

**SEGUIMIENTO CONCERTADO ENTRE ESTADO Y SOCIEDAD  
CIVIL A LAS POLÍTICAS DE SALUD**

**Sub Grupo de Trabajo de “Salud Materno Neonatal y Prevención  
del Embarazo en Adolescentes”**



**TÍTULO: PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES  
EN EL ACTUAL CONTEXTO DE EMERGENCIA POR COVID-19  
-UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA, DESARROLLO,  
DESIGUALDAD Y DERECHOS HUMANOS-**

**-Reporte N° 3-2020-SC/Grupo de Salud-MCLCP Nacional-**

**-Versión aprobada por el Comité Ejecutivo Nacional-CEN de la  
MCLCP, martes 20 de octubre del 2020-**

## **Perú: Prevención del Embarazo en Adolescentes en el actual contexto de emergencia por coronavirus/covid-19.**

@Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza.

Calle Las Palomas Nro. 430, Urb. Limatambo, Surquillo, Lima-Perú

Teléfono: 511- 442-9003

[www.mesadeconcertacion.org.pe](http://www.mesadeconcertacion.org.pe)

Documento elaborado por el Sub Grupo de Trabajo de “Salud Materno Neonatal y Prevención del Embarazo en Adolescentes” de la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza (MCLCP).

Integrantes del Sub Grupo de Trabajo de Salud Materno Neonatal y Prevención del Embarazo en Adolescentes-MCLCP.

Ministerio de Salud (Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, Dirección General de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral, y Etapa de Vida Adolescente y Joven), Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (Dirección General de Niñas, Niños y Adolescentes), Secretaria Ejecutiva del Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue, CMP Flora Tristán, Iniciativa Regional Voces Ciudadanas, APROPO, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia-UNICEF, Fondo de Población de las Naciones Unidas-UNFPA, Organización Mundial de la Salud-OMS/OPS, PRISMA, ONG Equidad, Centro de Estudios y Publicaciones -CEP, Save the Children, INPPARES, SISOL-SALUD, Instituto de Investigación Nutricional-IIN, Colegio de Obstetras del Perú, Sociedad Peruana de Adolescencia y Juventud, Sociedad Peruana de Pediatría, Instituto Nacional de Salud del Niño-INSN, Plan Internacional, PROMSEX, Salud Sin Límites, CMMB Perú, y Defensoría del Pueblo-Adjuntía de la Niñez y Adolescencia. Coordinación y facilitación: Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza-MCLCP Sede Nacional.

Federico Arnillas Lafert, Presidente de la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza-MCLCP.

Coordinación y redacción del documento:

Wendy Albán Márquez, Coordinadora del Grupo de Salud de la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza-MCLCP.

Equipo de apoyo: Liz Inga Espinoza, Equipo Técnico de la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza-MCLCP y Dirka Varea Ratto, Equipo de la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza.

Colaboración a partir de la participación como expositores/invitados en las reuniones de la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza-MCLCP:

Dr. Walter Mendoza, Analista de Población del Fondo de Población de las Naciones Unidas-UNFPA.  
Dra. Matilde Cobeña, Adjunta (e) para la Niñez y Adolescencia, Defensoría del Pueblo.

Dr. Gualberto Segovia, Director Ejecutivo de la Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral del Ministerio de Salud

Obstetra Isabel Pacheco, Responsable Nacional de la Etapa de Vida Adolescente y Joven del Ministerio de Salud.

Dr. Guillermo Atencio La Rosa, Director Ejecutivo de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud-MINSA.

Dra. María del Carmen Calle Dávila, Secretaria Ejecutiva del Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue

## CONTENIDOS

Presentación	Página 4.
I. Situación de la Prevención del Embarazo en Adolescentes antes de la Covid-19.	Páginas 5 -18
II. Situación de la Prevención del Embarazo en Adolescentes en el actual contexto de emergencia de Coronavirus/Covid-19	Páginas 18-33
a.-Impacto del Covid-19 en el Acceso a la Salud	Páginas 18-28
b.-Impacto del Covid en el Acceso a la Educación y a la Educación Sexual Integral.	Páginas 28-29
c.-El Impacto del Confinamiento en los Casos de Violencia Hacia la Niñez y Adolescencia en el Contexto de Covid-19	Páginas 29-32
III. Desafíos en relación al Plan Multisectorial de Prevención del Embarazo en Adolescentes, 2013-2021.	Páginas 34-38
<b>Recomendaciones hacia la Política Nacional, Regional y Local para Priorizar la Atención Integral de las y los Adolescentes y Acelerar la Prevención del Embarazo en Adolescentes en el Perú.</b>	Páginas 39-46
Referencias Bibliográficas.	Página 47

## **PRESENTACIÓN**

El presente documento, recoge el acumulado de estos más de 8 años en que realizamos desde la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza-MCLCP un seguimiento concertado entre Estado y sociedad civil a la “Prevención del Embarazo en Adolescentes”, analiza en primer lugar, la situación del embarazo en adolescentes antes de la llegada de la pandemia de Covid-19, asimismo, se hace una revisión de la situación del acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, del acceso a la educación y a la educación sexual integral y de la situación de la violencia hacia la niñez y adolescencia en el actual contexto de pandemia por covid-19.

En relación a la prevención del embarazo en adolescentes, no hemos avanzado en más de 20 años. El embarazo en adolescentes en el Perú aún sigue siendo un problema de salud pública, de desarrollo, desigualdad, inequidad y de derechos humanos. Las adolescentes que presentan más riesgo de embarazarse tempranamente siguen siendo las que provienen de zonas rurales, que residen en la selva, las que se encuentran en situación de pobreza, y las que no han tenido o han accedido menos a la educación.

Las Niñas madres menores de 15 años son la expresión más dramática del embarazo en adolescentes, muchas de ellas han sido víctimas de violencia sexual, incluso una violencia sistemática desde la niñez. Frente a su protección y a la prevención hemos avanzado poco como país.

En el actual contexto de pandemia de Covid-19, se proyecta ya un posible incremento del embarazo en adolescentes debido a un menor acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, a la educación sexual integral y por los riesgos de incremento de la violencia sexual frente al confinamiento y el distanciamiento social.

Bajo este escenario la lucha contra la pobreza, la injusticia social y el fin de todas las formas de discriminación contra las mujeres y las niñas, pasa en primer lugar por reconocer que como sociedad estamos fallando a no poner como una prioridad la prevención del embarazo en adolescentes y en especial, la erradicación de la violencia en todas sus formas. En segundo lugar, supone que nos pongamos de acuerdo y trabajemos de forma conjunta por garantizar el derecho de las y los adolescentes a acceder a la salud y a la salud sexual y reproductiva, a la educación, a la protección frente a la violencia y se logre postergar la maternidad y paternidad de la mano de la construcción de un proyecto de vida y de oportunidades para cada uno de las y los adolescentes.

Desde las y los integrantes del Sub Grupo de Trabajo de “Salud Materno Neonatal y Prevención del Embarazo en Adolescentes” de la MCLCP, ponemos a disposición de los decisores políticos, autoridades, y del público en general, el presente documento que analiza la situación del embarazo en adolescentes y brinda recomendaciones hacia la política nacional y regional para priorizar la atención integral de las y los adolescentes y acelerar la prevención del embarazo en adolescentes en el Perú. Consideramos que es importante en un contexto de revisión y actualización de políticas y planes nacional para la prevención del embarazo en adolescentes y, en un escenario de construcción de consensos en el marco del Pacto Perú y del Acuerdo de Gobernabilidad Nacional, en un contexto de elecciones presidenciales 2021.

Lima, Setiembre 2020.

## I. SITUACIÓN DE LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES ANTES DE LA COVID-19.

**América Latina y el Caribe (ALC)** es la segunda región en el mundo con la más alta tasa de embarazos en adolescentes. La tasa mundial de embarazo en adolescentes se estima en **46 nacimientos por cada 1,000 adolescentes** y en ALC se estima en **66.5 nacimientos por cada 1,000 adolescentes** de 15 a 19 años de edad en el periodo 2010-2015 (Fuente: OPS/UNFPA/UNICEF)<sup>1</sup>. En **Perú** se estima en **53 nacimientos por cada 1,000 adolescentes** de 15 a 19 años de edad en el periodo 2017-2018 (Fuente: INEI, ENDES 2019).

4 elementos claves que debemos saber:

- En comparación con otras mujeres, las **adolescentes** corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo. Las adolescentes menores de 16 años de edad tienen **4 veces más riesgo de morir** que una mujer mayor (Fuente: UNFPA).
- El embarazo y la maternidad en la adolescencia también impacta en los recién nacidos, en muchos casos nacen prematuros, con bajo peso, anemia, y presentan un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad en la infancia.
- La maternidad en las niñas y adolescentes **menores de 15 años** es la expresión más dura de la injusticia social, de la pobreza, de la violencia estructural y cultural existente contra las mujeres y la alta vulnerabilidad de las Niñas. Un riesgo en aumento en este grupo es la violencia sexual y los embarazos forzados. En el año 2019, se han reportado en el Perú, 9 recién nacidos de niñas madres de 10 años a menos de edad y 1,294 recién nacidos de niñas madres de 11 a 14 años de edad (Fuente: MINSA-Registro del CNV en Línea).
- En comparación a otras mujeres, las adolescentes enfrentan mayores barreras para acceder a la salud sexual y reproductiva, incluido información y/o consejería y acceso a métodos anticonceptivos modernos.

En el Perú la Prevención del Embarazo en Adolescentes es una prioridad en las políticas nacionales como el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013-2021 y el Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia-PNAIA 2012-2021, que incluyen la meta nacional de reducir en 20% el embarazo en adolescentes al 2021. Asimismo, fue incluido como una meta en el Acuerdo de Gobernabilidad para el Desarrollo Integral del Perú 2016-2021 suscrito por las y los candidatos que se presentaron en las

---

<sup>1</sup> OPS/UNFPA/UNICEF. Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Informe de consulta técnica (29-30 agosto 2016, Washington, D.C., EE. UU.). Año, 2018.

elecciones presidenciales del año 2016. Dicho documento, se encuentra alineado a los Planes y Políticas Nacionales y a los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Ver Cuadro 1.

**Cuadro 1.**

DOCUMENTOS NACIONALES QUE INCLUYEN LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES	Línea de Base (INEI-ENDES)	Perú: Meta Nacional (INEI-ENDES)
Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013-2021	<b>Año 2012: 13.2%</b>	Reducir en 20% la prevalencia del embarazo en adolescentes. <b>Meta al 2021: 8.22%</b>
Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2013-2021	<b>Año 2010: 13.5%</b>	Reducir en un 20% el embarazo adolescente.
Acuerdo de Gobernabilidad Nacional 2016-2021	<b>Año 2014: 14.6%</b>	<b>Meta al 2021: 11%</b>

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

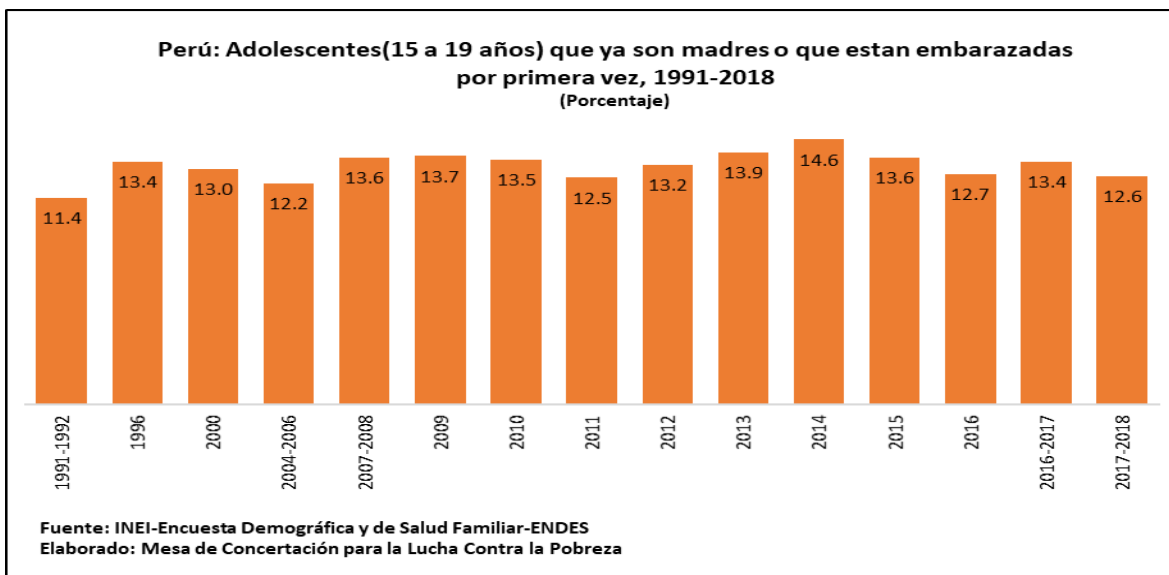
A puertas de cerrar el año 2020 y, de entrar a un nuevo proceso de elecciones presidenciales para el año 2021, se nos plantea el reto de evaluar nuevamente los avances en la prevención del embarazo en adolescentes en Perú, sabiendo además que los planes nacionales, que incluían como una prioridad la prevención del embarazo en adolescentes, están por concluir su periodo de vigencia y entraran en un proceso de actualización y rediseño.

En ese marco, el Sub Grupo de Trabajo de “Salud Materno Neonatal y Prevención del Embarazo en Adolescentes” de la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza-MCLCP, conformado por representantes del sector público, de organizaciones de la sociedad civil y de organismos de las Naciones Unidas, presentamos en el presente capítulo un análisis de la situación de la prevención del embarazo antes de la emergencia por la Covid-19, para lo cual se analiza tanto la situación de las adolescentes tempranas (entre 10 a 14 años de edad) como de adolescentes tardías (entre 15 a 19 años de edad), según definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Asimismo, hacemos una aproximación a la situación de la mortalidad materna en adolescentes y de la inversión en el país para la prevención del embarazo en adolescentes.

#### **a) SITUACIÓN DE LAS ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS DE EDAD:**

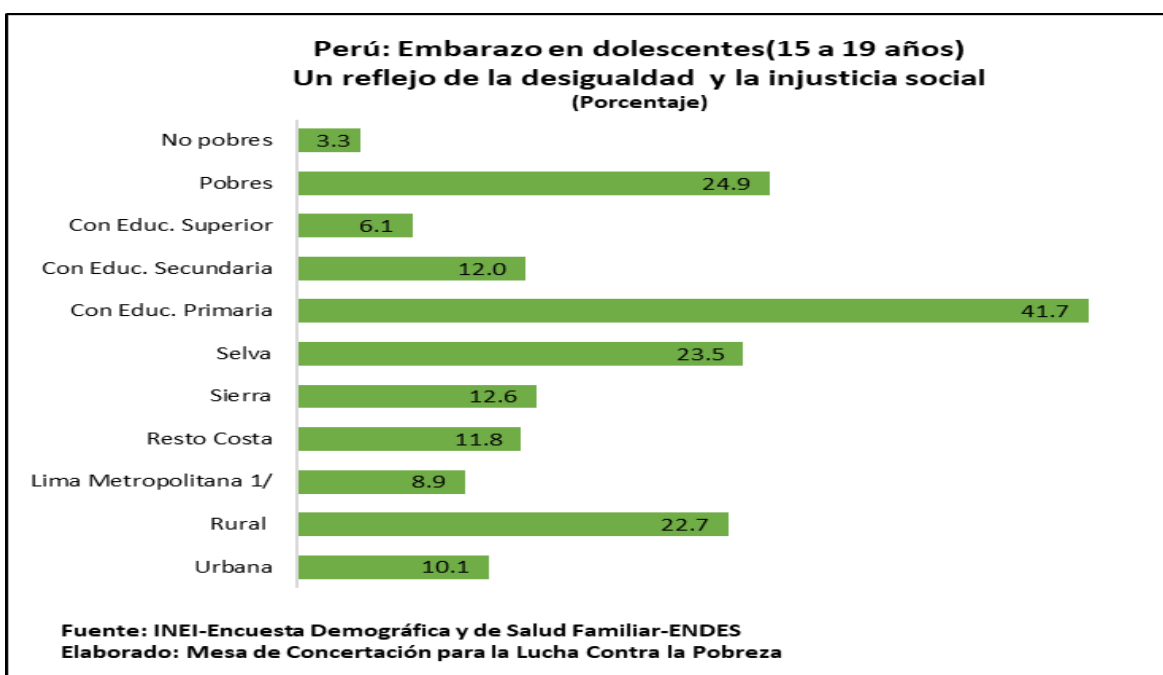
- **La cifra nacional de embarazo en adolescentes casi no se ha movido en más de 20 años.** En el Perú, el 12.6% de adolescentes entre 15 y 19 años de edad son madres o están embarazadas por primera vez en el periodo 2017-2018 (Fuente: INEI-ENDES 2019). En relación a la meta nacional de reducir en 20% el embarazo en adolescentes al año 2021 no se ha tenido avances. Ver Gráfico 1.

**Gráfico 1.**



- En cuanto al avance en la **reducción de la desigualdad y la inequidad** en la prevención del embarazo en adolescentes, encontramos que la maternidad en la adolescencia, sigue siendo la expresión más dura de la injusticia social, de la pobreza y la vulnerabilidad de las adolescentes mujeres que provienen de las zonas rurales, que son indígenas o provienen del ámbito amazónico, que tienen o han tenido un menor acceso a la educación y, a su vez, se encuentran en situación de pobreza y exclusión. En cuanto a la evolución del embarazo en adolescentes se ha observado un descenso en el área urbana y un aumento en las zonas rurales del país. Ver Gráfico 2.

