



Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2012-2021



PERÚ

Ministerio
de Salud

Salud
Nueva
Actitud



PLAN MULTISECTORIAL PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

2013 - 2021

PERÚ, 2013

Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013 – 2021. Ministerio de Salud.

Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva – Lima. Ministerio de Salud; 2013. XX p.

Ministerio de Salud, 2014

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2014 - 09640

Documento Técnico:

Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013 – 2021.

Editor:

Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

Se agradece a UNFPA por la autorización para el uso de las fotografías utilizadas en el presente Plan.

Ministerio de Salud

Av. Salaverry, cdra.8 S/N, Jesús María

<http://minsa.gob.pe>

webmaster@minsa.gob.pe

Lima - Perú

Impreso en el Perú

Librería Imprenta “CALMEZ” de: María Albertina Meza Chaupis

Jr. Callao N° 285 Of. 201 “D”

Teléfono: 427-2906

Tiraje: 5000 ejemplares



PERÚ

**Ministerio
de Salud**

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS
ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Presidente Constitucional de la República
OLLANTA HUMALA TASSO

Presidente del Consejo de Ministros
RENÉ CORNEJO DÍAZ

Ministra de Salud
MIDORI MUSNE DE HABICH ROSPIGLIOSSI

Ministro de Educación
JAIME SAAVEDRA-CHANDUVI

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables
MARÍA DEL CARMEN OMONTE DURAND

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
PAOLA BUSTAMANTE SUÁREZ

Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo
ANA ETHEL DEL ROSARIO JARA VELÁSQUEZ

Ministerio del Interior
WALTER JORGE ALBÁN PERALTA

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos
DANIEL AUGUSTO FIGALLO RIVADENEYRA

Ministerio de Comercio Exterior y Turismo
BLANCA MAGALI SILVA VELARDE-ÁLVAREZ

Ministerio de Relaciones Exteriores
GONZALO ALFONSO GUTIÉRREZ REINEL

Instituto Nacional de Estadística e Informática
HERMOGENES ALEJANDRO VILCHEZ DE LOS RIOS

EL PLAN MULTISECTORIAL FUE ELABORADO CON LA COLABORACION DE:

MINISTERIO DE SALUD

Carlos Acosta
Fresia Cárdenas
Luis Miguel León
Lucy Del Carpio
Tatiana Ramírez
Ivonne Quispe
Carmen Mayurí
Carmen Julia Carpio
Marysol Campos
Ulalia Cárdenas
Marita De los Ríos
Neri Fernández
Doris Valdez
Marco Llanos
Alberto Zapata
María Del Rosario Mejía
María Del Carmen Calle
María Elena Yumbato
Magali Ascate
Rosario Del Solar
Lourdes Palomino
Gladis Champi
Tania Rengifo
Eliana Altez
Hamilton García
Fresia Cárdenas
Susy Florez
Luis Gutiérrez
Nency Virrueta
Mérida Gómez
Yuleika Rodríguez
Roxana Torricelli
Mirtha Maguiña
Arturo Giraldo
DIRESA CALLAO
Aldo Lama
Ruth Escalante
DISA LIMA ESTE
Mauro Reyes
Héctor Rivas
Flor Domínguez
DISA LIMA SUR
Luz La Torre
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL
Pedro Mascaro
Juan Torres
Nélida Pinto

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

María Teresa Ramos
Consuelo Carrasco
Danilo Wetzell
Doris Saldarriaga
Dorarriaga
SECRETARIA NACIONAL DE LA JUVENTUD
Vanessa Espinar
Yuly Ravelo

MINISTERIO DE LA MUJER Y DESARROLLO SOCIAL

Carla Rojas
Jenny Yamamoto
Patricia Burga
Antonio Torres
Carlota Ochoa
Cecilia Paredes
INSTITUTO NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR
Patricia Rodríguez
María Navarrete
Marilú Rosas
Maruja Rosas

MINISTERIO DE TRABAJO

Yolanda Erazo
Magno Mendoza
Francisco Vásquez
Karen Solís

MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS

Ariela Luna

MINISTERIO DE JUSTICIA

Laura Álvarez
Gladis Cubas
Mary Ramos

DEFENSORÍA DEL PUEBLO

José Sánchez

PROGRAMA NACIONAL JUNTOS

Doris Mansilla

PRESIDENCIA DEL CONSEJO DE MINISTROS ST - CIAS

Sergio Miranda
Rosana López

SANIDAD POLICIA NACIONAL DEL PERU

Zulma Rueda
Zoila Castillo

SANIDAD EJÉRCITO DEL PERU

Karim Capcha
Karim Capcha

SANIDAD FUERZA AEREA DEL PERU

Zunilda Castro

ESSALUD

Cristina Minaya
Margarita Vital
Carlos Cusco
Gloria Riesco De La Vega

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Victoria Rivas

SOCIEDAD PERUANA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Adolfo Rechkemmer
Adolfo Orellana

