes a la fecha en solo 187 distritos del país.
20. Profundizar la investigación y el análisis de la relación entre embarazo adolescente y violencia sexual.

AL MINISTERIO DE EDUCACIÓN:

21. Fortalecer la incorporación del enfoque de género en todos los niveles de educación, en especial, en los niveles de inicial y primaria así como implementar los lineamientos de educación sexual integral en la educación básica regular.
22. Capacitar a docentes e informar a padres de familia sobre temas relacionados a la salud sexual y reproductiva de los niños, niñas y adolescentes, a través de materiales claros, didácticos y pertinentes para el lenguaje e interés de los niños, niñas y adolescentes.

**Comité Ejecutivo Nacional
Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza
Lima, 19 de diciembre del 2013**

Equipo de Seguimiento Concertado al Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal:

Por el Estado:

Ministerio de Salud-MINSA (Etapas de Vida Adolescente y Joven, Salud Mental, Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva, Promoción de la Salud, y Dirección General de Epidemiología)
Seguro Social de Salud-EsSalud;
Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud-PARSALUD II;
Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables-MIMP;
Ministerio de Educación-MINEDU
Ministerio de Economía y Finanzas-MEF
Defensoría del Pueblo-Adjuntía para los Derechos de la Mujer.

Por las organizaciones de la sociedad civil:

CARE Perú
Future Generations;
Asociación Benéfica PRISMA;
Plan Internacional;
Sociedad Peruana de Pediatría;
Sociedad Peruana de Adolescencia y Juventud;
Colegio Médico del Perú.
Colegio de Obstetras del Perú.
Instituto Peruano de Paternidad Responsable-INPPARES.
Instituto de la Salud Reproductiva Perú-ISR; y
Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos-PROMSEX

Por las agencias de cooperación:

Organización Panamericana de la Salud-OPS;
Fondo de Población de las Naciones Unidas-UNFPA;
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia-UNICEF;
Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional-USAID Perú (Proyectos: Políticas en Salud, y Municipios y Comunidades Saludables II).

Coordinación del equipo:

Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza-Nacional.