**Gráfico 2.**



Las estadísticas nacionales no reflejan suficientemente la realidad de las adolescentes mujeres afrodescendientes y de las adolescentes mujeres con discapacidad. En ambos casos los datos de la realidad evidencian también situaciones de vulnerabilidad y mayor riesgo de embarazo en la adolescencia. Asimismo, porque ambas poblaciones, al igual que las poblaciones indígenas han sido históricamente postergadas en su atención desde las políticas públicas nacionales. Un grupo nuevo son las mujeres adolescentes migrantes provenientes de Venezuela sobre las cuales aún no tenemos suficiente información, pero que incidirá posiblemente en los próximos años en el incremento del embarazo en la adolescencia.

- A nivel de departamentos del país, las prevalencias más altas de embarazo en adolescentes de 15 a 19 años de edad se encuentran en 8 departamentos, los cuáles están por encima del promedio nacional: Loreto (32%), San Martín (23%), Amazonas (21.2%), Ucayali (20.2%), Cajamarca (19.9%), Huánuco (18,4%), Tumbes (17.1%), y Madre de Dios (16.3%). No obstante, en cuanto a población adolescente de 15 a 19 de edad, Lima Metropolitana concentra la mayor cantidad de población adolescentes del país, seguido de Piura y La Libertad. A su vez, se ha observado un incremento sostenido de embarazos en adolescentes en los departamentos de Piura, La Libertad, Cajamarca y Lambayeque. Ver Cuadro 2.

CUADRO 2. PERÚ: PORCENTAJE DE ADOLESCENTES (15-19 AÑOS) QUE YA SON MADRES O QUE ESTÁN EMBARAZADAS POR PRIMERA VEZ, SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO, 2017-2018				
Ámbito geográfico	Censo 2017 Población de adolescentes mujeres de 15 a 19 años	Adolescentes alguna vez embarazadas		Total alguna vez embarazadas
		Ya son madres	Embarazadas con el primer hijo	
<b>PERÚ</b>	<b>1,204,959</b>	<b>9.3</b>	<b>3.3</b>	<b>12.6</b>
Amazonas	16,356	16.4	4.8	21.2
Áncash	44,023	8.3	2.8	11.1
Apurímac	17,212	10.9	1.8	12.7
Arequipa	54,322	4.7	2.2	6.9
Ayacucho	28,640	13.4	1.8	15.2
Cajamarca	55,649	15.6	4.3	19.9
Prov. Const. del Callao	38,079	7.2	0.4	7.6
Cusco	55,496	6.7	2.5	9.2
Huancavelica	17,671	11.3	2.7	14.0
Huánuco	33,519	14.7	3.6	18.4
Ica	33,721	10.4	1.9	12.4
Junín	56,723	9.6	3.4	13.0
La Libertad	72,986	10.1	4.5	14.6
Lambayeque	50,888	6.6	2.7	9.3
Lima	366,624	5.9	3.5	9.4
Provincia de Lima 2/	331,334	5.5	3.6	9.1
Región Lima 3/	35,290	10.4	3.0	13.3
Loreto	37,537	25.8	6.2	32.0
Madre de Dios	5,088	14.4	1.9	16.3
Moquegua	6,396	5.9	3.3	9.2
Pasco	10,174	10.9	1.0	11.8
Piura	76,378	10.1	4.0	14.1
Puno	52,363	7.8	1.2	8.9
San Martín	32,768	16.0	6.9	23.0
Tacna	13,228	5.5	2.1	7.6
Tumbes	8,786	12.1	4.9	17.1
Ucayali	20,332	17.1	3.1	20.2

**Nota:** Ponderado son resultados que recomponen la estructura poblacional.

Sin ponderar : Número de mujeres y/o niños entrevistadas en campo.

1/ Comprende la provincia de Lima y la Provincia Constitucional del Callao.

2/ Comprende los 43 distritos que conforman la provincia de Lima.

3/ Comprende las provincias: Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos.

**Fuente:** INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES-2019

**Elaborado:** Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza.



- Aún existe una falla en la prevención del 2do embarazo y otros, en la adolescencia. Esto refleja la posible existencia de barreras en el acceso a métodos anticonceptivos modernos para el grupo de adolescentes, y esto preocupa en particular en las mujeres adolescentes entre 18 y 19 años de edad. Ver Cuadro 3.

**Cuadro 3.**

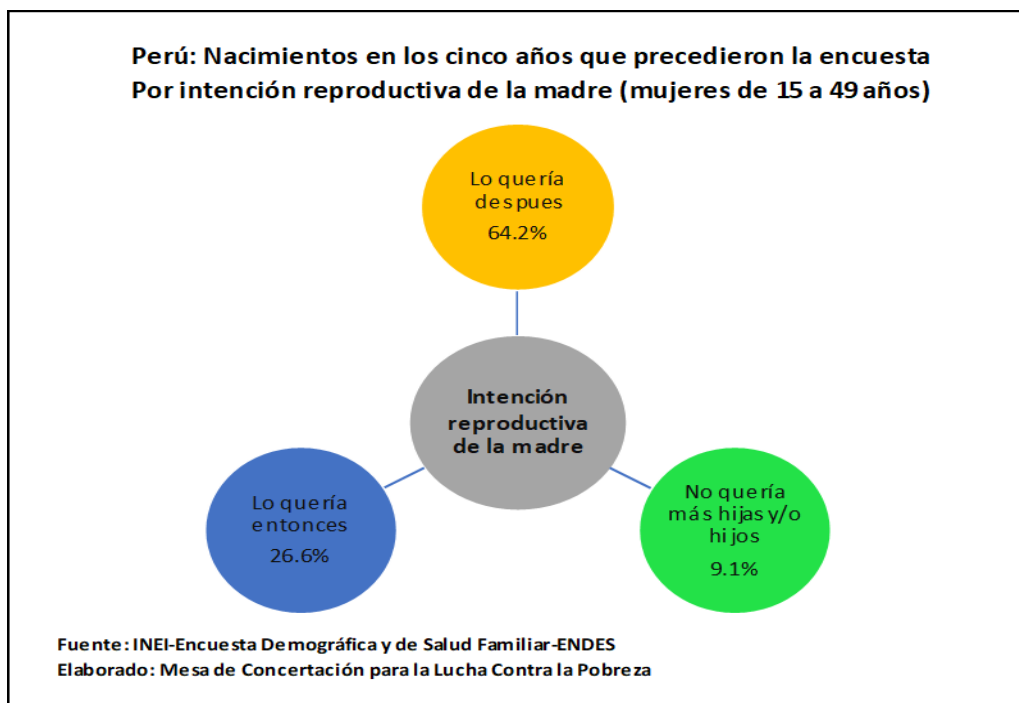
Perú: Adolescentes(15 a 19 años) alguna vez embarazadas, por edad.			
Porcentaje			
Edad	Ya son madres	Embarazadas con el primer hijo	Total
15	1.3	1.7	3
16	3.5	4.2	7.7
17	8.1	1.9	10
18	14.3	4.9	19.2
19	21.4	4.4	25.8
<b>Total 2017-2018</b>	<b>9.3</b>	<b>3.3</b>	<b>12.6</b>

Fuente: INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2018

Elaborado: Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza

- En cuanto a la intencionalidad o decisión de embarazo, llama la atención que un alto porcentaje de adolescentes mujeres (64.2%; Fuente: INEI, ENDES 2019), no buscó o quiso su embarazo en ese entonces. Ver Gráfico 3.

**Gráfico 3.**



- En cuanto al uso de métodos anticonceptivos modernos en adolescentes mujeres de 15 a 19 años de edad, se observa, por un lado, un menor avance en adolescentes unidas (48.8%) y, un mayor avance en adolescentes mujeres sexualmente activas (75.4%). Entre las adolescentes unidas el método más usado son las inyecciones y entre las adolescentes sexualmente activas, el método más usado es el condón masculino. Alerta el 25% aproximadamente de adolescentes sexualmente activas que no usan métodos anticonceptivos modernos y que se exponen al riesgo de un embarazo no planificado o no esperado y a contraer enfermedades de transmisión sexual, entre ellos VIH-SIDA. Ver Cuadro 4.

**Cuadro 4.**

Perú: Uso actual de métodos anticonceptivos en el grupo de las mujeres de 15 a 19 años de edad entrevistadas, 2019			
Porcentaje			
Métodos	Mujeres actualmente unidas	Mujeres sexualmente activas 1/	
<b>Total cualquier método</b>	70.3	91.5	
<b>Moderno</b>	Total métodos modernos	48.8	75.4
	Esterilización Femenina	0	0
	Esterilización Masculina	0	0
	Píldora	4.8	3.5
	DIU	0.8	0.1
	Inyecciones	29.3	13.6
	Implantes	6.3	4.2
	Condón masculino	7.5	50.6
	Vaginales	0	0
	MELA	0	0
	Anticonceptivos de emergencia	0	3.4
	<b>Tradicional</b>	Total métodos tradicionales	21.5
Abstinencia periódica		7.5	7.1
Retiro		13.6	8.8
Métodos folclóricos		0.4	0.2

1/ Mujeres que tuvieron relaciones sexuales en el mes anterior a la encuesta

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

Elaborado: Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza

## PARA TENER EN CUENTA:

- El Tribunal Constitucional en Perú, en el año 2013, reconoció expresamente que los y las adolescentes son titulares del derecho a la libertad sexual, como manifestación del derecho al libre desarrollo de la personalidad; así como titulares de su derecho a la información, salud e intimidad en asuntos vinculados con el ejercicio de su sexualidad. Además de ello, declaró que las relaciones sexuales consentidas con adolescentes de 14 a 18 años no son delito, ni infracción a la ley penal (Sentencia No.0008-2012 AI/TC).
- En el año 2016, el Comité de Derechos del Niño de las Naciones Unidas, instó al Estado Peruano a hacer frente al problema del elevado número de embarazos de adolescente, para lo cual recomendó lo siguiente: a) reforzar el acceso a una educación en materia de salud sexual y reproductiva en función de la edad y los derechos de las niñas y los niños; b) garantizar la disponibilidad para todos los adolescentes de servicios e información confidenciales sobre la salud reproductiva y la correspondiente asistencia psicológica y el acceso efectivo de los adolescentes a tales servicios e información, así como a formas modernas de anticonceptivos, incluidos los anticonceptivos gratuitos de emergencia; y c) garantizar el acceso de las niñas a servicios de aborto sin peligro y de atención posterior al aborto por lo menos en los casos de violación, incesto y graves malformaciones del feto y en los casos de riesgo para la vida y la salud de la madre.
- En el año 2016, se aprobó la **Norma Técnica de Planificación Familiar** (Resolución Ministerial No 652-2016-MINSA), que permite el acceso de adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva y a los métodos anticonceptivos. Dicha norma establece que las actividades de planificación familiar no constituyen tratamiento médico, por lo que no se requiere la autorización de los padres o representantes para que las y los adolescentes accedan a información, servicios y metodologías anticonceptivas temporales, no obstante, aún algunos de los prestadores de salud ponen barreras en el acceso a métodos anticonceptivos para adolescentes.
- La **Defensoría del Pueblo** emitió en el año 2018, el **Informe No 0011-2018-DP/ANA**, en relación a la supervisión defensorial a los servicios de salud diferenciados para la atención integral a adolescentes en el Perú. Esta supervisión se realizó en setiembre del 2017 en un total de 91 establecimientos de salud y al respecto se llama la atención algunos aspectos como:
  1. La pérdida de oportunidades. Entre los profesionales entrevistados, sólo el 35.1% señaló haber brindado información sobre salud sexual y salud reproductiva y anticoncepción en la primera visita, un 27.5% lo hizo en la tercera visita y un 31.9% lo hace dependiendo de la necesidad del adolescente.
  2. Si bien en la Norma Técnica de Planificación Familiar se establece que no se requiere autorización de los progenitores, tutores y representantes legales, para que los adolescentes accedan a información, servicios y anticoncepción, sólo el 74.7% de los establecimientos supervisados informaron que entregaron información sobre salud sexual y reproductiva sin acompañamiento y el 25.3% exige la presencia de los progenitores.

3. Horarios adecuados. Según los resultados de la supervisión sólo el 51.6% adecuó sus horarios para facilitar el acceso a los adolescentes y el 48.4% mantiene horarios estandarizados, ya sea por escasez de recursos humanos, por inexistencia de los ambientes.
- En el año 2019, el Ministerio de Salud aprobó la Norma Técnica para la Atención Integral de Adolescentes (**Resolución Ministerial N° 1001-2019-MINSA**), que incluye el acceso universal a la salud de las y los adolescentes (sin condicionarse al SIS) y la atención las 24 horas del día. Comprende un paquete básico, un paquete complete y un paquete especializado de atención integral de salud para adolescentes, según el nivel de establecimiento de salud. La atención integral de salud para adolescentes incluye los servicios de salud sexual y reproductiva, salud física y nutricional y salud mental. Asimismo, dicha norma establece para el caso de las adolescentes embarazadas derechohabientes, que tienen seguro a través de sus padres, que todas las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS deben garantizar el acceso a la atención de salud por embarazo, parto y puerperio, incluyendo la atención de su recién nacido. Esta norma ha significado un avance, no obstante, requiere fortalecerse su difusión para su implementación, ya que aún no todo el personal de salud lo conoce y aún existen barreras de acceso. Al respecto, la publicación de UNICEF, “Adolescente. Derecho al aseguramiento y atención en salud sexual, reproductiva y mental en el Perú. Balance Normativo” (agosto, 2020), menciona que en las IAFAS de las FFAA y FFPP no se cubre embarazo ni atenciones gineco-obstétricas a las hijas embarazadas de padres que tiene esos seguros. A su vez, aún existe una interpretación ambigua sobre la atención a mujeres adolescentes solteras o en unión de hecho para controles prenatales o parto, no se da si no van acompañadas de sus padres o tutores por falta de capacidad civil (esto ocurre con el SIS)<sup>2</sup>.

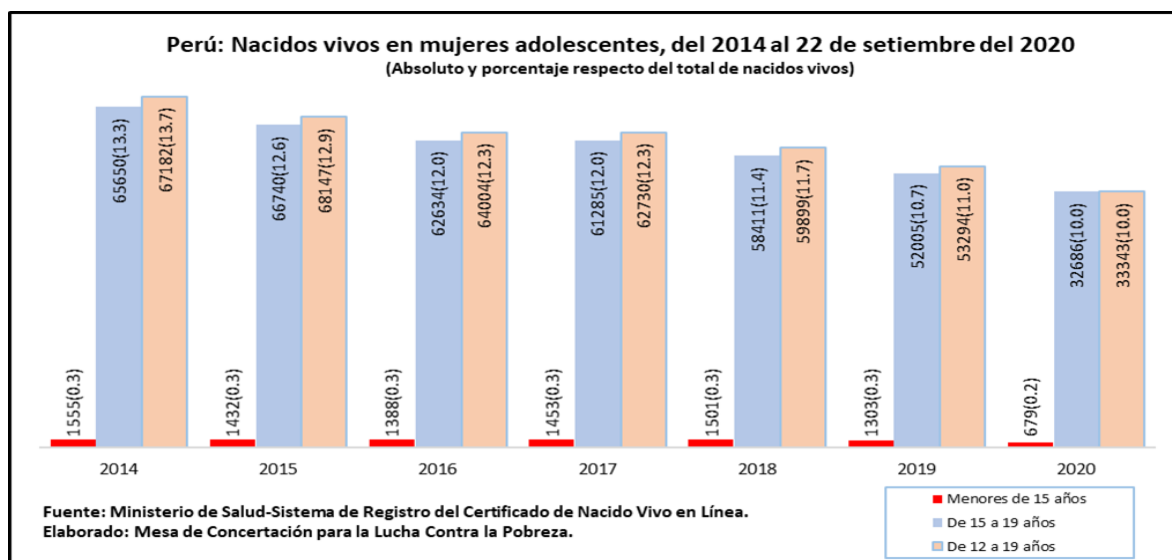
#### **b) SITUACIÓN DE LAS ADOLESCENTES MENORES DE 15 AÑOS DE EDAD:**

Un grupo altamente vulnerable y en riesgo en el país, son las adolescentes tempranas de 10 a 14 años de edad, sobre las cuales se tiene una aproximación en número absolutos a partir de los reportes del Ministerio de Salud a través del Registro de Certificado de Nacido Vivo en Línea-CNV. En el año 2018 se registraron **1,501 casos de recién nacidos** cuyas madres eran adolescentes mujeres menores de 15 años de edad y, en el año 2019, se han registrado **1,303 casos de recién nacidos** cuyas madres eran adolescentes menores de 15 años de edad. Este año 2020, en 7 meses y medio, ya se han registro **679 casos de recién nacidos** de madres adolescentes menores de 15 años de edad. Ver Gráfico 4.

---

<sup>2</sup> UNICEF: <https://www.unicef.org/peru/informes/adolescentes-derecho-al-aseguramiento-y-atencion-en-salud-sexual-reproductiva-y-mental>

**Gráfico 4.**



Esta es una realidad terrible para el país, los embarazos entre los 10 y 14 años de edad son una tragedia, pues son expresión de la violencia sistemática en la que muchas de las adolescentes tempranas son sometidas desde la niñez. A su vez, en Perú, en el Código Penal (Artículo 173), las relaciones sexuales con menores de 14 años de edad se tipifican como delito de violencia sexual y se encuentra sancionado.

*“Entre enero y agosto del año 2020, se han reportado 63 casos de violación sexual en niñas y niños de 0 a 5 años, 291 casos de violación sexual en niñas y niños de 6 a 11 años de edad y, 1332 casos de violación sexual en adolescentes de 12 a 17 años de edad, lo cual representa el 65.1% del total de casos de violación sexual reportados en todos los grupos de edad (Fuente: MIMP-Programa Nacional Aurora)”.*

A través del Registro de Certificado de Nacido Vivo en Línea-CNV del MINSA, se puede observar el reporte de recién nacidos de madres adolescentes menores de 15 años de edad y de madres adolescentes de 15 a 19 años de edad. Al respecto, alerta el número de recién nacidos de Niñas Madres de 10 años a menos de edad, 20 al cierre del mes de setiembre del año 2020, la cifra más alta reportada en los últimos 3 años. Ver Cuadro 5.