SOCIEDAD PERUANA DE PEDIATRIA

Miguel Oliveros
Emma Obeso

UNFPA

Gracia Subiría
Carmen Murguía
Pedro Marchena
Claudia Saravia
Walter Mendoza
Jorge Cordova

UNICEF

Fabiola Quiroz

INPPARES

Daniel Aspilcueta
Sofía Carrillo
Sofía Carrillo

IES

Alicia Quintana
Catalina Hidalgo
Astrid Mendocilla

MEDICUS MUNDI

Fernando Carbone

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

Inés Bustamante

UNIVERSIDAD SAN MARTIN DE PORRES

Katty Salcedo
Pierina Cáceres

OPS

Alfredo Guzmán

COLEGIO DE OBSTETRAS DEL PERU

Elsa Susy Contreras
María Alva
María Alva

COLEGIO REGIONAL DE OBSTETRAS III

Elva Quiñones
Tula Zegarra
Elva Quiñones
Tula Zegarra

ORAS – CONHU

Gloria Lagos

USAID

Edgar Ramírez
Calidad en Salud - USAID
Alfonso Villacorta

PATHFINDER

Miguel Gutierrez
Enrique Guevara
Elizabeth Acevedo

PROMSEX

Rossina Guerrero
Susana Chavez Alvarado

MANUELA RAMOS

Rocío Gutiérrez

FLORA TRISTAN

Paúl Flores
CEPESJU
CEPESJU
Julia Campos Guevara

KALLPA

Rocío Roncal
Rocío Roncal

CAAJ PEA AYACUCHO

Katia Araujo
Florentino Arango
Vanessa Alanya
Gaby Gamonal

CARE

Elena Esquiche

CAAJ PEA LIMA-CALLAO

Estefany Dávila
Junior Moreno
Lurdes Chara
Ángel Silva
Oscar Bedregal
Brillit Carrillo
Olinda Honorio
Rosário Chuquiruna

COLÉGIO MEDICO

Julio Castro Gómez

PARSALUD

Oscar Bueno

ISN

Flormila Aranda

CAAJ PEA LORETO

Joas Ricopa
Karina Vargas
Mónica Arbildo

PATH

Irma Ramos

CAAJPEA UCAYALI

Fran Chujutalli
Roy Noguina
Isabel Nuñez
Candy Valera
Javier Vásquez

CAAJPEA TUMBES

Rosita Vargas
Annely García
Yelixa García

HOSPITAL NAVAL

Carlos Zapata

RED SIDA PERU

Julia Campos

ÍNDICE

PRÓLOGO	11
INTRODUCCIÓN	13
I. FINALIDAD	15
II. OBJETIVO	15
III. BASE LEGAL	15
IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN	17
V. PLAN MULTISECTORIAL PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTE 2013 – 2021	17
5.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	17
5.1.1 Delimitación de la situación	17
5.1.2 Magnitud del problema	18
5.1.3 El embarazo en adolescentes: un problema de salud pública en el Perú	20
5.1.4 El embarazo en adolescentes desde el enfoque de determinantes de la salud	20
5.2 ANÁLISIS DE LA RESPUESTA NACIONAL	30
5.2.1 Actores y respuesta del Estado	30
5.2.2 Breve descripción de la respuesta del Estado	31
5.2.3 Evidencias de intervenciones efectivas	32
5.2.3.1 Intervenciones efectivas en salud	33
5.2.3.2 Intervenciones efectivas en educación	33
5.2.3.3 Intervenciones efectivas desde los gobiernos locales	33
5.3 ÁRBOL DE PROBLEMAS	35
5.4 ÁRBOL DE OBJETIVOS	36
5.5 MARCO LÓGICO	37
5.6 LÍNEAS DE ACCIÓN ESTRATÉGICA	39
5.7 CONDICIONES A GENERAR PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN	48
5.8 PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO	49
5.9 SUPERVISIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN	52
VI. ANEXOS	55
VII. BIBLIOGRAFÍA	70

PRÓLOGO

El Gobierno del Perú desde el Ministerio de Salud, con la participación de los ministerios de Defensa, de Justicia y Derechos Humanos, de Comercio Exterior y Turismo, del Interior, de Relaciones Exteriores, de Educación, de la Mujer y Poblaciones Vulnerables y de Trabajo y Promoción del Empleo, así universidades, diferentes actores de la sociedad civil organizada, organizaciones no gubernamentales, asociaciones de adolescentes y con la asistencia técnica de la cooperación internacional, expertos y otros actores del nivel nacional, han volcado sus esfuerzos, conocimientos y experiencias en la construcción del Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, para el Periodo 2013– 2021 en el Perú.