**Cuadro 5.**

Grupo etario de la madre	Año 2018	Año 2019	Año 2020
<b>0 a 10 años</b>	5	9	20 (9 en Lima)
<b>11 a 14 años</b>	1,412	1,294	690 (115 en Lima y 107 en Loreto)
<b>15 a 19 años</b>	56,219	52,005	33, 668 (7,217 en Lima y 2,273 en Loreto)
<b>Total</b>	57,636	53,308	34,378

Fuente: MINSA-CNV en Línea. Fecha de consulta: 30 de setiembre 2020. Elaboración: Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza.

Es importante mencionar, que todavía no tenemos un registro unificado y claro sobre el número de niñas entre 10 y 14 años de edad que son madres. Se tienen diferentes fuentes de información desde los datos administrativos del Estado Peruano que no coinciden. Ver Cuadro 6.

**Cuadro 6.**

Partos y Nacimientos de Madres Adolescentes (De 10 a 14 años de edad) (*). Cuadro Comparativo CNV, RENIEC Y SIS (Años 2015-2018)						
N°	Datos Administrativos	Año 2015	Año 2016	Año 2017	Año 2018	Total 2015-2018
1	CNV-MINSA (registro de nacimientos)	1,048	1,177	1,324	1,417	4,966
2	RENIEC (inscripción de nacimientos)	1,621	1,874	2,206	2,344	8,045
3	Seguro Integral de Salud-SIS (Partos) (1)	2,011	2,060	1,645	s.d.	5,716
	Brecha CNV/RENIEC	573	697	882	927	3,079
	Brecha SIS/RENIEC	390	186			

(\*) La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como el grupo de 10 a 19 años de edad (adolescencia temprana de 10 a 14 años y adolescencia tardía de 15 a 19 años).

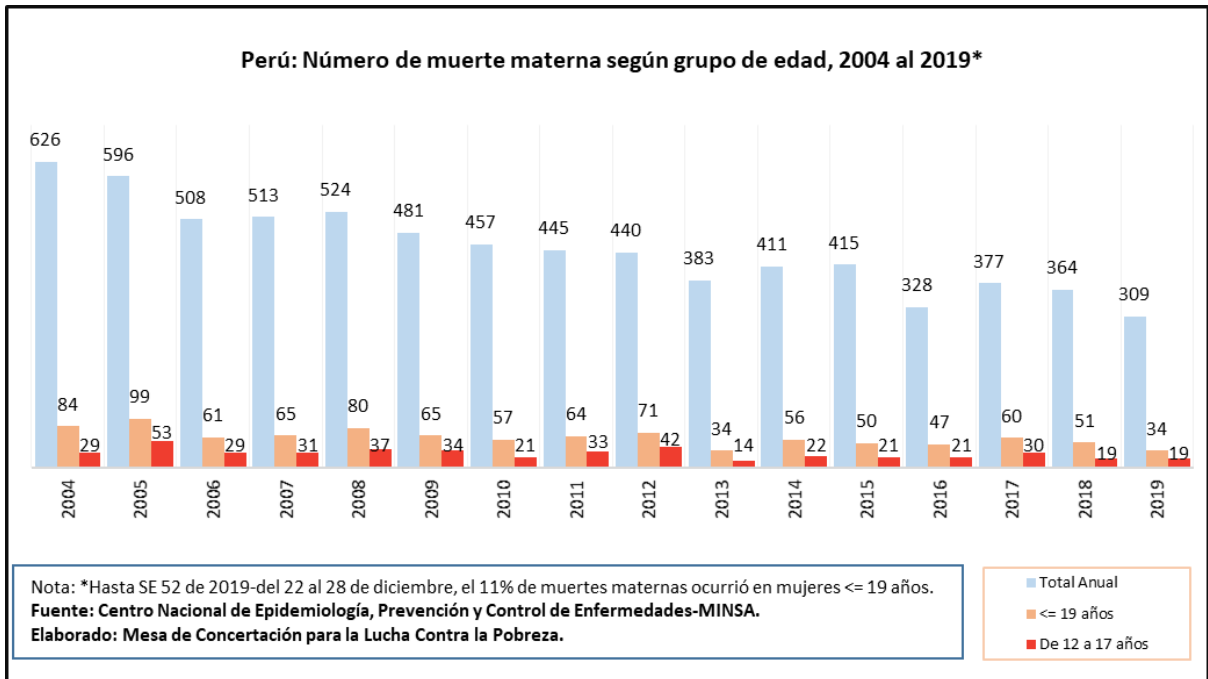
(1) Para el año 2017 se cuenta sólo con información del SIS de partos de adolescentes tempranas hasta el mes de setiembre. No se cuenta con información del año 2018

### c) MORTALIDAD MATERNA EN ADOLESCENTES:

Las adolescentes menores de 16 años de edad, presentan un mayor riesgo de muerte materna debido a su inmadurez biológica (la capacidad reproductiva alcanza su plenitud a los 18 años de edad). Por otro lado, cuando los embarazos no fueron deseados o fueron a consecuencia de la violencia sexual, se incrementa el riesgo de muerte materna en adolescentes pues muchas optan por abortos en condiciones inseguras y en algunos casos toman la decisión extrema de acabar con sus vidas (suicidio).

Las cifras del MINSA dan cuenta que las muertes maternas en adolescentes se siguen produciendo año a año. El porcentaje promedio de muerte materna en adolescentes es de 14%. En el año 2019, el porcentaje fue menor 11%. Las principales causas de muerte materna en adolescentes, son los trastornos hipertensivos (14.3%), hemorragia (12.5%) y suicidio (10.7%). Esta última causa es la más alta en relación a los otros grupos de edad. Ver Gráfico 5 e imágenes 1 y 2.

**Gráfico 5.**



**Imagen 1.**

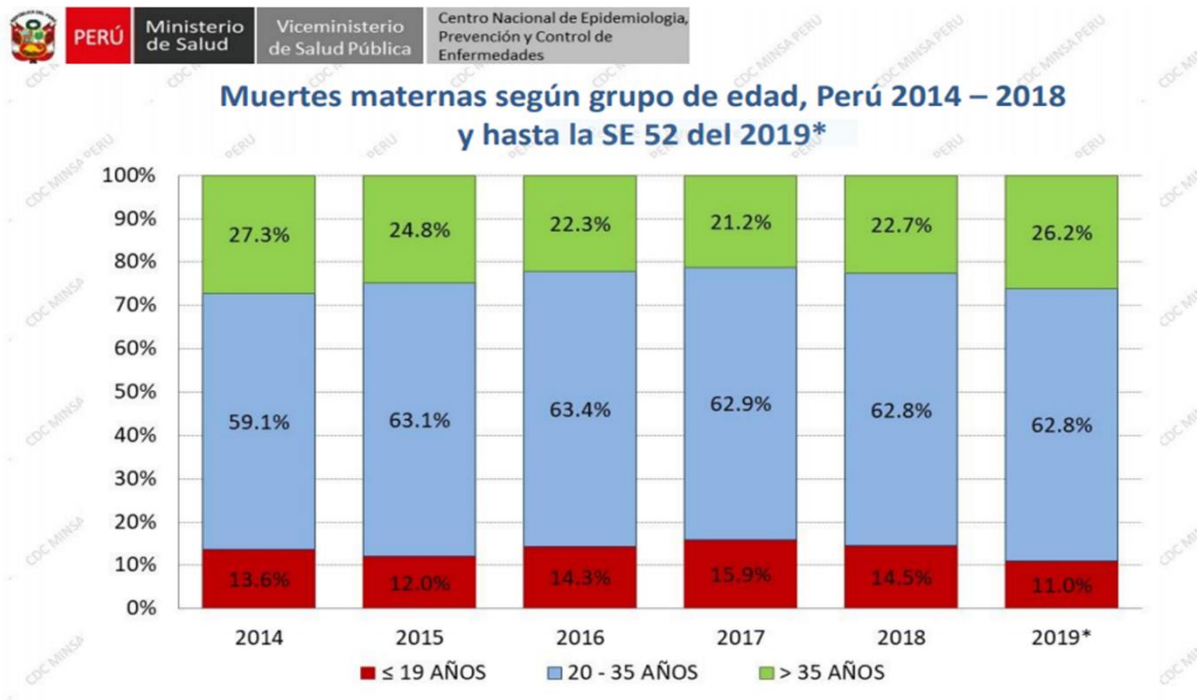
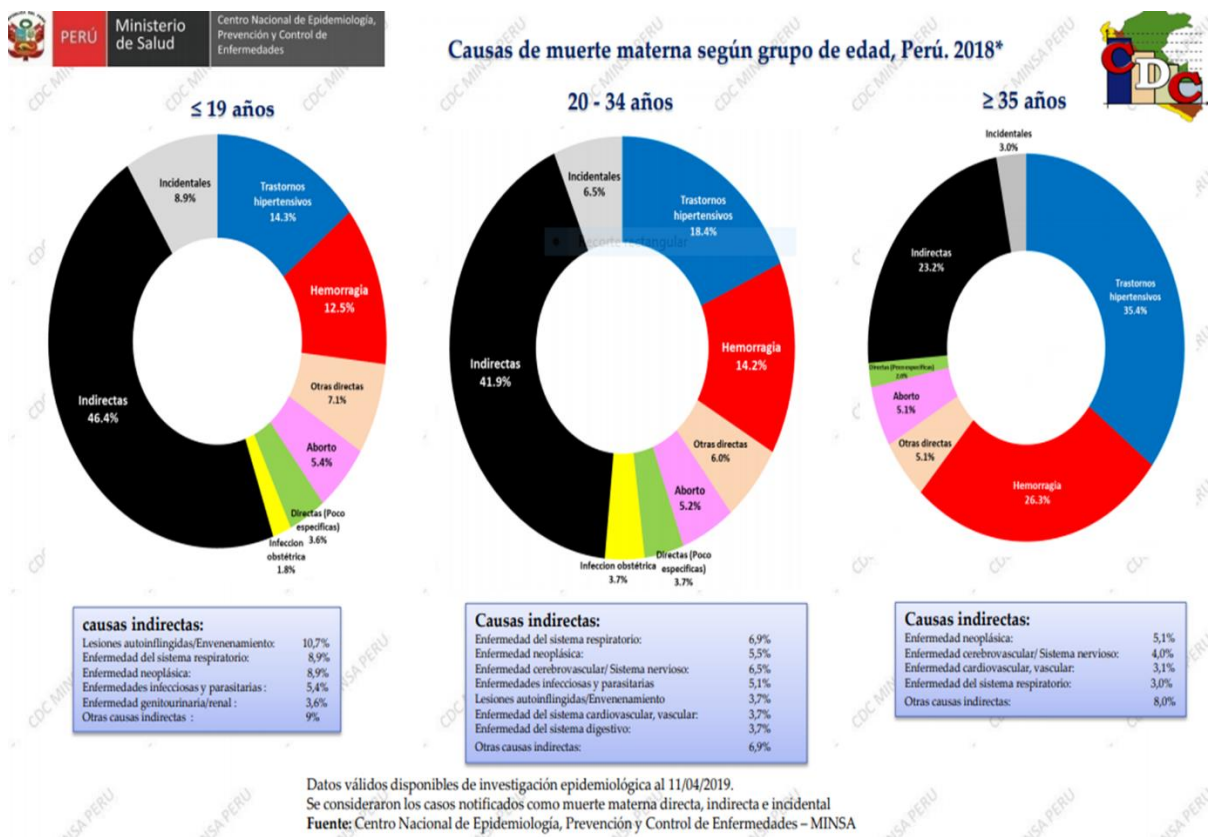


Imagen 2.



d) INVERSIÓN EN LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES SÓLO REPRESENTA EL 1.55% DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL SALUD MATERNO NEONATAL.

Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal. Presupuesto Asignado 2012-2020 (PIM) *								
Año 2012	Año 2013	Año 2014	Año 2015	Año 2016	Año 2017	Año 2018	Año 2019	Año 2020
1,187,551,221	1,317,099,727	1,435,053,584	1,813,830,748	1,939,078,649	1,711,876,065	1,888,150,029	1,957,799,322	1,786,631,552
Producto: Adolescentes acceden a servicios de salud para prevención del embarazo								
Año 2012	Año 2013	Año 2014	Año 2015	Año 2016	Año 2017	Año 2018	Año 2019	Año 2020
10,398,993	12,125,593	10,009,019	10,143,286	17,042,500	19,795,756	25,741,578	32,981,981	27,671,177
(0.88%)	(0.92%)	(0.70%)	(0.56%)	(0.88%)	(1.16%)	(1.36%)	(1.68%)	(1.55%)

(\*) Sólo incluye actividades dentro del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal. FUENTE: MEF-Consulta Amigable. Elaboración: Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza-MCLCP.



**¿Cuánto se invierte en las regiones para la prevención del embarazo en adolescentes?** Un hecho de preocupación es que no necesariamente las regiones con mayor porcentaje de embarazo en adolescentes son las que más invierten en este tema (Loreto, con 32% de embarazo en adolescentes sólo invierte S/.244, 141 soles, y Amazonas, con 21.2% de embarazo en adolescentes sólo invierte S/. 48,107 soles). Asimismo, existen regiones con muy baja inversión (Moquegua y Tumbes). Ver Cuadro 7.

**Año de Ejecución: 2020. Sólo incluye Actividades**

<b>Categoría Presupuestal 0002: SALUD MATERNO NEONATAL</b>	1,788,752,570	1,343,781,825	75.1	
<b>Producto/Proyecto 3000005: ADOLESCENTES ACCEDEN A SERVICIOS DE SALUD PARA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO</b>	<b>27,671,561</b>	<b>21,405,080</b>	<b>77.4</b>	
<b>Departamento (Meta)</b>	<b>PIM 2020</b>	<b>Ejecución 2020</b>	<b>Avance (%), al 26 Set.2020</b>	<b>% Adolescentes (15-19 AÑOS) madres o embarazadas (INEI-ENDES, 2017-2018)</b>
16: LORETO	281,972	244,141	86.6	<b>32.0</b>
22: SAN MARTIN	2,096,892	1,430,719	68.2	<b>23.0</b>
01: AMAZONAS	65,109	48,107	73.9	<b>21.2</b>
25: UCAYALI	339,668	305,592	90.0	<b>20.2</b>
06: CAJAMARCA	708,698	586,881	82.8	<b>19.9</b>
10: HUANUCO	338,147	181,030	53.5	<b>18.4</b>
24: TUMBES	5,200	5,200	100.0	<b>17.1</b>
17: MADRE DE DIOS	45,875	12,865	28.0	<b>16.3</b>
05: AYACUCHO	1,191,130	938,487	78.8	<b>15.2</b>
13: LA LIBERTAD	4,246,726	3,146,190	74.1	<b>14.6</b>
20: PIURA	1,320,165	1,188,236	90.0	<b>14.1</b>
09: HUANCVELICA	895,217	690,444	77.1	<b>14.0</b>
12: JUNIN	755,865	511,550	67.7	<b>13.0</b>
03: APURIMAC	2,123,693	1,787,889	84.2	12.7
11: ICA	1,308,951	960,583	73.4	12.4
19: PASCO	459,967	314,615	68.4	11.8
02: ANCASH	726,763	622,494	85.7	11.1
15: LIMA	5,856,411	4,478,193	76.5	9.4
14: LAMBAYEQUE	1,145,177	1,024,853	89.5	9.3
08: CUSCO	889,613	692,677	77.9	9.2
18: MOQUEGUA	1,979	1,978	100.0	9.2
21: PUNO	1,698,806	1,330,980	78.3	8.9
07: CALLAO	696,983	551,756	79.2	7.6
23: TACNA	19,009	18,235	95.9	7.6
04: AREQUIPA	453,545	331,387	73.1	6.9

Fuente: MEF-Consulta Amigable. Fecha: al 26 de Setiembre 2020/INEI-ENDES 2019. Elaboración: Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza-MCLCP

### **Aspectos que alertan en relación a los embarazos en la adolescencia<sup>3</sup>:**

- La resistencia a la baja del embarazo en adolescentes de entre 15 y 19 años. Desde la perspectiva demográfica, la Tasa Específica de Fecundidad de 15 a 19 sigue disminuyendo. Pero, según ENDES, «embarazo adolescente» (15 a 19) estaría estancado (hasta el 2018).
- Entre el periodo 1991/92 y 2019, se observa un descenso de edad de la primera unión, aumento de 50-60% de primera relación sexual antes de los 15 años de edad, el uso de métodos anticonceptivos modernos en mujeres unidas se mantiene casi igual.
- La tendencia creciente de embarazos en adolescentes tempranas menores de 15 años, y su posible relación con violencia sexual. Creciente visibilidad a partir de registros administrativos del Estado.
- El mayor riesgo de muerte materna en las adolescentes. Un aspecto de preocupación creciente son las muertes maternas en adolescentes por suicidio.
- La mayor vulnerabilidad de adolescentes rurales, indígenas, y afrodescendientes, en situación de pobreza y con baja escolaridad.
- Las barreras aún existentes para el acceso a la información/orientación y métodos anticonceptivos modernos en el grupo de adolescentes. Esto último se ha acrecentado con la pandemia por la Coronavirus/Covid-19.
- Los problemas de continuidad de la educación en adolescentes embarazadas o madres y la aún débil implementación de la educación sexual integral en las escuelas. Unido a ello están las barreras en el contexto administrativo de las IIEE y las barreras sociales, que impiden que la adolescente embarazada continúe su educación, pues consideran que son un “mal ejemplo” para los otros escolares. Asimismo, porque existe pocos docentes capacitados para implementar la educación sexual integral en las escuelas y se han tenido factores externos de índole político-religioso que han impedido su implementación efectiva.
- La insuficiente inversión pública en la prevención del embarazo en adolescentes, a pesar de ser una prioridad en las políticas públicas a través de los planes nacionales (PNAIA 2012-2021 y Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013-2021).