El presente Plan nace con un espíritu de coordinación, consenso institucional y social y es el resultado de una serie de procesos que se vienen dando desde el año 2008. Responde a la necesidad del país y de los diferentes sectores involucrados de orientar las decisiones, optimizar el uso de los recursos y consolidar las acciones hacia la reducción del embarazo en adolescentes, teniendo como marco el proceso de regionalización y descentralización, los compromisos internacionales reconocidos y asumidos por nuestro país como son la Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo (1994), la Conferencia sobre la Mujer (Beijing 1995), los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2001) y la REMSAA/437 que en la Resolución XXVIII, reconoce al embarazo en adolescentes como un problema de salud pública en los países del área andina.

Este Plan es una expresión de la apuesta del Estado por el desarrollo de ciudadanos y ciudadanas con conocimientos, valores, actitudes y habilidades sociales que les permitan la vivencia de una sexualidad saludable, plena y responsable, en el marco de la realización de un plan de vida y un mejor acceso a oportunidades de desarrollo y bienestar.



INTRODUCCIÓN

La adolescencia es la etapa de vida en la que a partir de las experiencias en la infancia y el entorno social en que se desarrolla el/la adolescente, empieza el proceso de individualización y socialización, marcado por la transformación de sus cuerpos y la obtención paulatina de su capacidad sexual y reproductiva. Durante la adolescencia se construye la identidad personal, a través de la búsqueda de figuras con las cuales identificarse, tanto en el entorno social como en el marco del hogar y las referencias familiares. En esta etapa de la vida, las personas elaboran nuevas explicaciones que dan sentido a sus vidas. La salud integral de las/los adolescentes implica los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del ser humano durante esta etapa.

La adolescencia es una etapa clave para producir cambios culturales de largo plazo, los cuales pueden cambiar el perfil epidemiológico del Perú, así como la forma de construir el futuro. Invertir en la salud de los adolescentes no es solo detectar daños y curar las enfermedades de esta población, implica el desarrollo de capacidades y la promoción del capital humano y social que se ha venido cuidando y protegiendo desde la infancia. El objetivo es generar y restablecer capacidades físicas, psíquicas y sociales, involucrando para ello a toda la comunidad peruana en la protección y promoción de la salud adolescente y a las/los mismos adolescentes como protagonistas del cambio.

Dependiendo del entorno - legal, social y familiar - donde se desenvuelve el individuo, se desarrollarán o no comportamientos sexuales y reproductivos, que podrían terminar en un embarazo no planeado. En este periodo se manifiesta un especial interés por el sexo, se adquieren conocimientos, se configuran actitudes y percepciones sobre la salud sexual y reproductiva. Las decisiones y comportamientos que adopten las y los adolescentes en el ámbito de la sexualidad, serán diferentes según las oportunidades económicas, laborales, educativas, la oferta de métodos anticonceptivos, la situación socioeconómica, las características personales, las normas legales y la influencia del medio o contexto social en que viven y crecen¹.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2012, el 13,2% de las adolescentes de 15 a 19 años habían cursado un embarazo. Según datos del Censo del 2007 en el Perú hay 160,258 madres adolescentes de 12 a 19 años, de las cuales 4,521 tienen edades entre 12 a 14 años y 155, 738 entre 15 a 19 años.

La prevalencia del embarazo en adolescentes se concentra en grupos que presentan rasgos de desventaja social, tales como niveles de escolaridad bajos, situaciones socioeconómicas precarias o el hecho de pertenecer a grupos poblacionales con características de marginación históricas como los grupos indígenas². Dicha situación ubica al embarazo en adolescente como un problema de salud pública y derechos humanos por varias razones: el incremento del riesgo en la salud de las adolescentes madres y del recién nacido, la reproducción de familias tempranas, la prevalencia de bajos niveles educativos en las mujeres, la reproducción de la pobreza, así como el impacto en el entorno inmediato y en la sociedad en general. Finalmente, desaprovecha la actual estructura demográfica - denominada bono demográfico u oportunidad demográfica - para que los segmentos de la población en edades potencialmente productivas aporten en el ahorro e inversión y en el crecimiento económico del país.

Las adolescentes que enfrentan un embarazo no planeado afrontan un número importante de en la dimensión individual, familiar y social como son: el abandono de sus parejas, la imposibilidad de concluir sus estudios escolares (que limita sus planes de vida y el acceso a oportunidades de desarrollo), el incremento de los riesgos en la morbilidad de la adolescente embarazada y su bebé, la limitada capacidad de la adolescente madre para cuidar y criar al niño/a. El inicio a temprana edad de las relaciones sexuales sin protección a su vez coloca a los y las adolescentes en riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH y Sida.

¹ Florez, C. Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia 2005

² Luna C. Diagnóstico sobre Embarazo Adolescente en el Perú. UNFPA. 2008

En este contexto, el gobierno peruano asumió el compromiso de abordar el problema en la Reunión Ordinaria de Ministras y Ministros de Salud del Área Andina de marzo de 2007, en la que se resolvió “reconocer las consecuencias del embarazo en adolescentes como un problema de salud pública dentro de la subregión y declarar prioritarios los planes para su prevención y atención integral” (Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue, 2007).

Asimismo el Plan Bicentenario “El Perú hacia el 2021”, elaborado por el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico y aprobado por el foro del Acuerdo Nacional en marzo del 2011, cuyo segundo eje estratégico está relacionado con el desarrollo de oportunidades y acceso a servicios. El objetivo general del eje en mención es: Igualdad de oportunidades y acceso a servicios básicos, y su segundo objetivo específico es el acceso universal a servicios integrales de salud con calidad.

En este sentido, el Plan Bicentenario establece acciones relacionadas con la salud de las y los adolescentes, las mismas que se mencionan a continuación:

- Dotar de personal a los establecimientos de salud;
- Fortalecer el primer nivel de atención en el país;
- Ejecutar el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud- PEAS en el Seguro Integral de Salud- SIS, EsSalud, Entidades Privadas de Salud-EPS, y la Sanidad de las Fuerzas Armadas y PNP;
- Ampliar la participación ciudadana en la prevención y la promoción de la salud; y
- Definir prioridades sanitarias.

Además el Plan plantea los siguientes programas estratégicos y resultados esperados:

- El Programa de aseguramiento universal.
RE: Proteger a la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud priorizando a aquellas poblaciones vulnerables.
- Programa de salud materno neonatal.
RE: Reducir la morbi mortalidad materna y neonatal.
- El Programa de violencia familiar y sexual.
RE: Reducir la alta prevalencia de la violencia familiar.

Del mismo modo, el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021(PNAIA 2021), aprobado por Decreto Supremo N° 001-2012-MIMP, establece como una de las Metas Emblemáticas para el desarrollo de la infancia y la adolescencia en el Perú, reducir la tasa de maternidad adolescente en 20%, estableciendo como Objetivo Estratégico N° 3: Consolidar el crecimiento y desarrollo integral de las y los adolescentes de 12 a 17 años de edad, señalando como Resultado Esperado N° 9: “Las y los adolescentes postergan su maternidad y paternidad hasta alcanzar la edad adulta”.

El presente Plan Multisectorial, es el resultado de un trabajo concertado entre distintos sectores públicos, privados, la sociedad civil, representantes de la población adolescente, organizaciones no gubernamentales, así como organismos de la cooperación técnica internacional; deberá guiar las acciones en materia de prevención y atención del embarazo en adolescente en los próximos años (2013 - 2021), tanto del sector gubernamental, como del sector no gubernamental y de la cooperación internacional.

No cabe duda que el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescente se constituye en una oportunidad para crear las condiciones necesarias que contribuirán a cumplir con los objetivos y metas comprometidas en la Cumbre del Milenio con énfasis en el Objetivo 5 y de esta forma, permitir que miles de adolescentes mejoren sus condiciones de vida y alcancen una mayor equidad en el acceso a la salud y al desarrollo.

I. FINALIDAD

El presente documento técnico está diseñado para orientar el accionar del sector público, de la sociedad civil, y de los organismos de cooperación técnica internacional en la prevención del embarazo en adolescentes, considerando especialmente aquellos grupos en situación de mayor vulnerabilidad y pobreza, en el marco de los derechos humanos y con enfoque de género, interculturalidad e inclusión social.

II. OBJETIVO

El presente Plan Multisectorial tiene como objetivo establecer las acciones que deben desarrollar las diferentes instancias involucradas del sector público y sociedad civil a nivel nacional para prevenir y disminuir el embarazo en adolescentes en el país.

III. BASE LEGAL

- Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948.
- Convención sobre los Derechos del Niño, 1959.
- Constitución Política del Perú, 1993.
- Convención para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, 1994.
- Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo, 1994.
- Objetivos de Desarrollo del Milenio 2000-2015.
- Declaración de Medellín sobre Prevención del Embarazo en Adolescentes en el Área Andina, 2011.
- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27337, Ley que aprueba el Nuevo Código de los Niños y Adolescentes.
- Ley N° 27604, Ley que modifica la Ley General de Salud N° 26842 respecto de la obligación de los Establecimientos de Salud a dar atención médica en casos de Emergencia y Partos.
- Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
- Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización.
- Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.
- Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades.
- Ley N° 28044, Ley General de Educación.
- Ley N° 28518, Ley sobre Modalidades Formativas Laborales.
- Ley N° 28542, Ley del Fortalecimiento de la Familia.
- Ley N° 28983, Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres.
- Ley N° 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud.
- Ley N° 29414, Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Ley N° 29600, Ley que Fomenta la Reinserción Escolar por Embarazo.
- Decreto Supremo N° 002-97-TR que aprueba el Texto Único Ordenado del D. Leg. N° 728, Ley de Formación y Promoción Laboral.
- Decreto Supremo N° 001-2012-MIMP que aprueba el “Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia -PNAIA- 2012-2021” y constituye Comisión Multisectorial encargada de su implementación.
- Decreto Supremo N° 017-2005-JUS, que aprueba “Plan Nacional de Derechos Humanos 2006-2010”, elaborado por el Consejo Nacional de Derechos Humanos.
- Decreto Supremo N° 061-2005-PCM, que aprueba los “Lineamientos de Política Nacional de Juventudes: Una Apuesta para Transformar el Futuro”.
- Decreto Supremo N° 038-2006-PCM, que aprueba el “Plan Nacional de la Juventud 2006-2011”.
- Decreto Supremo N° 027-2007-PCM, que define y establece las Políticas Nacionales de obligatorio cumplimiento para las entidades del Gobierno Nacional.
- Decreto Supremo N° 016-2009-SA, que aprueba el “Plan Esencial de Aseguramiento en Salud - PEAS”.
- Decreto Supremo N° 005-2010-MIMDES, que aprueba el “Plan Nacional de Población 2010-2014”.
- Decreto Supremo N° 054-2011-PCM, que aprueba el “Plan Bicentenario: El Perú hacia el 2021”.