## **II. SITUACIÓN DE LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL ACTUAL CONTEXTO DE EMERGENCIA DE CORONAVIRUS/COVID-19:**

### **a) IMPACTO DEL COVID-19 EN EL ACCESO A LA SALUD:**

En esta sección revisaremos, en primer lugar, la situación del acceso y cobertura de los servicios de salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes a partir de la información proporcionada por la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del MINSA. En segundo lugar, revisaremos la situación del acceso y cobertura de la atención integral en salud de las y los adolescentes a partir de la información proporcionada por la Etapa de Vida Adolescente y Joven de la Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral

---

<sup>3</sup> Se toma algunos aspectos mencionados del análisis compartido por el Dr. Walter Mendoza (UNFPA) en reunión virtual de la MCLCP del 11 de agosto del 2020.

del MINSA; y, en tercer lugar, revisaremos la situación de la salud mental de las y los adolescentes a partir de la información de la Dirección de Salud Mental del MINSA. Todo enmarcado en el actual contexto de emergencia por pandemia de Covid-19.

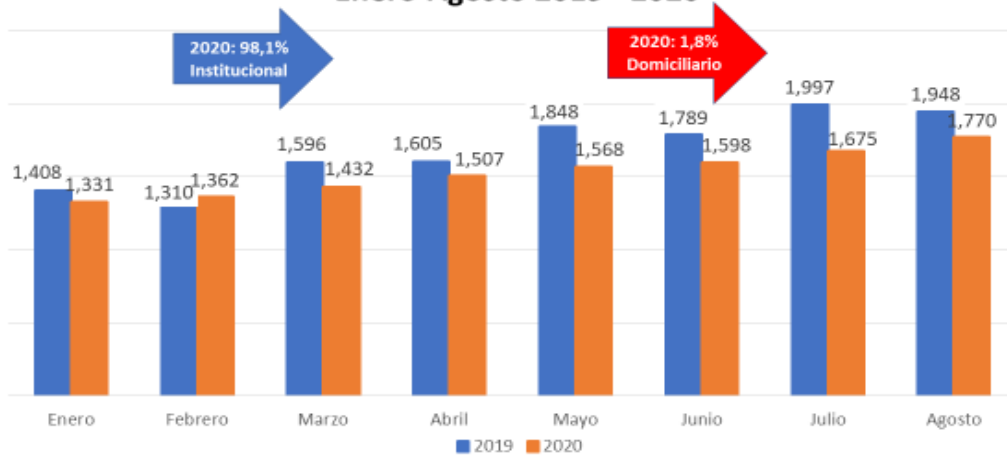
#### **a.1. EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS Y LAS ADOLESCENTES:**

- En el año 2020, con la emergencia por pandemia de covid-19 se ha tenido un descenso en el acceso al derecho a la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes, producto de la concentración de las actividades de salud en la atención de esta emergencia, el cierre del primer nivel de atención, la disminución de recursos humanos en los establecimientos de salud (-40% aproximadamente), y porque la atención de la población adolescente no ha sido una prioridad durante la emergencia.
- No obstante, hay prestaciones de servicios que han tenido un mayor avance a pesar de la emergencia por la pandemia de covid-19, como la atención de partos en menores de 18 años de edad (1,770 atenciones en el mes de agosto del 2020, con una brecha de 178 atenciones en relación al mes de agosto del año 2019) y la atención prenatal en menores de 18 años de edad (entre los meses de enero y agosto del 2020 se han atendido 19,548 adolescentes embarazadas, brecha 26.1% en relación a las atenciones brindadas entre los meses de enero y agosto del 2019).
- Donde se ha observado una disminución considerable es el acceso a información/consejería en salud sexual y reproductiva (en el mes de agosto del 2020, 25, 111 adolescentes recibieron información y consejería en SSYR, mientras en febrero del 2020, antes de la emergencia por covid, 44,128 adolescentes recibieron información y consejería en SSYR. La mayor caída se observa en el mes de abril) y en acceso a métodos anticonceptivos modernos (en el mes de agosto del año 2020, 2,220 parejas de adolescentes de 12 a 17 años de edad han sido protegidas con métodos anticonceptivos modernos, mientras en febrero del 2020, antes de la emergencia por covid, fueron protegidas 3,283 parejas de adolescentes con métodos anticonceptivos modernos, esta cifra igual está lejos de lo reportado en enero del año 2020. La mayor caída registrada es el mes de abril del 2020).
- En relación a las atenciones diarias remotas en planificación familiar en adolescentes de 15 a 19 años en el contexto actual de emergencia por covid-19 (brindadas a través de telemedicina, servicio de salud a distancia que utiliza las tecnologías de la información y de la comunicación para realizar una atención médica virtual), la cobertura aún es baja (en promedio 67 atenciones diarias). Esto supone la urgencia de fortalecer y ampliar estas atenciones en un contexto en que esta será una actividad central.

**Ver Imágenes 3, 4, 5, 6 y 7.**

Imagen 3:

### Número de partos en Adolescentes menores de 18 años Enero-Agosto 2019 - 2020

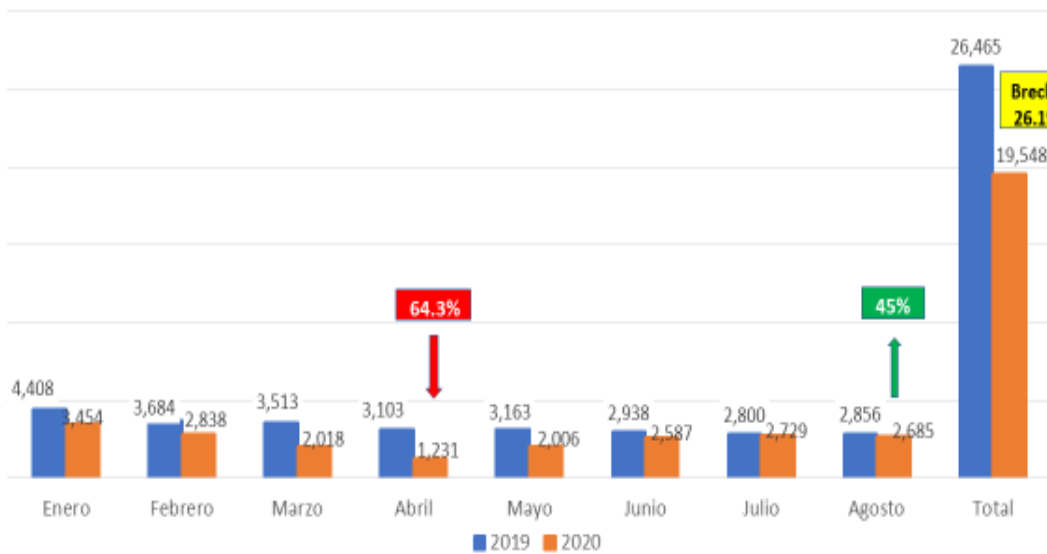


Fuente: CNV 20120

Fuente: Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud

Imagen 4:

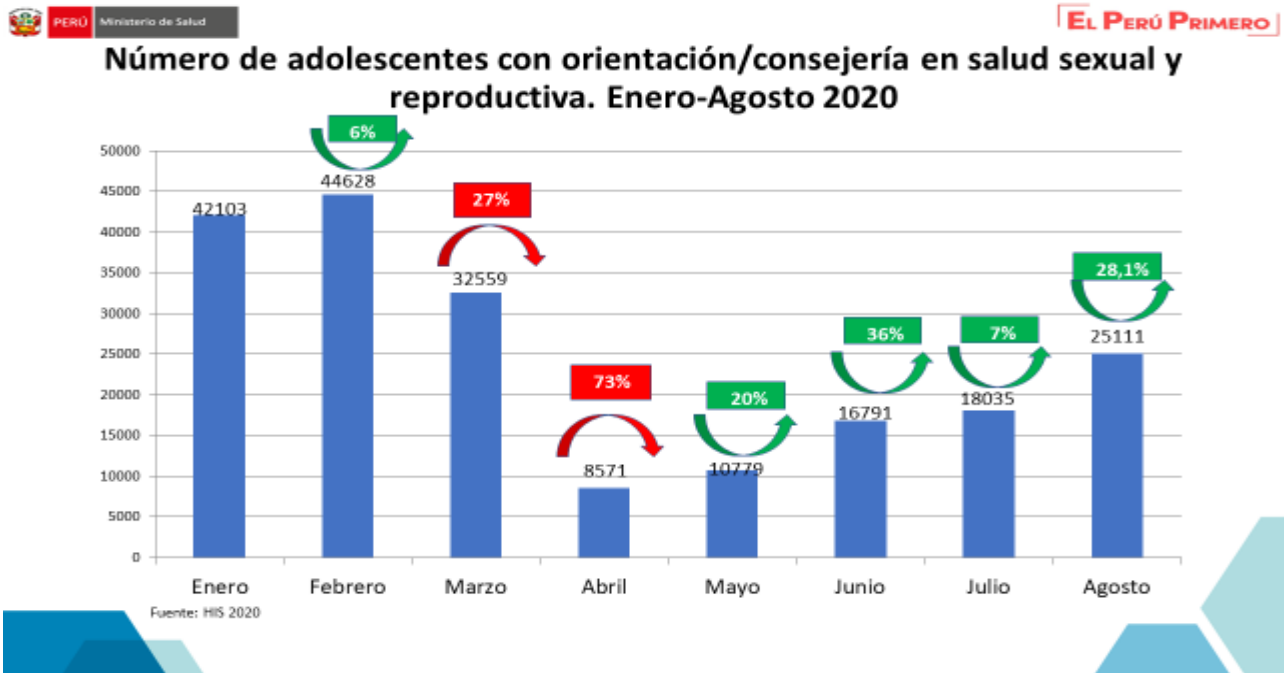
### Número de Gestantes Adolescentes menores de 18 años atendidas Enero-Agosto 2019 - 2020



Fuente: HIS MINSA

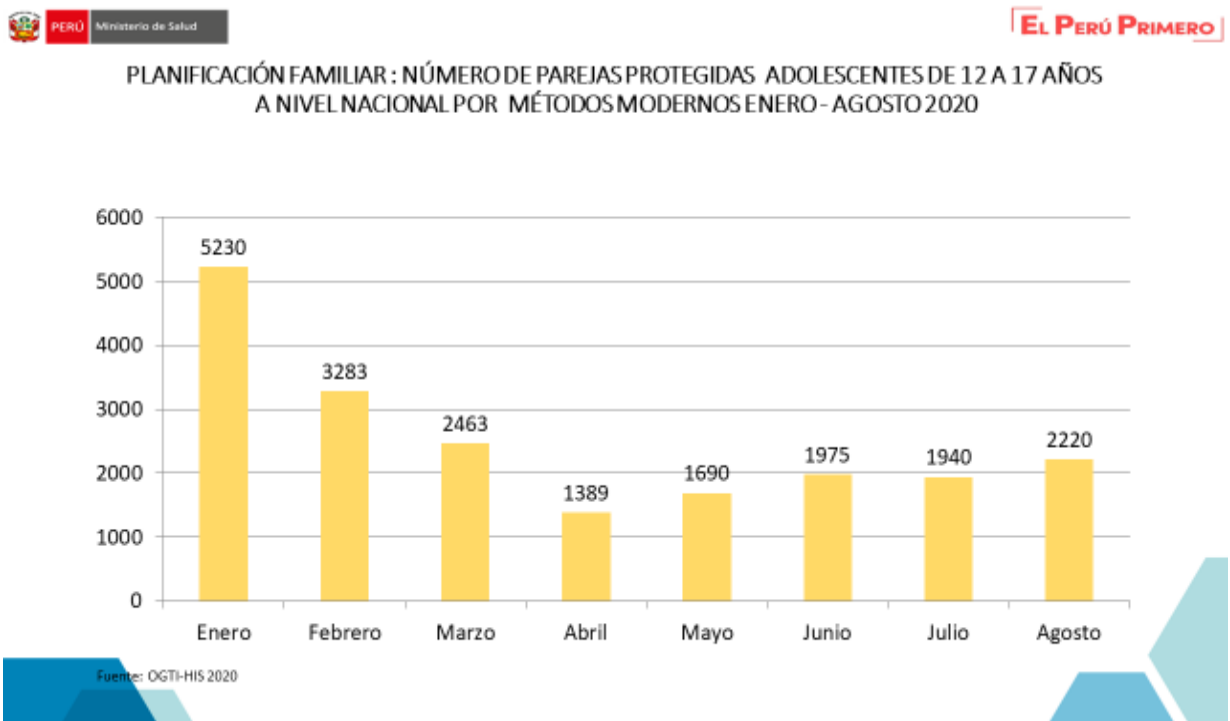
Fuente: Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud

Imagen 5:



Fuente: Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud

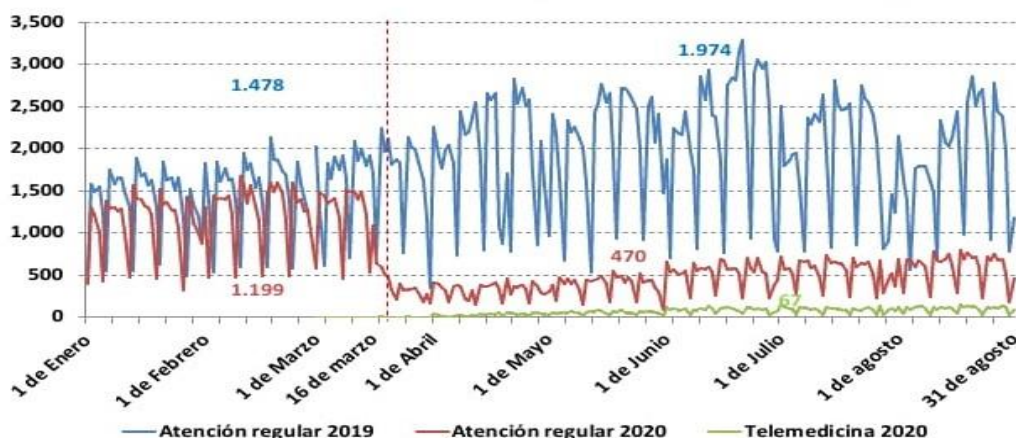
Imagen 6:



Fuente: Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud.

Imagen 7:

## Atenciones diarias en PF adolescentes de 15 a 19, enero-agosto 2019 y 2020



Fuente: Elaborado por UNFPA Perú, a partir de registros administrativos del MINSA.

Una situación que alerta es el incremento de muertes maternas observado este año (48 muertes maternas más). Esto también se está observando en el grupo de adolescentes de 19 a menos años de edad. Ver imágenes 8 y 9.



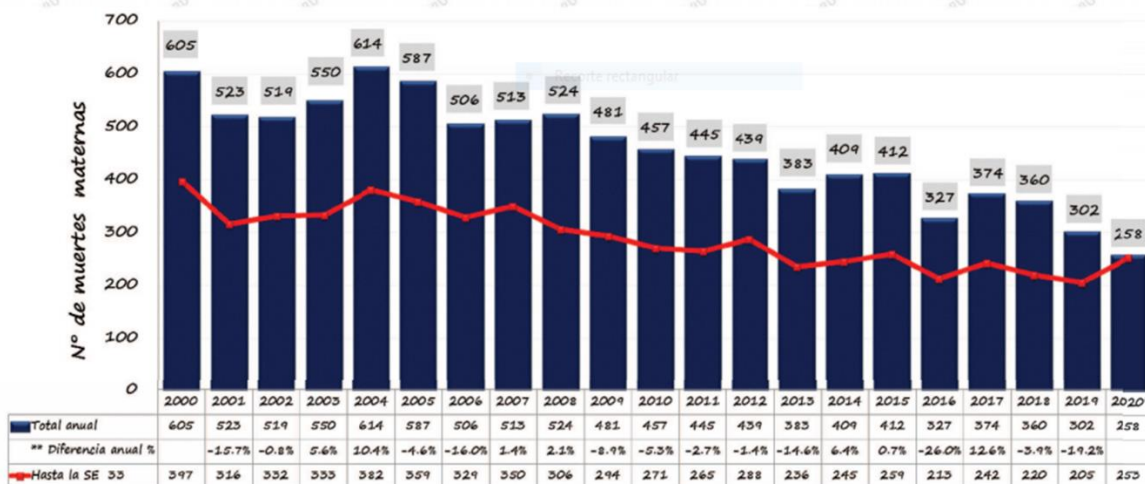
PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Salud Pública

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

### Número de muertes maternas anual y hasta la SE 33, 2000 - 2020\*



\*2020: Hasta la SE 33 (Al 16 de Agosto 2020) /\*\* Diferencia porcentual con respecto al año anterior. 2019: Datos corresponden al cierre preliminar del año 2019.

\*\*\* Se consideraron las muertes maternas de clasificación preliminar directa e indirecta ocurridas hasta los 42 días de culminada la gestación.

(\*) No incluye muertes maternas tardías

En relación a las muertes maternas en adolescentes de 19 a menos años de edad, ya se está observando un incremento en relación al año 2019. El mayor porcentaje de muerte materna en adolescentes está en las menores de 18 años de edad. En relación a las causas de muerte materna en adolescentes, alerta el incremento de muertes maternas por suicidio en el año 2020 y las muertes maternas por Covid-19. Ver imágenes 9 y 10.

Imagen 9.