- Decreto Supremo N° 002-2013-ED, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29600, Ley que Fomenta la Reinserción Escolar por Embarazo.
- Decreto Supremo N° 004-2012-MIMP que aprueba el Plan Nacional de Igualdad de Género 2012-2017 (PLANIG)
- Resolución Suprema N° 001-2007-ED, que aprueba el "Proyecto Educativo Nacional al 2021: La Educación que queremos para el Perú"
- Resolución Ministerial N° 077-96-TR, que aprueba la inclusión del Programa Nacional de Empleo Juvenil "Jóvenes a la Obra".
- Resolución Ministerial N° 455-2001-SA/DM, que aprueba el Documento Normativo: "Normas y Procedimientos para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y el Maltrato Infantil".
- Resolución Ministerial N° 668-2004/MINSA, que aprueba las "Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva".
- Resolución Ministerial N° 107-2005/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Lineamientos de Política de Salud de las/los Adolescentes".
- Resolución Ministerial N° 111-2005/MINSA, que aprueba los "Lineamientos de Política de Promoción de la Salud".
- Resolución Ministerial N° 277-2005/MINSA, que aprueba el "Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas".
- Resolución Ministerial N° 536-2005/MINSA, que aprueba la NT N° 032-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Planificación Familiar".
- Resolución Ministerial N° 583-2005/MINSA, que aprueba los "Protocolos de Consejería para la Atención Integral del Adolescente".
- Resolución Ministerial N° 1077-2006/MINSA, que aprueba el "Documento Técnico: Orientaciones para la Atención Integral de Salud del Adolescente en el Primer Nivel de Atención".
- Resolución Ministerial N° 290-2006/MINSA, que aprueba el "Manual de Orientación y Consejería en Salud Sexual y Reproductiva".
- Resolución Ministerial N° 328-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Centros de Desarrollo Juvenil, un Modelo de Atención Integral de Salud para Adolescentes".
- Resolución Ministerial N° 638-2006/MINSA, que aprueba la NTS N° 047-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 353-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Implementación de Redes Locales Multisectoriales de Desarrollo Juvenil".
- Resolución Ministerial N° 720-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud en el Perú".
- Resolución Ministerial N° 792-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Enfoque de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad – Marco Conceptual".
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02. "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA, que aprueba el "Plan Nacional Concertado de Salud".
- Resolución Ministerial N° 278-2008/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Adecuación Cultural de la Orientación/Consejería en Salud Sexual y Reproductiva".
- Resolución Ministerial N° 207-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015".
- Resolución Ministerial N° 272-2009-TR, que aprueba el "Plan Sectorial de Acción para la Promoción del Empleo Juvenil".
- Resolución Ministerial N° 538-2009/MINSA, que modifica el documento "La Salud Integral: Compromiso de Todos - El Modelo de Atención Integral de Salud", aprobado por R.M. N° 729-2003-SA/DM en la clasificación de los Grupos Objetivo para los Programas de Atención Integral.
- Resolución Ministerial N° 636-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Análisis de la Situación de Salud de las y los Adolescentes - Ubicándolos y Ubicándonos".
- Resolución Ministerial N° 551-2010/MINSA que declara la Cuarta Semana del Mes de septiembre de cada año como la "Semana de la Prevención del Embarazo Adolescente".
- Resolución Ministerial N° 464-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad".
- Resolución Ministerial N° 503-2012/MINSA, que aprueba la NTS 095 -MINSAIDGSP-V.01, Norma Técnica de Salud "Criterios y Estándares de Evaluación de Servicios Diferenciados de

Atención Integral de Salud para Adolescentes para la Atención Integral de Salud para Adolescentes”.