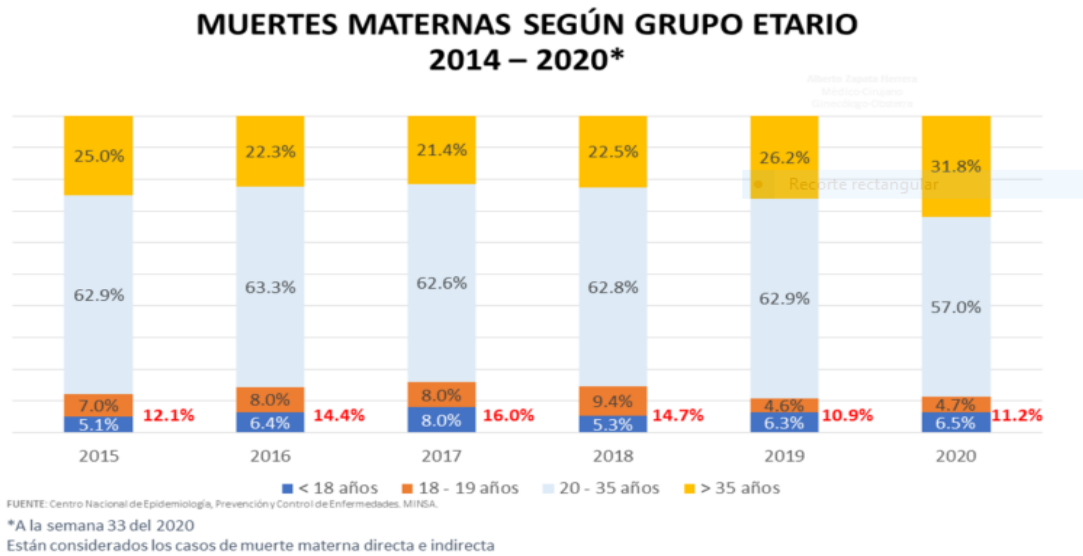
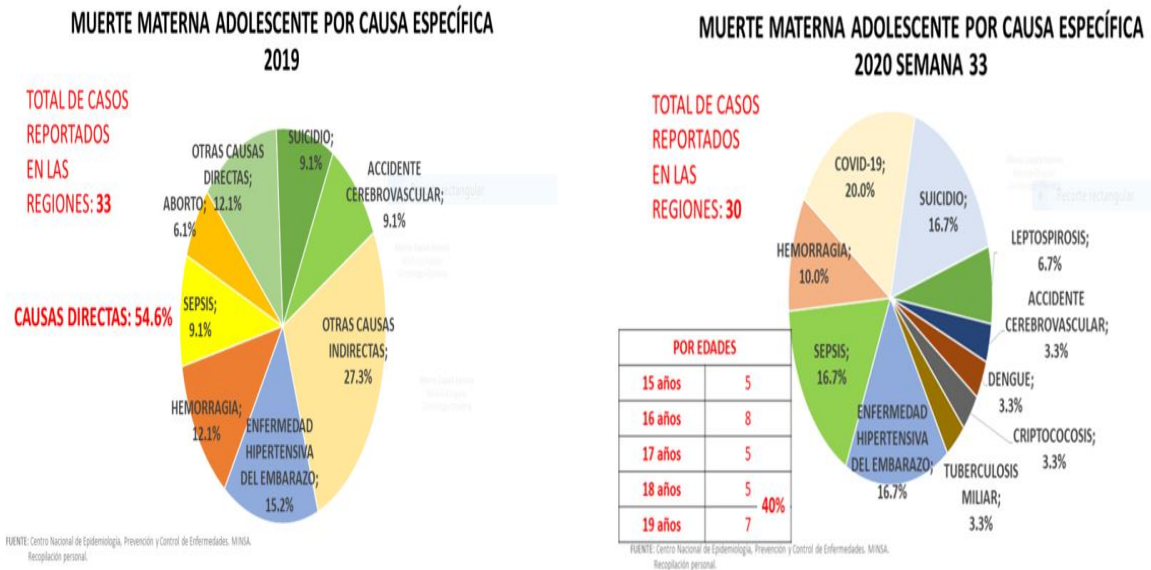


Imagen 10.



Fuente: Extraído de la exposición del Dr. Alberto Zapata, ex Director Ejecutivo DSARE MINSA, sobre la Mortalidad Materna Adolescentes, realizada en la 8va Conferencia del Capítulo de Pediatría Social de la Sociedad Peruana de Pediatría (Fecha: 25 de septiembre del 2020).

## **a.2. EN LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD ADOLESCENTE A TRAVÉS DE LA ETAPA DE VIDA ADOLESCENTE Y JOVEN- DE LA DIRECCIÓN DE INTERVENCIONES POR CURSO DE VIDA Y CUIDADO INTEGRAL DEL MINISTERIO DE SALUD:**

- La Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral del Ministerio de Salud, a través de la Etapa de Vida Adolescente y Joven del MINSA, es el área encargada del diseño, monitoreo y evaluación de las políticas sanitarias a favor de la salud y desarrollo integral de adolescentes y jóvenes. Las políticas sanitarias a favor de las y los adolescentes tienen 5 lineamientos: en el primero, sigue el avance del aseguramiento de las y los adolescentes y el acceso a una atención integral y diferenciada en los servicios de salud, con énfasis en salud mental (en coordinación con la Dirección de Salud Mental del Minsa), salud sexual y reproductiva (en coordinación con la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del Minsa), y salud física y nutricional. El segundo, está relacionado a la promoción de entornos saludables; el tercero, está relacionado a la promoción de estilos de vida saludables, prevención y cuidado de la salud de las y las adolescentes; y el cuarto relacionado al desarrollo de capacidades para el empoderamiento de las y los adolescentes.
- Desde esta Dirección, la norma más recientemente aprobada es la Norma Técnica para la Atención Integral de Adolescentes (**Resolución Ministerial N° 1001-2019-MINSA**), la cual ha significado un avance, no obstante, requiere fortalecerse su difusión para su implementación. Incluye el acceso universal a la salud de las y los adolescentes (sin condicionarse al SIS) y la atención las 24 horas del día. La atención integral de salud para adolescentes incluye los servicios de salud sexual y reproductiva, salud física y nutricional y salud mental. Asimismo, la atención integral de salud de las y los adolescentes se realiza a través de servicios diferenciados intramurales en los establecimientos de salud y servicios extramurales.
- En el actual contexto de emergencia por Covid-19, lamentablemente también se observa una caída en las coberturas de atención integral en salud para adolescentes en el primer semestre del año 2020 (-67% de la cobertura alcanzada para ese mismo periodo en el año 2019). 4 regiones del país tienen caídas de cobertura por encima del 89% (Tumbes, Madre de Dios, Lambayeque y Huancavelica). Un aspecto, preocupante son las bajas coberturas que tienen desde el año 2019 algunas regiones y en donde es evidente que no estamos llegando suficientemente a atender las necesidades de salud de las y los adolescentes. Ver Imagen 11.

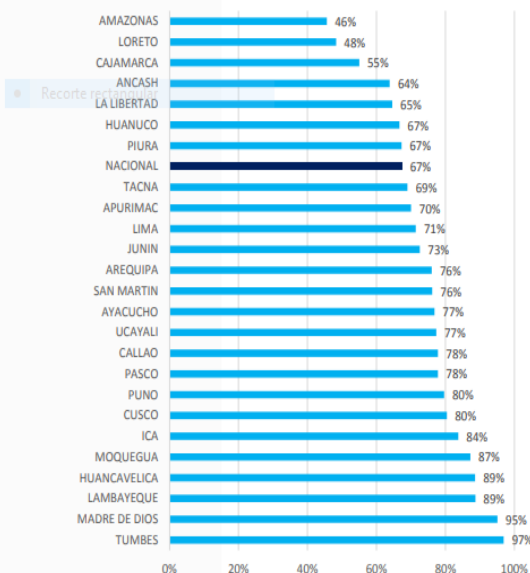


Imagen 11.

### CAIDA PORCENTUAL DEL PAQUETE DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD ADOLESCENTE EN EL PERÚ I SEMESTRE 2019 -2020



DEPARTAMENTO	I SEMESTRE		%
	AÑO 2019	AÑO 2020	
TUMBES	129	4	-97%
MADRE DE DIOS	102	5	-95%
LAMBAYEQUE	1722	195	-89%
HUANCAVELICA	1476	168	-89%
MOQUEGUA	752	96	-87%
ICA	719	117	-84%
CUSCO	3182	623	-80%
PUNO	6852	1395	-80%
PASCO	1498	332	-78%
CALLAO	2199	488	-78%
UCAYALI	596	135	-77%
AYACUCHO	6638	1537	-77%
SAN MARTIN	193	46	-76%
AREQUIPA	2348	563	-76%
JUNIN	6955	1908	-73%
LIMA	16445	4702	-71%
APURIMAC	2934	879	-70%
TACNA	1267	399	-69%
TOTAL	110195	35980	-67%
PIURA	6635	2171	-67%
HUANUCO	10126	3374	-67%
LA LIBERTAD	16734	5927	-65%
ANCASH	8173	2955	-64%
CAJAMARCA	15265	6868	-55%
LORETO	1050	543	-48%
AMAZONAS	1011	550	-46%



FUENTE: RECOJO EVAJ-OGTI MINSA 13/07/2020

Fuente: Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral del Ministerio de Salud, a través de la Etapa de Vida Adolescente y Joven.

#### Medidas desde el Ministerio de Salud en el contexto de covid-19:

- Se tiene 2 documentos normativos la 094 (para garantizar la continuidad de la atención en SSYR) y 097 (atención de las gestantes y recién nacidos) que asegura la atención en el marco del COVID.
- En la norma 094 se incluye: administración de métodos anticonceptivos a mujeres de toda edad en los servicios de emergencias de los establecimientos de salud, incluyendo la AOE y los kits de violencia para la atención de la violencia sexual. La tele orientación y tele consulta, además de visitas domiciliarias.
- Recientemente, en el mes de agosto se aprobó la norma 164 referido al Cuidado Integral de la Mujer y Grupo Familiar afectado por la violencia sexual.
- En el caso de la atención integral de adolescentes, se tiene vigente la Norma Técnica para la Atención Integral de Adolescentes aprobada en el año 2019, que incluye el acceso universal a la salud de las y los adolescentes (sin condicionarse al SIS) y la atención las 24 horas del día.
- Desde el modelo de atención integral de la salud del adolescente y los lineamientos de los planes nacionales, se está trabajando por un mayor acceso al aseguramiento para las y los adolescentes, también en los entornos saludables y en alianza con los diferentes sectores y los gobiernos regionales y locales y desarrollando capacidades y empoderamiento de las y los adolescentes.

- Está pendiente de aprobación la Directiva Sanitaria para el Cuidado Integral del Adolescente y la continuidad de su atención en salud en el contexto de Covid-19. Esta directiva incluye la continuidad del trabajo, provisión de servicios para el cuidado integral, se tiene 3 componentes: modalidad a distancia (telesalud) u oferta móvil (3 sesiones a más, detección de casos de violencia, salud mental, consejería en salud sexual y reproductiva, nutrición y el cuidado integral frente al covid), modalidad presencial en EESS que incluye vacunación, suplementación de hierro, anticonceptivos, detección de VIH/SIDA, provisión de kits de violencia (oferta fija), y oferta móvil y fija para el cuidado de la salud integral del adolescente para población en zonas dispersas y sin internet. También se incluye prestaciones colectivas en familia, comunidad y organizaciones juveniles con modalidad a distancia-telesalud.

#### **Algunas reflexiones a partir de la presentación de Walter Mendoza, UNFPA<sup>4</sup>:**

- La necesidad de considerar las dinámicas socio-demográficas en las intervenciones para reducir el embarazo en adolescentes (por el ejemplo el impacto de la población joven venezolana).
- La reducción de sesiones de consejería en planificación familiar derivaría en menor uso de métodos anticonceptivos, embarazos no planificados, abortos y muerte materna.
- El rol de los embarazos no planificados y su relación con los abortos debería ser visibilizados.
- El impacto de la violencia sexual y su relación con los suicidios también debería ser visibilizado.
- Los efectos de posibles cambios en la oferta y mezcla anticonceptiva, incluyendo el rol que jugarán las farmacias en un entorno más empobrecido, deben ser considerados en la programación de la adquisición y oferta de insumos.
- La necesidad de contar con variables de etnicidad en los registros administrativos del MINSA.
- A partir de la información analizada en relación al acceso y las coberturas de los servicios de salud en adolescentes, se proyecta un incremento del embarazo en adolescentes en el país, con un mayor impacto en poblaciones en situación de pobreza, vulnerabilidad y exclusión.

#### **a.3. SALUD MENTAL, UN PROBLEMA DE SALUD DE PREOCUPACIÓN CRECIENTE EN EL GRUPO ADOLESCENTE Y JOVEN:**

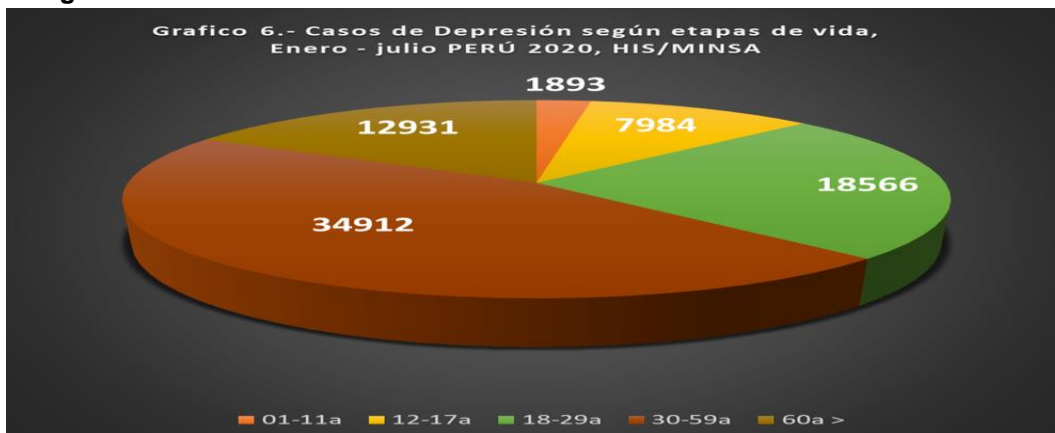
- Según la información de la OMS, en el año 2016 han muerto más de 3 mil adolescentes al día por causas prevenibles en el mundo. Los accidentes de tráfico, el suicidio, violencia interpersonal, VIH, son las principales causas de mortalidad. La mitad de los trastornos mentales en adultos se manifiestan a los 14 años de edad, la mayoría de estos casos no se detectan tempranamente.

---

<sup>4</sup> Se toma algunos aspectos mencionados del análisis compartido por el Dr. Walter Mendoza (UNFPA) en reunión virtual de la MCLCP del 11 de agosto del 2020.

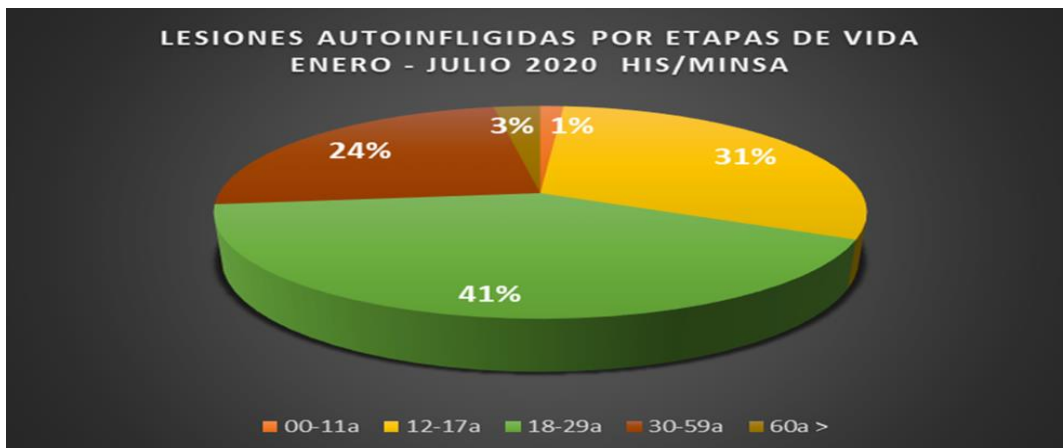
- Entre las mujeres jóvenes el suicidio ha pasado a ser la causa principal de muerte, superando la mortalidad materna
  - En el año 2017, el grupo etario que presento el mayor número de casos de lesiones autoinflingidas fue el de los adolescentes de 12 a 17 con 829 casos (34%), seguido del grupo de jóvenes de 18 a 29 años con 818 casos (33%).
  - Entre enero y julio del 2020, se observó que la etapa de vida adulto es la que presentó mayor número de casos de depresión, con un 45.8%, seguida de la etapa de vida joven con un 24.3% y la etapa de vida adulta mayor con un 17%, la etapa de vida adolescente con el 10.5% casos y la etapa de vida niño con 2.5% del total. En cuanto a lesiones autoinflingidas, se observó que la etapa de vida joven fue la que presento mayor número de casos, con un 41%, seguida de la etapa de vida adolescente con un 31%.
- Ver imágenes 12 y 13.

**Imagen 12.**



Fuente: Ministerio de Salud.

**Imagen 13.**



Fuente: Ministerio de Salud.

### **Medidas desde el Ministerio de Salud en Salud Mental:**

- En el mes de junio del 2020, se aprobó el Plan de Salud Mental en el contexto de covid-19, 2020-2021 (Resolución Ministerial 363-2020-MINSA). Su objetivo general es reducir el impacto de la pandemia del COVID-19 en la salud mental de la población, fortaleciendo sus recursos individuales y comunitarios de afrontamiento y atendiendo a las personas con problemas mentales en el contexto de la crisis económica y social derivada de ella.
- Actualmente, se tiene 155 centros de salud mental comunitario<sup>5</sup>, 255 EESS de primer nivel de atención con psicólogos, 28 Unidades de hospitalización en salud mental y adicciones, y 35 Módulos de atención al maltrato infantil y del adolescente en salud (MAMIS).