- Resolución Ministerial N° 525-2012/MINSA, que aprueba la reestructuración de las Estrategias Sanitarias Nacionales.
- Resolución Ministerial N° 973-2012/MINSA, que aprueba la NTS N° 034-MINSA/DGSP-V.02 “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Adolescente”.
- Resolución Directoral N° 180-2008/ED, que aprueba “Los Lineamientos Educativos y Orientaciones Pedagógicas para la Educación Sexual Integral para Profesores y Tutores de la Educación Básica Regular”
- Resolución Directoral N° 0343-2010-ED, que aprueba las “Normas para el Desarrollo de las Acciones de Tutoría y Orientación Educativa en las Direcciones Regionales de Educación, Unidades de Gestión Educativa Local e Instituciones Educativas”.

IV. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan Multisectorial es de aplicación y alcance nacional tanto en el sector público como privado.

V. PLAN MULTISECTORIAL 2013 - 2021

5.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

5.1.1. Delimitación de la situación

Si bien la fecundidad global en el Perú ha ido en descenso en los últimos 25 años, la fecundidad en adolescentes no ha tenido el mismo comportamiento. Esta última ha disminuido en dicho periodo, no obstante no ha ido al ritmo de la fecundidad global sino más bien está presentando una curva al alza en los últimos diez años³. Según la ENDES 2012, la Tasa de Fecundidad en las adolescentes (15 a 19 años) es del orden de 64 x 1000 mujeres.

El porcentaje de embarazo en adolescentes se ha estacionado en los últimos 10 años presentando tendencia al aumento en los últimos años. Mientras que la ENDES 2000 reportó que 13,0% de las adolescentes eran madres o estaban embarazadas, la ENDES 2012 muestra que el 13,2% de las mujeres de 15 a 19 años de edad⁴ ya estuvo alguna vez embarazada, de estas el 10,8% ya es madre, y el 2,4% está gestando por primera vez. Respecto a los embarazos no planeados (lo quería después) la misma encuesta muestra que asciende al 57,8% en las mujeres menores de 20 años. (ENDES 2012)

Otros datos relevantes a considerar en el análisis son los factores determinantes del embarazo en adolescentes⁵ y que analizaremos más adelante que son: 1) Edad de inicio de las relaciones sexuales en las y los adolescentes; 2) Edad en que ocurre el primer embarazo; 3) Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos por las y los adolescentes sexualmente activos; y, 4) Espacio intergenésico en adolescentes que ya son madres.

Asimismo, es imprescindible analizar los determinantes sociales del embarazo adolescente para comprender las brechas que esconden los indicadores demográficos⁶ a la luz de las características que presenta la problemática en el Perú. Este análisis se verá reflejado en el marco lógico y tendrá una utilidad relevante a la hora de definir las líneas estratégicas de acción y los resultados esperados con la implementación del presente plan multisectorial.

³ De acuerdo a la ENDES 2012, y comparado con estudios previos, se señala que la fecundidad disminuyó en 41,9%, desde 4,3 hijos por mujer a 2,5 (casi 2 hijos) por mujer

⁴ Resulta siendo una limitación el hecho de que la ENDES sólo incluya en la muestra a mujeres adolescentes desde los 15 años de edad.

⁵ Varios autores los denominan factores próximos.

⁶ Se presentarán en el aparte “Magnitud del problema”

Es importante resaltar que en el país las estadísticas del embarazo en adolescentes incluyen tanto los embarazos que terminan con nacidos vivos como los embarazos que terminan en aborto espontáneo o con óbitos fetales y los embarazos que terminan en aborto inducido. No obstante, en la actualidad se utilizan prioritariamente las estadísticas referidas a la etapa de vida comprendida entre los 15 y 19 años, subestimándose la importancia de reportar información para el grupo de edad comprendido entre los 10 y 14 años.

El presente Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes tendrá como foco del planeamiento cualquier episodio de embarazo durante la adolescencia.

5.1.2. Magnitud del problema

La fecundidad en adolescentes varía por factores del contexto socioeconómico en el que viven y crecen las y los adolescentes. La magnitud del embarazo en la adolescencia se puede describir por lugar de residencia, quintiles de riqueza y nivel educativo de las adolescentes.

Para el caso de la residencia o procedencia, la ENDES 2012 muestra que existen notables diferencias entre las adolescentes que viven en zonas urbanas y las que viven en zonas rurales.

Embarazo y Maternidad en Adolescentes (15 a 19 años) por área de residencia

Área de Residencia	Ya son Madres %	Embarazadas con el primer hijo %	Total alguna vez embarazada %
Urbana	8,3	1,9	10,2
Rural	17,9	3,6	21,5

Fuente: ENDES 2012

Aún se mantienen notables diferencias entre las distintas regiones naturales. Mientras que el 32,2 y el 27,2% de las adolescentes de Loreto y San Martín, respectivamente, ya tienen un hijo o están embarazadas en Arequipa solo el 5,2% están en la misma situación⁷. Otras regiones que presentan los mayores porcentajes de adolescentes que son madres o están embarazadas, además de Loreto y San Martín, son: Tumbes, Ucayali y Amazonas con 27,0%, 26,5% y 23,5%, respectivamente. Se presenta menor porcentaje de adolescentes madres o que están embarazadas además de Arequipa, en Tacna (6,9%) seguido de Lima, Puno y Moquegua con 7,7%, 8,9% y 9,5%, en cada caso.

Embarazo y Maternidad en Adolescentes (15 a 19 años) por región natural

Región Natural	Ya son madres %	Embarazadas con el primer hijo %	Total alguna vez Embarazada %
Lima Metropolitana	6,6	1,1	7,7
Resto Costa	11,1	2,2	13,3
Sierra	9,8	2,6	12,4
Selva	22,6	4,9	27,5

Fuente: ENDES 2012

Tal como ocurre en otros países, en el Perú se mantienen importantes diferencias entre adolescentes con distintos niveles educativos tal como se observa en la tabla a continuación.

⁷ INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES 2012



Embarazo y Maternidad en Adolescentes (15 a 19 años) por nivel educativo

Nivel educativo	Ya son Madres %	Embarazadas con el primer hijo %	Total alguna vez embarazada %
Sin educación	45,6	11,1	56,7
Primaria	30,8	4,1	34,9
Secundaria	9,3	2,3	11,6
Superior	3,3	1,1	4,5

Fuente: ENDES 2012

Del mismo modo se aprecian importantes diferencias según quintiles de riqueza.

Embarazo y Maternidad en Adolescentes (15 a 19 años) por quintiles de riqueza

Quintil de riqueza	Ya son madres %	Embarazadas con el primer hijo %	Total alguna vez embarazada %
Quintil inferior	21,3	4,8	26,1
Segundo quintil	17,5	2,4	19,9
Quintil intermedio	9,8	3,0	12,8
Cuarto quintil	5,5	1,8	7,2
Quintil superior	2,3	0,3	2,6

Fuente: ENDES 2012

Evolución del Embarazo y Maternidad en Adolescentes (15 a 19 años) 2000-2012

Periodo	Ya son madres	Embarazadas con el primer hijo	Total alguna vez embarazada
2012	10,8%	2,4%	13,2%
2000	10,7%	2,3%	13,0%

Fuente: ENDES 2012

Otro rasgo que da cuenta de la magnitud del embarazo en adolescente está relacionado con el rápido incremento en la proporción de mujeres que inician el proceso de procreación al aumentar la edad, desde un 2,3% a los 15 años hasta el 25,6% a los 19 años (INEI, 2012).

El nivel de escolaridad sigue teniendo un papel preponderante en el inicio de la vida reproductiva. Los estudios sugieren que existe una fuerte relación entre el descenso de la fertilidad en las mujeres y el incremento de su escolaridad.

Las estadísticas publicadas recientemente por el INEI revelan que los mayores porcentajes de adolescentes que eran madres o que estaban embarazadas se presentan en las mujeres sin educación (56,7%), en las residentes de la Selva (27,5%), entre las que se encuentran en el quintil inferior de riqueza (26,1%) y en el área rural (21,5%). Mientras que menores porcentajes se aprecian en Lima Metropolitana (7,7%), entre aquellas con educación superior y en las del quintil superior de riqueza (4,5% y 2,6%, respectivamente) (INEI 2012).

A pesar de los avances considerables producidos en la educación de las mujeres, la mayoría de los niños son concebidos y criados por madres adolescentes que no han pasado de la educación primaria y cuyo nivel de fertilidad es generalmente el doble que el de mujeres con mayores niveles de educación.

Los datos estadísticos presentados anualmente por la encuesta ENDES Continua constituyen evidencias y argumentos para definir compromisos estratégicos por sectores y regiones según lo relevante para cada realidad.

5.1.3 El embarazo en adolescentes: un problema de salud pública en el Perú

Dos son las principales características del embarazo en adolescentes en el Perú:

- 1) La fecundidad en adolescentes que no ha disminuido con igual intensidad que la fecundidad global.
- 2) El porcentaje de embarazo adolescente que se mantiene en la misma proporción, con un ligero incremento según ENDES 2012.

A ello, se suman otras características que hacen que el embarazo en la adolescencia sea considerado un problema de salud pública en el país:

- a) **Afecta en mayor grado a mujeres con bajo nivel educativo.** Tiene mayor prevalencia entre las mujeres adolescentes con educación primaria, el 30,8% ya es madre y el 4,1% está embarazada del primer hijo.
- b) **Afecta en mayor grado a mujeres que residen en la Selva.** El 22,6% de mujeres que reside en la Selva ya son madres y el 4,9% está embarazada del primer hijo. Son cinco los departamentos que tienen la mayor prevalencia de embarazo en adolescentes en el Perú, todos son de la región de la Selva.
- c) **Afecta en mayor grado a mujeres adolescentes del quintil de riqueza inferior.** El 21,3% de las adolescentes que pertenecen al quintil inferior ya es madre y el 4,8% está embarazada de su primer hijo.
- d) **Afecta en mayor grado a las adolescentes que residen en el área rural.** El 17,9% de adolescentes que reside en zonas rurales ya es madre y el 3,6% está embarazada de su primer hijo. Sin embargo, zonas metropolitanas del país como Lima, Callao, Piura y Trujillo presentan cifras al alza en los últimos años.