### **b) IMPACTO DEL COVID EN EL ACCESO A EDUCACIÓN Y EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL EN ADOLESCENTES:**

- En el Perú, existen 109,741 estudiantes de quinto de secundaria matriculados este año en escuelas privadas, y 364,976 estudiantes de quinto de secundaria matriculados este año en escuelas públicas (fuente: MINEDU).
- Este en el contexto de emergencia se implementó en el país, por primera vez, el “Aprendo en Casa” medida implementada por el Ministerio de Educación para que los estudiantes de todos los niveles de educación pudieran acceder de manera virtual a la educación (tv, radio y web) y no perder el año, ante la suspensión de la educación presencial y el cierre de escuelas.
- Los principales problemas presentados son: incremento de brechas de aprendizajes, bienestar emocional afectado (estrés, ansiedad y depresión), necesidad de trabajar y abandono de la escuela frente al impacto económico en sus familias, y problemas de acceso a la educación en especial en zonas rurales y dispersas y en familias en situación de pobreza.
- En este contexto de emergencia, ya se han retirado 2,855 estudiantes de un total de 477,572 estudiantes matriculados en 5to de secundaria (fuente: MINEDU). Un impacto importante del Covid, va ser el aumento de la brecha educativa a pesar de los esfuerzos del MINEDU.
- Bajo esta situación, las y los adolescentes son afectados en un contexto en el que también están construyendo su proyecto de vida y sin duda también tendrá un impacto en el embarazo en adolescentes, ya que la educación es un factor protector y también de prevención.

A partir del estudio de Grade sobre factores predictores de la deserción escolar de los jóvenes (Análisis y propuestas, julio 2020), se menciona lo siguiente:

- Mientras más temprano se ha producido el abandono escolar, mayor efecto se observa en las habilidades a los 19 años.

---

<sup>5</sup> <http://www.minsa.gob.pe/salud-mental/>

- Las principales razones para abandonar la escuela que mencionaron los jóvenes fueron la necesidad de trabajar para obtener una remuneración y la falta de interés en los estudios. Esto se observa principalmente a partir de los 15 años.
- La lengua materna indígena, el bajo rendimiento y el haber repetido de grado incrementan el riesgo de desertar del sistema educativo.
- Que el niño o niña tenga mayores aspiraciones educativas a los 12 años reduce su riesgo de desertar de la escuela.

**La importancia de la educación sexual integral para prevenir el embarazo, la maternidad y la paternidad en la adolescencia y eliminar la violencia hacia las mujeres y las niñas. Un objetivo a lograr en el marco del plan multisectorial de prevención del embarazo en adolescentes:**

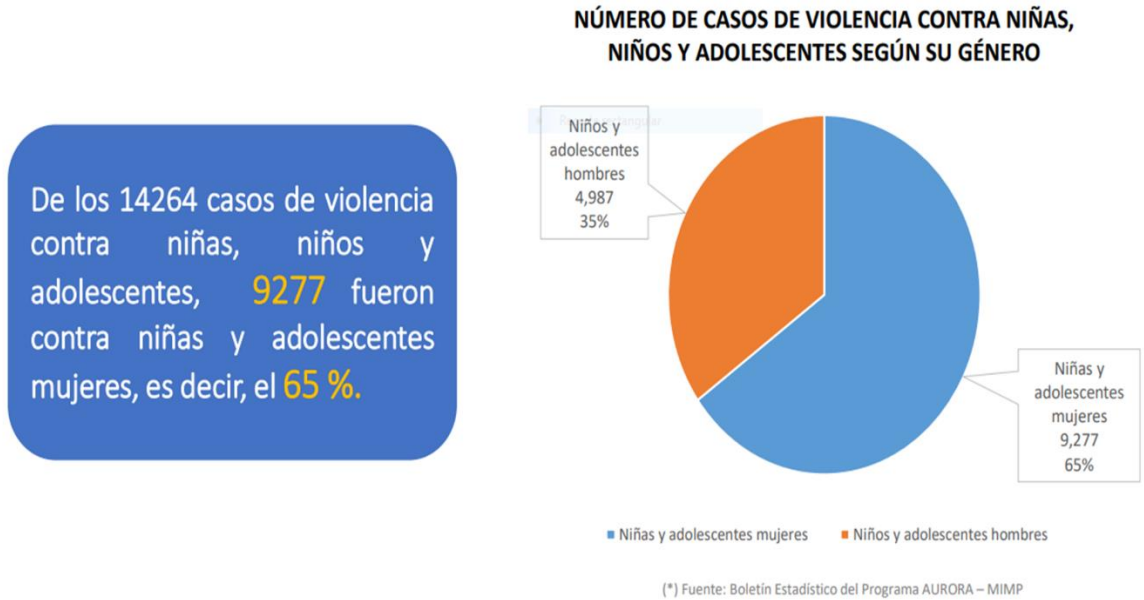
- En el Perú desde el año 2008 se tienen los “Lineamientos Educativos y Orientaciones Pedagógicas para la Educación Sexual Integral (ESI)”. Esto permitió el desarrollo de materiales educativos para los tres niveles de educación y su incorporación en las actividades de Tutoría del Ministerio de Educación.
- Desde el año 2016 se incorporó la Educación Sexual Integral en el Currículo Nacional de Educación Básica Escolar, su implementación debió dar paulatinamente desde el año 2017, no obstante, se han tenido estancamientos y retrocesos en el camino debido a que en el año 2018 se emitió un fallo de la Primera Sala Civil de la Corte Superior de Justicia de Lima que ordenaba “Suspender la Implementación de Resolución Ministerial No 281-2016-MINEDU, en lo referido al enfoque de igualdad de género” a favor del Colectivo “Padres en Acción”. Luego de ello, se ha tenido un periodo largo incertidumbre sobre la implementación del enfoque de igualdad de género y la educación sexual integral en el Currículo Escolar Nacional.
- Frente a este escenario en actual contexto de covid-19 y la implementación del “Aprendo en Casa”, se insiste en la implementación efectiva de acciones que concreten la Educación Sexual Integral (ESI) en y para la comunidad educativa. Sabiendo además que hay un incremento de casos de violencia en niñas y adolescentes.
- La ESI se constituye como fundamental para prevenir la violencia por razones de género que incluye discriminación hacia las mujeres y niñas. Asimismo, la implementación del enfoque de género en el Currículo Nacional de Educación Básica Regular, es importante porque permite una formación integral de las y los estudiantes con énfasis en el reconocimiento de su cuerpo, en la construcción de relaciones interpersonales saludables y en el respeto hacia las otras y los otros.

**c) EL IMPACTO DEL CONFINAMIENTO EN LOS CASOS DE VIOLENCIA HACIA LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA EN EL CONTEXTO DE LA COVID-19:**

- De enero a julio 2020, los servicios del MIMP atendieron **14,264** casos de violencia hacia niñas, niños y adolescentes, lo que representa el 30% de casos atendidos a nivel nacional.

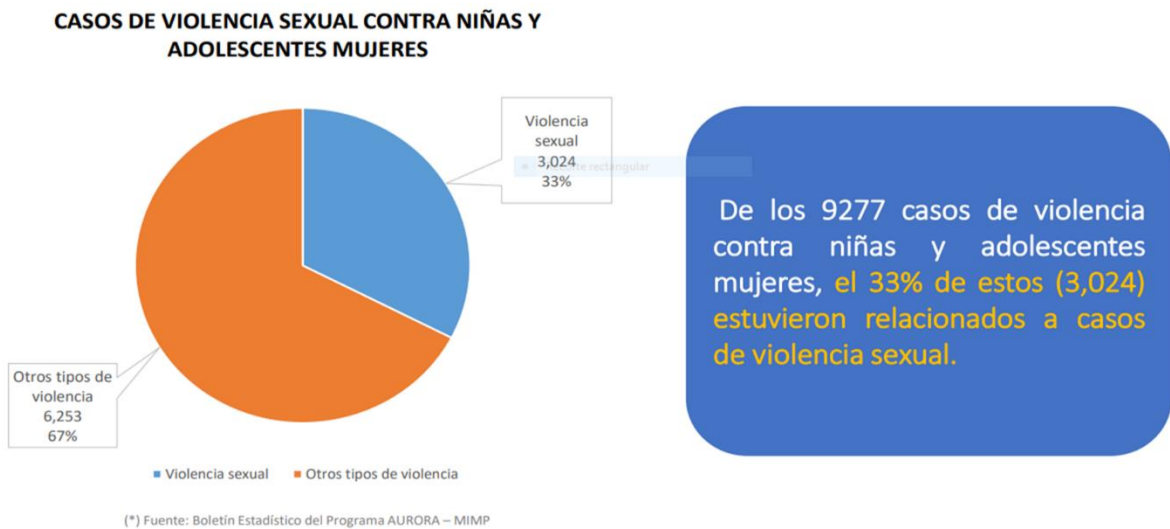
- De los 14, 264 casos de violencia contra niñas, niños y adolescentes, **9,277 fueron contra niñas y adolescentes mujeres**, es decir, el **65 %**.
- De estos, **3,024** estuvieron relacionados a **casos de violencia sexual**.
- **1,018 fueron casos de violación sexual**, es decir, el **25%** del total de casos de violencia sexual.  
Ver imágenes 14 y 15.

Imagen 14.



Elaboración: Defensoría del Pueblo

Imagen 15.



Elaboración: Defensoría del Pueblo.

### **Principales problemas identificados por la Defensoría del Pueblo en el contexto de Covid (Informe Especial N°007- 2020):**

- La desarticulación de todo el sistema público que atiende casos de violación sexual de niñas, niños y adolescentes (PNP, Ministerio Público, Ministerio de Salud, Ministerio de la Mujer, Juzgado de Familia).
- Las disposiciones emitidas en materia penal eran para atender casos de flagrancia, graves o urgentes. Distintos casos leves y moderados no son atendidos en las comisarías, la policía no comunica al Ministerio Público todos los casos de violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes, sólo se comunica los casos graves o urgentes.
- No funcionaba la estrategia rural en zonas donde no hay presencia estatal.
- Los casos de NNA que eran violentados por los responsables del cuidado no eran comunicados a los Juzgado de Emergencia ni a las Unidad de Protección Especial.

### **Defensoría del Pueblo: sobre la supervisión de abastecimiento y entrega del Kit de atención de casos de violencia sexual contra NNA en el contexto de covid:**

- Desconocimiento de los procedimientos a seguir por parte del personal encargado de atender los casos de violación sexual.
- Condicionamiento para brindar la atención por parte del personal encargado de atender los casos de violación sexual.
- Temor por parte del personal encargado de atender los casos de violación sexual.
- Falta de un registro administrativo de la entrega de kit porque en el servicio de emergencia no se registra el sistema de información hospitalaria (SIH). Actualmente la información es emitida por las coordinadoras de salud sexual y reproductiva, desde el libro de emergencias.

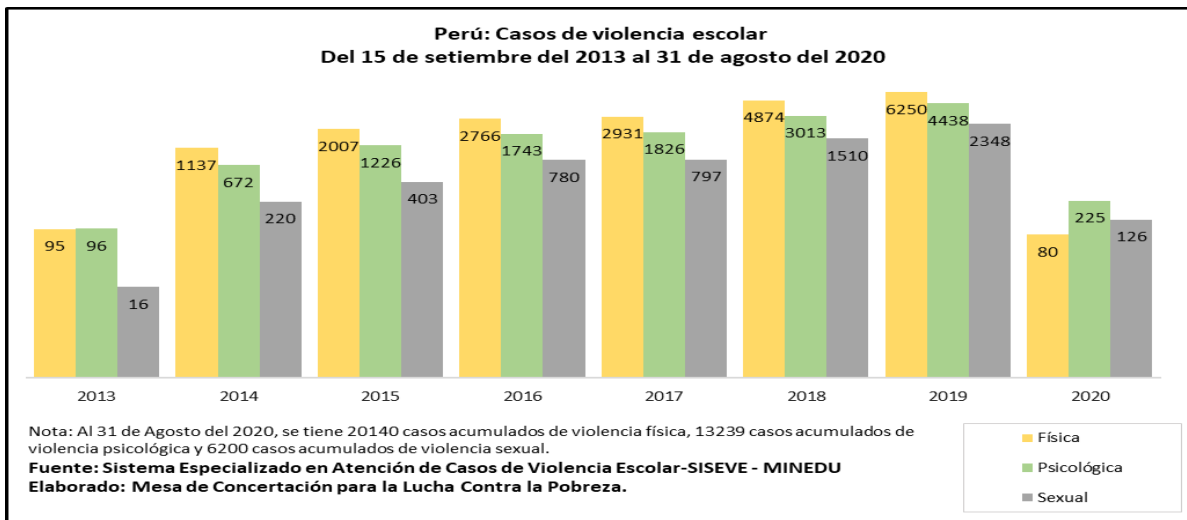
### **Desafíos planteados por la Defensoría del Pueblo:**

- Garantizar el acceso a la justicia, la atención integral en salud y cuidados parentales en los casos de violación sexual donde las víctimas sean NNA.
- Garantizar el cumplimiento del decreto legislativo 1470, sobre todo por ser un procedimiento más expeditivo y célere para el acceso a la justicia,
- Adoptar una política de prevención para todos los tipos de violencia hacia niñas, niños y adolescentes, con especial énfasis, en lo relacionado a violencia sexual;
- Atender de forma especializada y diferenciada a niñas y adolescentes mujeres
- Revisar y modificar la guía técnica nacional para la interrupción voluntaria del embarazo por motivos terapéuticos, para que contemple un procedimiento especializado y diferenciado para la atención de niñas y adolescentes menores de 14 años de edad;
- Elaborar y aprobar un protocolo para la atención de la salud integral de niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia,
- Incluir un capítulo referido a la atención integral de las adolescentes gestantes víctimas de violación sexual con especial énfasis en su salud mental.

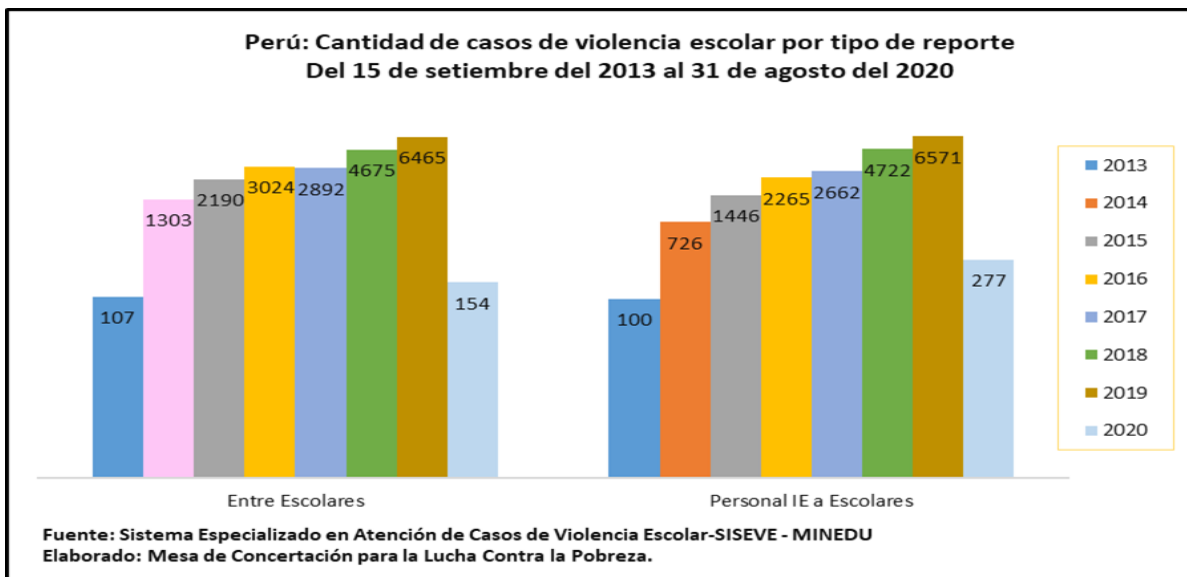
- Supervisar a nivel nacional la entrega de los kits en coordinación con los gobiernos regionales y locales.

**CASOS DE VIOLENCIA EN LAS ESCUELAS:** Una situación preocupante son los casos reportados de violencia en las escuelas a través del portal del SISEVE del Ministerio de Educación. En el año 2019, se han reportado 6,250 casos de violencia física, 4,438 casos de violencia psicológica y 2,348 casos de violencia sexual. En el año 2020, ya se han reportado 80 casos de violencia física, 255 de violencia psicológica y 126 de violencia sexual, en un contexto en que las clases no son presenciales sino virtuales y las niñas, niños y adolescentes se encuentran en sus casas. Un dato adicional que nos alerta son los casos reportados de violencia entre escolares y entre personal de IIEE y escolares. Lo cual exige al Ministerio de Educación fortalecer las condiciones para que la escuela sea un lugar seguro y de protección para niñas, niños y adolescentes. Ver Gráficos 6 y 7.

**Gráfico 6.**



**Gráfico 7.**





## ALGUNOS TESTIMONIOS DE ADOLESCENTES Y JÓVENES<sup>6</sup>:

Pilar CV., **Adolescente**, lideresa y Vocera de la Red Adolescentes Defendiendo la Igualdad (ADI) del distrito de Cusipata Provincia de Quispicanchis, Cusco:

*“...El Perú es un país multicultural y se debe incluir las distintas realidades. La Educación Sexual es clave, pero en el contexto de emergencia por Covid, no se dio. El Estado debe informar adecuadamente para el manejo de la sexualidad. Hay desconocimiento y miedo. Se debe brindar capacidades y empoderar a las y los adolescentes...”*

Candy M., **Adolescente**, lideresa y activista Shipiba de la Comunidad Nativa Santa Rosita del distrito de Masisea, Pucallpa, Ucayali:

*“...Preocupa la situación de violencia en Ucayali. Las adolescentes no tienen a dónde acudir para denunciar violencia, hay una ausencia de espacios formales. El seguimiento de los casos también implica un gasto económico. La violencia es producida en una sociedad que no valora a la mujer, hay poca política de protección, esto es un problema en las comunidades. Se debe entregar la AOE en caso de violencia. En una posta no quisieron dar información...”*

Orestes R., **Joven** y líder activista Defensor de los DDSSRR - ESI y Vocero de la escuela intercultural NON JOIBO de la Provincia Coronel Portillo, Pucallpa, Ucayali:

*“...En Ucayali tenemos una tasa alta de embarazo en adolescentes, 20.2%, esto nos pone en riesgo porque está asociado a muerte materna. En Ucayali tenemos población mestiza e indígena. Hay una ausencia de políticas para garantizar servicios de salud sexual y reproductiva, educación sexual, falta información oportuna, se llega poco a la población adolescente desde los servicios de salud. En el 2020, no se ha programado la atención para adolescentes, los servicios están en suspensión...Tuvimos un caso de desalojo del espacio de servicio de salud sexual y reproductiva para atender los casos Covid, se dio en el Hospital Regional Amazónico. No debemos dismantelar a los servicios de salud sexual y reproductiva...Se debe reactivar los servicios de adolescentes en todos los establecimientos de salud, priorizando personal para el servicio de adolescentes...En cuanto a los métodos anticonceptivos se desalienta el acceso a los servicios cuando obligan a acudir con nuestros padres y/o tutores...Se debe garantizar la AOE no sólo para violación por ejemplo cuando se rompió el condón...”*

Gabriela Q., **Adolescente**, lideresa y Vocera de la FLAVES. (Formando Líderes Adolescentes de Villa El Salvador), del distrito de Villa El Salvador, Lima.

*“...A raíz de la pandemia se va incrementar el embarazo en adolescentes. En la escuela no se aborda la Educación Sexual Integral –ESI. La ESI es importante para prevenir la violencia y para promover la igualdad de género y garantizar la salud sexual y reproductiva. Es importante informar y acceder a la anticoncepción, acceder a educación sexual y reproductiva, prevenir la violencia. Las y los adolescentes en tiempos de Covid no deben ser excluidos...”*

<sup>6</sup> Extraído de la participación de representantes de adolescentes y jóvenes en reunión virtual del Sub Grupo de Trabajo de “Salud Materna y Prevención del Embarazo en Adolescentes” del martes 22 de setiembre del 2020.

### III. DESAFÍOS EN RELACIÓN AL PLAN MULTISECTORIAL DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES, 2013-2021.

Perú asumió el compromiso de prevenir y reducir el embarazo en adolescentes a partir del año 2012, por medio del Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021<sup>7</sup> y del Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013-2021. En ambos casos se tuvo una ruta de trabajo para su implementación y seguimiento a través de la instalación de comisiones multisectoriales. No obstante, como lo vimos en el primer capítulo, los resultados del INEI-ENDES 2019, evidencian que no tenemos avances y seguimos en el Perú estacionados por más de 20 años en la cifra **“13 de cada 100 adolescentes de entre 15 y 19 años de edad son madres o están embarazadas por primera vez”**.

**¿Qué podemos hacer y cuáles son los desafíos para el país?** Sabiendo además que ambos planes nacionales están por concluir y el año 2021 se viene su revisión y actualización, asimismo, tenemos un contexto de elecciones presidenciales a realizarse el próximo 11 abril del año 2021, y que se encontrará marcado por el precedente del impacto de la covid-19 en el país. Bajo este escenario, también tenemos el desafío de aportar a la construcción de consensos sobre las prioridades del país que busca el Pacto Perú, entre los cuales consideramos desde el Sub Grupo de Trabajo de “Salud Materno Neonatal y Prevención del Embarazo en Adolescentes” de la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza-MCLCP, debe tener como una de sus prioridades la atención a la población adolescente y acelerar la reducción del embarazo en adolescentes en el Perú, no solo por su potencial para el desarrollo del país, sino también porque los y las adolescentes son sujetos de derecho y no pueden seguir siendo postergados por las políticas públicas en salud, educación y lucha contra la pobreza.

En este capítulo, nos centraremos en los desafíos para el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013-2021<sup>8</sup>, cuya meta principal fue reducir en 20% el embarazo en adolescentes. Dicho Plan cuenta con 5 objetivos que recogen evidencias internacionales sobre lo que está funcionando para reducir el embarazo en adolescentes desde un enfoque multisectorial:

Objetivo 1. Postergar el inicio de las relaciones sexuales en la adolescencia. Meta: reducir en 20% el inicio de las relaciones sexuales en la adolescencia,

Objetivo 2. Incrementar el porcentaje de adolescentes que concluyen la educación secundaria, Meta: incrementar en 30% el porcentaje de adolescentes mayores 15 años, que concluyen la Educación Secundaria.

---

<sup>7</sup> Decreto Supremo N° 001-2012-MIMP. Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021: [https://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/pnaia/pdf/Documento\\_PNAIA.pdf](https://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/pnaia/pdf/Documento_PNAIA.pdf)

<sup>8</sup> Decreto Supremo N° 012-2013-SA. Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, 2013-2021: [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2013/DS012\\_2013\\_SA\\_EP\\_c.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2013/DS012_2013_SA_EP_c.pdf)

Objetivo 3. Asegurar la inclusión de la Educación Sexual Integral en el Marco Curricular Nacional para que las regiones cuenten con condiciones y recursos educativos para implementar la ESI. Meta: Marco Curricular Nacional incluye competencias y capacidades vinculadas al desarrollo de la Educación Sexual Integral-ESI, en los aprendizajes fundamentales.

Objetivo 4. Incrementar la prevalencia de uso actual de métodos anticonceptivos modernos en las y los adolescentes sexualmente activas/os y en madres adolescentes sexualmente activas/os y en madres adolescentes. Meta: incrementar en 50% el uso actual de métodos anticonceptivos modernos en adolescentes sexualmente activos/as y en madres adolescentes.

Objetivo 5: Disminuir los diferentes tipos de violencia en las y los adolescentes poniendo énfasis en la violencia sexual. Meta 1: Se disminuirán en un 30% la prevalencia de los diferentes tipos de violencia en las y los adolescentes. Meta 2: Se disminuirán en 30% las denuncias por violencia sexual en adolescentes.

Un aspecto que se convirtió en una barrera en su implementación fue que a pesar de que en su diseño se incluyó un requerimiento de financiamiento que ascendió a un total de S/. 300,022, 172 millones de soles para alcanzar los cinco objetivos del Plan, esto no llegó a concretarse a través de los presupuestos institucionales de los Ministerios involucrados. Ver imagen 16.

**Imagen 16.**

**Proyección del Presupuesto estimado para la implementación del PM para la Prevención del Embarazo Adolescente 2013 - 2021**

(En nuevos soles)

<b>Periodo</b>	<b>Monto en S/.</b>
<b>Año 2013*</b>	<b>543,016</b>
<b>Año 2014</b>	<b>36,292,209</b>
<b>Año 2015</b>	<b>37,031,042</b>
<b>Año 2016</b>	<b>36,314,600</b>
<b>Año 2017</b>	<b>38,481,738</b>
<b>Año 2018</b>	<b>36,651,320</b>
<b>Año 2019</b>	<b>38,805,964</b>
<b>Año 2020</b>	<b>36,932,756</b>
<b>Año 2021</b>	<b>38,969,528</b>
<b>Total</b>	<b>300,022,172</b>

\* Nov y Dic 2013

Fuente: Plan Multisectorial para la prevención del embarazo en adolescentes, 2013-2021.

Al respecto, la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza a través de la Alerta N° 1-2018 denominado “Embarazo en Adolescentes y Niñas en el Perú”<sup>9</sup>, recomendó a la Comisión Multisectorial de Prevención del Embarazo en Adolescentes 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 cada sector involucrado en la ejecución del Plan. Asimismo, llevar a cabo evaluaciones intermedias y anuales que den cuenta del avance en la implementación de dicho Plan. Finalmente, se recomendó 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.

En relación al Plan Multisectorial, INPPARES considera que uno de los aspectos que limitó su implementación a cabalidad fue que partió de un diseño de responsabilidad sectorial, con pocas actividades de integración territorial entre los sectores.

En relación a los 5 objetivos del Plan Multisectorial, se ha tenido un menor avance los objetivos, 3-Educación Sexual Integral y 5-Violencia. En relación al Objetivo 3, el avance guarda relación con la meta establecida “Marco Curricular Nacional incluye competencias y capacidades vinculadas al desarrollo de la Educación Sexual Integral-ESI, en los aprendizajes fundamentales”, lo cual fue muy acotado y limitado, pues sólo incluyó aspectos de diseño de la política, pero no de medidas y estrategias específicas para su implementación a lo largo de tiempo y menos seguimiento. En cuanto al objetivo 5, no se ha tenido avances, ya que los diferentes tipos de violencia hacia las y los adolescentes no ha disminuido, y cada vez es más preocupantes los casos de embarazos en menores de 15 años de edad, en muchos casos producto de la violencia sexual. En cuanto al objetivo 4- referido a incrementar en 50% el uso actual de métodos anticonceptivos modernos en adolescentes sexualmente activos/as y en madres adolescentes; no hemos podido avanzar en prevenir el segundo y otros embarazos en adolescentes que ya eran madres. Sin duda, tenemos muchos retos en los próximos años, en especial desde que efectivamente la prevención del embarazo en adolescentes sea una prioridad en las políticas públicas nacionales, regionales y locales, se cuente con un presupuesto suficiente y adecuado y se fortalezca la articulación multisectorial y multinivel para enfrentar esta problemática desde los enfoques de derechos humanos, género y de inclusión social y con atención diferenciada a la diversidad de adolescentes en el país.

Un referente importante para los países de la región andina, lo constituye el “**Plan Andino para la prevención y reducción del embarazo en adolescentes 2017 – 2022**”<sup>10</sup>, cuyo objetivo general es: “Contribuir a la prevención y reducción del embarazo en adolescentes en la Subregión Andina elevando a política de estado de los países miembros, una

---

<sup>9</sup> Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza-MCLCP, 2018: [https://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2018/documentos/09/alerta\\_embarazo\\_en\\_adolescentes\\_y\\_ninas\\_en\\_el\\_peru\\_0.pdf](https://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2018/documentos/09/alerta_embarazo_en_adolescentes_y_ninas_en_el_peru_0.pdf)

<sup>10</sup> Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue. Plan Andino de Prevención y Reducción del Embarazo en adolescentes 2017-2020: <http://orasconhu.org/portal/content/plan-andino-de-prevenci%C3%B3n-y-reducci%C3%B3n-del-embarazo-en-adolescentes-2017-2022>

estrategia multisectorial de prevención y reducción del embarazo en adolescentes, con acceso y cobertura universal a servicios amigables de salud sexual y reproductiva, con participación y veeduría de los jóvenes en el marco del cumplimiento de los objetivos de desarrollo sostenible al 2030 y en línea con otros acuerdos regionales entre ellos, el Consenso de Montevideo”.

Al respecto, la Dra. María del Carmen Calle, Secretaria Ejecutiva del Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue, informó que el Plan Andino comprende 8 objetivos específicos: el primero, referido a priorizar en la agenda pública el embarazo en adolescentes y sus determinantes, como un problema de salud pública, de desarrollo, derechos humanos, así como de inequidades y desigualdades; el segundo, referido a las medidas efectivas para garantizar el acceso a servicios para la atención integral de adolescentes con énfasis en salud sexual y salud reproductiva y en la prevención del embarazo en menores de 15 años y del embarazo subsiguiente; el tercero, referido a fortalecer las capacidades institucionales y las competencias de los equipos de salud y otros sectores involucrados; el cuarto, referido a fortalecer la participación de adolescentes y jóvenes para el diálogo político; el quinto, referido a incorporar los derechos sexuales y derechos reproductivos de los y las adolescentes con énfasis en la prevención y reducción de embarazo en adolescentes en la agenda política de los sectores gobernantes, a través de la coordinación y colaboración intersectorial; el sexto, referido a visibilizar y desarrollar estrategias específicas de prevención del embarazo en niñas de 10 a 14 años de edad y declarar la cero tolerancia con el embarazo en menores de 15 años; el séptimo, referido a producir información estratégica confiable y oportuna para la implementación, monitoreo y evaluación del Plan de prevención y Reducción del Embarazo en Adolescentes 2017 – 2022 y el octavo, referido a movilizar recursos financieros que contribuyan a lograr los objetivos del Plan Andino.

Finalmente, en relación al nuevo Plan Multisectorial de Prevención del Embarazo en Adolescentes 2022-2030, mencionó que el embarazo en adolescentes debe seguir siendo visto como un problema de salud pública, desarrollo y derechos humanos, y desigualdades, El grupo que requiere atención especial son los menores de 15 años. Asimismo, recordó existe una Plan Andino para articular con los Planes y Programas nacionales.

En relación el impacto de la emergencia por la Covid-19, la Dra. María del Carmen Calle mencionó su preocupación por el menor acceso que están teniendo las y los adolescentes a los servicios de salud y educación, no sólo en Perú, sino en todos los países de la región. Añadió, que actualmente la salud mental es el principal problema a nivel mundial y no se cuenta con información suficiente. En Perú se tiene 154 centros de salud mental comunitario, actualmente hacen tele consulta, pero pocos los conocen.

En relación a los desafíos/retos para el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013-2021 en Perú:

- La optimización de la implementación del Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en adolescentes requiere pasar de un enfoque sectorial hacia un enfoque multisectorial de las intervenciones y del presupuesto. A esto se suma, la necesidad de avanzar hacia un enfoque territorial que mire el papel que pueden tener los gobiernos regionales y locales en la prevención del embarazo en adolescentes.
- Posicionar el tema a nivel político y público con una campaña comunicacional y de abogacía.
- Los y las adolescentes deben participar y tener voz, en el diseño e implementación de las políticas públicas, en especial en educación y salud.
- Servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva para adolescentes en todos los niveles, con acceso a métodos anticonceptivos modernos, incluidos los de larga duración y AOE.
- Una atención especial lo requieren las adolescentes menores de 15 años de edad. Tolerancia "0" a los embarazos en menores de 15 años de edad.
- La educación equitativa y de calidad es clave para que las y los adolescentes crezcan en igualdad de oportunidades y para prevenir el embarazo en adolescentes. Es importante en ese sentido avanzar en el cierre de brechas en educación bajo un enfoque de género.
- La educación sexual integral es clave para que las niñas, los niños y adolescentes alcancen salud, bienestar y dignidad; desarrollen hacia adelante relaciones sociales y sexuales respetuosas; y entiendan cuáles son sus derechos.
- Aún es necesario fortalecer la articulación del Ministerio de Salud, Ministerio de Educación y del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, en el acceso a la información sobre salud sexual y reproductiva, prevención del embarazo en adolescentes, y prevención de la violencia, entre otros.
- En necesario fortalecer el rol de la escuela y de la comunidad en la prevención de la violencia y en la prevención del embarazo en adolescentes.
- Los enfoques de derechos, género e interculturalidad deben incorporarse de manera transversal a las intervenciones de los sectores.



**Seguimiento Concertado entre Estado y Sociedad Civil a las Políticas de Salud**  
**Sub Grupo de Trabajo de “Salud Materno Neonatal y Prevención del Embarazo en Adolescentes”**

**Reporte N° 3-2020-SC/Grupo de Salud-MCLCP Nacional**

**RECOMENDACIONES HACIA LA POLÍTICA NACIONAL, REGIONAL Y LOCAL PARA PRIORIZAR LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS Y LOS ADOLESCENTES Y ACELERAR LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL PERÚ:**

El Sub Grupo de Trabajo de “Salud Materno Neonatal y Prevención del Embarazo en Adolescentes” de la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza-MCLCP, conformado por representantes del sector público, de organizaciones de la sociedad civil y de organismos de las Naciones Unidas; ha elaborado un conjunto de recomendaciones con la finalidad de aportar a priorizar la atención integral de las y los adolescentes y contribuir a acelerar la prevención del embarazo en adolescentes, con énfasis en las niñas y adolescentes menores de 15 años de edad, en las políticas públicas nacionales y regionales vigentes y/o por actualizar, tales como la Política General de Gobierno, el Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia, el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 - “Perú País Saludable”, entre otros.

La Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza-MCLCP aspira también a aportar a la construcción de consensos de corto y mediano plazo sobre las prioridades de desarrollo del país de cara al proceso electoral de 2021, como el Pacto Perú y el próximo Acuerdo de Gobernabilidad Nacional, para que garanticen la promoción, protección y ejercicio de derechos de los y las adolescentes y promuevan el desarrollo pleno de su potencial a través de la priorización debida de la atención integral de la población adolescente, la prevención del embarazo en adolescente, y la prevención de la violencia basada en género.

**A.-) RECOMENDACIONES DE MEDIDAS URGENTES/PRIORITARIAS:**

**Al Gobierno Nacional:**

1. La atención integral en salud de los y las adolescentes, la prevención del embarazo en adolescentes y prevención de la violencia basada en género deben ser prioridades de la

política pública nacional y regional reconocidas en las políticas, programas y planes, así como, en los acuerdos políticos (Acuerdos de Gobernabilidad, Políticas del Acuerdo Nacional, Pacto Perú, entre otros), atendiendo además la diversidad de adolescentes en el país, principalmente aquellos que están en mayor situación de vulnerabilidad como la población adolescente indígena, afrodescendiente, con discapacidad, LGTBI, migrantes, entre otros. Esta priorización debe estar asociada con un presupuesto suficiente y adecuado, y sostenible a través de un programa presupuestal orientado a resultados; desde una estrategia multisectorial y entre los tres niveles de gobierno (nacional, regional y local), así como por el establecimiento de metas e indicadores y mecanismos de seguimiento que midan su cumplimiento.

2. Es urgente visibilizar el embarazo en la adolescencia, sus factores determinantes y su impacto, además de los grupos más afectados, con datos desglosados e informes cualitativos.

#### **Al MINSA:**

3. Es urgente reactivar, fortalecer y ampliar la atención integral en salud de las y los adolescentes en los establecimientos de salud del primer nivel, y en los servicios diferenciados para adolescentes, principalmente el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, lo que implica la prevención del embarazo a través del acceso efectivo a los servicios de consejería/información y acceso a métodos anticonceptivos modernos para las adolescentes que lo requieran, incluyendo métodos de larga duración y priorizando a las adolescentes que ya son madres. Se recomienda incluir el trabajo comunitario, la entrega de métodos anticonceptivos a través de agentes comunitarios de salud; extender la tele consulta, la tele consejería o servicio de orientación y respuesta por chat u otros medios apropiados para disminuir la barrera de acceso a los servicios de salud en la población adolescente, y el tele-monitoreo.
4. Es prioritario que se apruebe e implemente la “Directiva sanitaria que establece el paquete de atención para el cuidado integral de la salud de adolescentes en el contexto del covid-19”, para fortalecer y dar continuidad a la atención en salud de los y las adolescentes a través de los servicios intramurales y extramurales existentes; asegurando la dotación de recurso humano competente y suficiente a dedicación exclusiva para garantizar el cumplimiento de los compromisos y metas nacionales e internacionales relacionados con la salud y el desarrollo de las y los adolescentes.
5. Es urgente y necesario reforzar los procesos de formación y capacitación a los proveedores de salud de los servicios de las IPRESS, relacionado a la atención integral de salud, en general, y de salud sexual y reproductiva en particular, de los y las adolescentes, con enfoque de derechos humanos; promoviendo, a su vez, la articulación de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva y la Etapa de Vida Adolescente y Joven en el territorio nacional. A su vez, es urgente fortalecer la difusión y la capacitación en el personal de salud de las normativas que han sido aprobadas este año 2020, en el actual contexto de emergencia de Covid-19, tales como la norma 094 (para garantizar la continuidad de la atención en SSYR) y la norma 097 (atención de las gestantes y recién nacidos) y la norma 164 referido al Cuidado Integral de la Mujer y Grupo Familiar afectado por la violencia sexual, asimismo, de las que están por aprobarse. A su vez,



monitorear su implementación, en alianza con las organizaciones de la sociedad civil y cooperación; y organizaciones juveniles.

6. Se requiere asegurar la adecuada atención de los casos de violencia sexual contra adolescentes, de conformidad con la regulación sectorial. Particularmente, se debe dar cumplimiento a lo establecido en protocolo de acción conjunta CEM- establecimientos de salud y la Norma Técnica de Salud para el Cuidado Integral a Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar Afectados por Violencia Sexual. Es urgente diseñar una estrategia por el que se garantice el acceso a los métodos anticonceptivos modernos, con énfasis en la anticoncepción oral de emergencia (AOE) y el kit de emergencia los 7 días de la semana, en especial en el actual contexto de emergencia por Covid-19, en este sentido, es importante que se considere la participación de las agentes comunitarias de salud para que sirvan de nexo a la población en vulnerabilidad con los profesionales de la salud para la prevención de un embarazo no deseado.
7. Capacitar a proveedores de salud en las IPRESS para aplicar las directrices establecidas en la “Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119 del Código Penal”, reforzando el conocimiento de los proveedores de salud sobre aspectos bioéticos y de derechos.
8. Priorizar la atención de las adolescentes embarazadas menores de 14 años de edad, considerando que un embarazo en una menor de 14 años de edad supone un alto riesgo de mortalidad materna en adolescentes y debe atenderse como una urgencia médica. A su vez, avanzar en la elaboración de una “Guía de aborto terapéutico para la atención de niñas y adolescentes menores de 14 años de edad embarazadas, con énfasis en los casos asociados a violación sexual”; situación que pone en riesgo la vida y la salud (incluido la afectación de la salud mental) de ellas, bajo procedimientos seguros y libre de estigmatizaciones.
9. Es urgente abordar la salud mental de las y los adolescentes por el impacto del confinamiento y la emergencia por Covid-19, en especial frente al impacto de todo tipo de violencia (física, psicológica, y sexual) en niñas y adolescentes, y el alto riesgo de suicidio en niñas y adolescentes que han sufrido un shock post traumático frente a un hecho de violencia y un embarazo no deseado; o que han presentado problemas previos de salud mental (por ejemplo depresión severa no diagnosticada y atendida oportunamente antes de la pandemia).
10. Implementar campañas nacionales y descentralizadas informando en cada localidad a las y los adolescentes sobre los establecimientos de salud y los servicios diferenciados a los cuales pueden acceder en el actual contexto de emergencia por Covid-19. A su vez, socializar información adecuada en redes sociales, sobre salud integral, salud sexual, salud reproductiva y prevención del embarazo adolescente; en alianza con las organizaciones de la sociedad civil y cooperación, para incrementar el acceso de las y los adolescentes a los servicios de salud y sensibilizar a la población.
11. Establecer el sistema de vigilancia epidemiológica de reporte semanal de nacimientos de niña/os cuyas madres son menores de 15 años de edad, y en coordinación con

RENIEC referir el nivel de distrito o provincia que permita el análisis y planificar acciones intersectoriales en el territorio.

**AI MINSA, MIMP, MINJUS, MININTER, Poder Judicial e Instituto de Medicina Legal:**

En relación con la atención de casos de violencia:

12. Fortalecer los mecanismos de prevención de la violencia sexual en las familias y comunidad.
13. Implementar servicios de atención especializada y diferenciada para niñas, niños y adolescentes considerando el enfoque interseccional para tomar en cuenta las especificidades y condiciones de las víctimas de violencia.
14. Activar y optimizar los lineamientos, guías y protocolos de actuación conjunta en la intervención de casos de violencia contra niñas, niños y adolescentes.
15. Establecer programas de formación y sensibilización con enfoque de género y derechos para el personal encargado de la atención de casos de violencia sexual.
16. Contratar personal de salud capacitado y sensibilizado (pediatras, obstetras, ginecólogas/os, psiquiatras y psicólogos, entre otros) con enfoque de derechos de la niñez y adolescencia y especialización en niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia sexual.
17. Fortalecer la articulación interinstitucional e impulsar un trabajo coordinado para la atención oportuna y protección a niñas y adolescentes víctimas de violencia.
18. Implementar un servicio y un equipo especializado en atención integral y seguimiento a casos de niñas y adolescentes víctimas de violencia.
19. Fortalecer la articulación interinstitucional y mejorar las herramientas e instrumentos que permiten un registro específico de casos de violencia contra niñas, niños y adolescentes. Esta información servirá a las instituciones para la adopción de medidas eficaces y la formulación y el mejoramiento de políticas públicas que prevengan y sancionen la violencia contra las niñas, niños y adolescentes.
20. Asegurar la administración y entrega inmediata de kits de emergencia para la atención de casos de violencia sexual, e implementar el registro de dicha entrega en los establecimientos de salud por el personal de salud.
21. Garantizar la entrega de la anticoncepción oral de emergencia para prevenir embarazos no planificados que podrían significar un riesgo para la vida y la salud de las niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual, en especial para las menores de 15 años de edad.
22. En el caso de la atención de casos de niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia, fortalecer la articulación y los servicios brindados a través de los módulos de atención al maltrato infantil y adolescente en salud (MAMIS), los centros de salud mental comunitarios y los Hospitales psiquiátricos en el país, entre otros.

**AI MIMP:**

23. Es urgente establecer lineamientos básicos de prevención, detección temprana y fortalecer la atención de casos de violencia y/o abuso sexual contra la niñez y adolescencia. Los índices de violencia contra menores de edad son los más altos, evidenciándose así una situación de mayor riesgo y vulnerabilidad. Entre enero y

agosto del año 2020, se han reportado 63 casos de violación sexual en niñas y niños de 0 a 5 años, 291 casos de violación sexual en niñas y niños de 6 a 11 años de edad y, 1332 casos de violación sexual en adolescentes de 12 a 17 años de edad, lo cual representa el 65.1% del total de casos de violación sexual reportados en todos los grupos de edad (Fuente: MIMP-Programa Nacional Aurora).

24. Estrechar el vínculo con los Consejos de Niños Niñas y Adolescentes y otras organizaciones de Niños, Niñas y Adolescentes, para empoderarlos y poder defenderse y denunciar la violencia física, psicológica y sexual.

**Al MINEDU:**

25. Fortalecer las acciones para prevenir la deserción escolar de las y los adolescentes y garantizar su permanencia en las escuelas, con énfasis en las y los adolescentes que se encuentran en situación de pobreza y vulnerabilidad en el actual contexto de emergencia por Covid-19.
26. Es urgente tomar todas las acciones necesarias para asegurar la implementación de la Educación Sexual Integral (ESI) en todas las modalidades de provisión del servicio de educación, principalmente la Plataforma Educativa “Aprendo en Casa”, dado la importancia de la ESI como intervención efectiva basada en evidencia para la prevención del embarazo en adolescentes, para la formación de ciudadanía en derechos e igualdad de género, y para la prevención de la violencia y los riesgos frente a las nuevas tecnologías de información, que ponen en peligro la seguridad y la integridad de las niñas y adolescentes al entorno virtual y el uso de redes sociales.
27. Garantizar la reinserción escolar de niñas y adolescentes por situación de embarazo y/o maternidad. Para ello, siguiendo lo establecido en el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013-2021, la Defensoría del Niño y del Adolescente (Demuna) de los Gobiernos Locales debe liderar las actividades de vigilancia y seguimiento a los casos de embarazo adolescente, para lograr la permanencia de la niña o adolescente en la institución educativa hasta completar su formación básica.
28. Enfatizar, dar toda la orientación posible al delineamiento de un proyecto de vida por cada adolescente con el mayor detalle posible a su alcance, de modo que se persuada de prevenir un embarazo no planeado que altere dicho proyecto, utilizando los servicios disponibles en su comunidad, y haciendo coordinaciones con el establecimiento de salud para facilitar acceso a la información y consejería para tomar decisiones libres e informadas.
29. Trabajar un plan de acción para neutralizar las barreras del docente tutor en el abordaje de temas sensibles (enfoque de género, sexualidad, nuevas masculinidades, etc.) relacionados con la educación sexual integral y la prevención del embarazo adolescente.
30. Fortalecer la atención de Orientación y Bienestar del Educando de manera presencial y virtual y líneas de ayuda con psicólogos y maestros con capacitación especial para orientar y atender situaciones de violencia sexual en los centros educativos. Según la ENARES la escuela es un espacio de violencia física y psicológica. A su vez, la

información del SISEVE da cuenta de un alto número de casos de violencia sexual, física y psicológica en las escuelas.

31. Desarrollar en las Escuelas de Padres orientación en relación a educación sexual, manejo de la violencia doméstica y la violencia sexual dentro del seno familiar.

## **B.-) RECOMENDACIONES DE MEDIDAS DE MEDIANO Y LARGO PLAZO:**

### **A LA COMISIÓN MULTISECTORIAL DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES:**

32. Evaluar la implementación y los resultados del Plan Multisectorial de Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013-2021, con la participación de todos los sectores involucrados; revisar los 5 objetivos del Plan e identificar aquellos lineamientos y actividades que funcionaron y aquellos que no, a fin de que en el nuevo Plan se incorporen mejoras que permitan acelerar la prevención del embarazo en adolescentes, con énfasis en la atención de niñas y adolescentes menores de 15 años de edad, pero también atendiendo los cambios demográficos y la diversidad de realidades en el país desde los enfoques de interculturalidad y género; y dando prioridad a una mayor inversión en la prevención del embarazo en adolescentes bajo un enfoque multisectorial orientado a resultados.
33. Instalar un grupo de trabajo con el cual se pueda avanzar en el diseño de un programa presupuestal multisectorial de prevención del embarazo en adolescente alineado al nuevo Plan, identificando cadenas presupuestales que se puedan vincular con las actividades en coordinación con el Ministerio de Economía y Finanzas.
34. Procurar que en la implementación de las intervenciones del Plan se priorice los hogares de los dos quintiles de ingreso inferiores, así como a los territorios y las comunidades con una mayor incidencia de embarazo adolescente.
35. Instalar un sistema de monitoreo y evaluación para el plan de prevención del embarazo en adolescentes en que diversos sectores puedan acceder para alimentar el avance de sus indicadores y a la vez monitorizar su avance presupuestal.
36. Participación activa de los Consejos Consultivos Regionales de Niños, Niñas y Adolescentes emitiendo opiniones en políticas públicas sobre niñez y adolescencia.
37. Iniciar una amplia campaña dirigido a las y los adolescentes, padres, madres, educadores y sociedad civil, sobre la importancia de promover el proyecto de vida en cada adolescente, enfatizando en las instituciones de educación básica, cuyo resultado sea que cada adolescentes desarrolle el propósito y sentido que deseen dar a sus vidas y no dejar que el enamoramiento o la práctica de su sexualidad, a la que tienen derecho, altere su proyecto por un embarazo no planeado, haciendo uso de los servicios de información, consejería y servicios que disponen los establecimientos de salud;
38. Identificar lugares del país donde no haya oportunidades de desarrollo de las adolescentes para promover trabajo intersectorial a nivel territorial para diseñar estrategias utilizando recursos del estado de incentivos municipales y otros, movilizar otros recursos para este fin.

## **A LOS GOBIERNOS REGIONALES:**

39. Implementar planes, políticas y programas para la prevención del embarazo en la adolescencia, alineados al Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en adolescentes.
40. Incrementar la asignación presupuestal para la atención integral en salud de adolescentes (incluye servicios en salud sexual y reproductiva y entrega de métodos anticonceptivos modernos, salud física y nutricional y salud mental) en el marco del programa presupuestal salud materno neonatal; destinando presupuesto a los bienes y servicios del kit que tiene por objetivo la implementación de mayores materiales, equipos e insumos para atender a la población adolescente en los establecimientos de salud y servicios diferenciados para adolescentes y, en hospitales programar el presupuesto para servicios especializados que serán referentes para la atención de los EESS.
41. Implementar observatorios departamentales y provinciales de embarazo de menores de 15 años, estableciendo un ranking para vigilar y promover la acción intersectorial priorizando en aquellos que tengan mayor prevalencia para apoyar sus planes de desarrollo de la población adolescente y la prevención del embarazo en la adolescencia, destinando presupuesto a través de proyectos de inversión social para actividades específicas a favor de la salud, educación y desarrollo de las y los adolescentes.
42. Implementar el seguimiento territorial de la Ley 29600 que fomenta la reinserción escolar por embarazo en articulación con MINEDU y MINSA lo cual contribuirá a evitar un segundo embarazo cuando aún no abandona la etapa adolescente y aumentar las probabilidades de inserción laboral.
43. Promover e incluir la participación de las y los adolescentes en el diseño, implementación y seguimiento de las políticas públicas, regionales y locales a su favor.
44. Promover a través de programas, medios de comunicación y las Diresas comportamientos saludables sobre salud sexual y reproductiva incluyendo el uso de anticonceptivos.

## **A LOS GOBIERNOS LOCALES:**

45. Priorizar la atención integral de salud de la población adolescente y la prevención del embarazo en la adolescencia con enfoque de género, destinando presupuesto a través de proyectos de inversión social para actividades específicas a favor de la salud, educación, protección y desarrollo de las y los adolescentes.
46. Implementar en coordinación con el MIMP y MINEDU programas de “Familias Fuertes” para fortalecer el vínculo afectivo y la seguridad emocional entre padres e hijos/as.
47. Trabajar en coordinación con DEMUNAS-CEM-MIMP la detección y atención de casos de los diferentes tipos de violencia (física, psicológica y sexual).

48. Implementar y fortalecer las DEMUNAS y dotarlas de personal especializado principalmente en áreas de psicología y derecho, a fin de priorizar campañas de prevención contra todo tipo de violencia hacia los niños, niñas y adolescentes.
49. Promover la conformación de iniciativas basadas en la comunidad para la identificación temprana y seguimiento de adolescentes embarazadas en línea con las iniciativas de comités de salud materna basados en la comunidad, así como para la prevención de la discriminación y el estigma.
50. Destinar recursos para la implementación y sostenibilidad del funcionamiento de los Centros de Desarrollo Juvenil, como espacios de formación, recreación y cultura.

**A LA SOCIEDAD CIVIL Y COOPERACION:**

51. Promover el fortalecimiento de las organizaciones de adolescentes para que puedan ser activistas en la defensa de sus derechos (énfasis en servicios educativos, de salud y protección) ante las autoridades locales, regionales y nacionales.
52. Continuar realizando la incidencia para la priorización de la atención integral de las y los adolescentes y la prevención del embarazo en adolescentes en las políticas públicas a nivel nacional, regional o local, a su vez, fortalecer los mecanismos de vigilancia y/o seguimiento a la implementación de las políticas públicas de prevención del embarazo en adolescentes, y asistencia técnica.

Sub Grupo de Trabajo de “Salud Materna Neonatal y Prevención del Embarazo en Adolescentes”.

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

Lima, 30 de setiembre del 2020.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

Defensoría del Pueblo (2020). Serie Informes Especiales N° 007-2020-DP - Violencia contra niñas, niños y adolescentes en el contexto de la emergencia.

Defensoría del Pueblo (2020). Serie Informes Especiales N° 021-2020-DP -Problemática en la atención de casos de violación sexual de niñas, niños y adolescentes en el contexto de la emergencia sanitaria por COVID-19.

OPS/UNFPA/UNICEF (2018). Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Informe de consulta técnica (29-30 agosto 2016, Washington, D.C., EE. UU.).

Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue. Plan Andino de Prevención y Reducción del Embarazo en adolescentes 2017-2020.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2019). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2017. Lima: INEI.

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia-PNAIA 2012-2021. Decreto Supremo N° 001-2012-MIMP

Ministerio de Salud. Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, 2013-2021. Decreto Supremo N° 012-2013-SA.

Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza (2012). Prevención del Embarazo en Adolescentes en el Perú. Seguimiento Concertado entre Estado y Sociedad Civil. Lima: MCLCP.

Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza (2017). Prevención del Embarazo en Adolescentes, Situación y Perspectivas al 2021. Reporte de Seguimiento Concertado entre Estado y sociedad civil. Lima: MCLCP.

Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza (2018). Embarazo en Adolescentes y niñas en el Perú. Un problema de salud pública, de derechos y oportunidades para las mujeres. Alerta N° 1-2018-Seguimiento Concertado entre Estado y sociedad civil. Lima: 2018.

Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza (2016). Acuerdo de Gobernabilidad para el Desarrollo Integral del Perú 2016-2021.

UNICEF (agosto, 2020). Adolescente. Derecho al aseguramiento y atención en salud sexual, reproductiva y mental en el Perú. Balance Normativo.