Se identifican dos tipos de escenarios geográficos donde el embarazo en adolescentes se concentra en mayor proporción: 1) zonas rurales en la Selva de los departamentos de Loreto, Madre de Dios, Ucayali, San Martín y Amazonas; 2) zonas urbano-marginales de las áreas urbanas de Lima, Callao, Piura, Tumbes y La Libertad.

Estas características **dan cuenta de la vulnerabilidad** en la que se desarrollan las adolescentes que pertenecen a los quintiles inferiores, tienen bajo nivel educativo y residen en zonas rurales o en zonas urbano-marginales de las áreas urbanas del país. Tal situación se explica por diversos factores asociados a determinantes socioeconómicos y determinantes contextuales.

Las principales características del problema constituyen argumentos para que la prevención del embarazo en adolescentes sea tratado como una política pública que requiere del diseño de programas y proyectos propios para cada realidad.

5.1.4. El embarazo en adolescentes desde el enfoque de determinantes de la salud

Green y Kreuter (1999) proponen una clasificación de los factores determinantes de la salud clasificándolos en tres tipos: i) Factores predisponentes; ii) factores reforzadores; iii) factores facilitadores, tal como se muestra en la siguiente ilustración.

Ilustración 1.
Factores predisponentes, facilitadores y reforzadores de la salud

Fuente: Tomado de Breinbauer, C. (2008), que a su vez adapta de Green LW, Kreute

De otra parte, Mc Leroy (1988) sostienen que los ámbitos de influencia de los comportamientos y las condiciones saludables comprenden tanto el nivel individual, interpersonal, institucional u organizativo como comunitario y de políticas públicas. Es decir, los factores sociales y económicos no son los únicos determinantes de la salud, sino que se reconoce como factores determinantes la capacidad de respuesta de las instituciones gubernamentales y de las organizaciones comunitarias, así como los factores familiares, a los que se viene dando mayor importancia. Es decir, se ha ampliado el rango de análisis de los determinantes de los problemas de salud incluyendo la comprensión del embarazo en adolescentes.

En el marco de tal desarrollo conceptual, Flórez (2005) propone partir de dos dimensiones de análisis de los factores determinantes del embarazo en adolescentes: i) determinantes socioeconómicos y ii) determinantes contextuales. Al centro del análisis coloca cuatro factores próximos: i) El inicio de las relaciones sexuales; ii) La edad de la adolescente ante el primer embarazo; iii) El uso de métodos anticonceptivos por las y los adolescentes sexualmente activos; y iv) El espacio intergenésico en las adolescentes que ya son madres.

El siguiente diagrama ilustra claramente los factores próximos, así como los determinantes socioeconómicos (hojas internas) y los determinantes contextuales (hojas externas) que juegan un rol en el embarazo en adolescentes.

Ilustración 2. Factores determinantes del embarazo en adolescentes

Flórez, Pantelides y Simmons Adaptado por Equipo Consultor – MINSA 2010

A continuación se describe los factores más saltantes que presenta la ilustración y que permite alcanzar una comprensión integral del problema del embarazo adolescente en el Perú.

FACTORES PRÓXIMOS

• Inicio de las relaciones sexuales

Según la ENDES 2012, un 8,5% de las mujeres de 25-49 manifestó haber tenido relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años y un 41,0% antes de los 18 años.

En la investigación "Sexo, Prevención y Riesgo" realizada en el Perú por la Universidad Peruana Cayetano Heredia (2008) en jóvenes hombres y mujeres de 12 a 19 años de edad y sus madres, se encontró que un 21,2% (276 mujeres) de las mujeres y 41,1% (455 varones) de los varones adolescentes de 15 a 19 años reportaron haber tenido alguna vez relaciones sexuales. Los valores más altos se reportaron en Iquitos 30% para mujeres y 60% para varones. Entre las edades de 12 a 14 años, el 4% de mujeres y el 6% de varones reportaron haber tenido relaciones sexuales.

La edad promedio del inicio de las relaciones sexuales en la investigación fue de 16 años en mujeres y 15,5 años en varones. La mayoría de las mujeres - un 93% - refiere que su primera experiencia sexual fue con el enamorado, los varones en cambio reportaron haberse iniciado con la enamorada en un 52% y con la amiga un 28,8%. También se reportó que entre un 40 y 50% de las y los adolescentes de 15 a 19 años encuestados, refirieron no haber usado ningún método anticonceptivo en la primera relación sexual y de los que reconocieron haber usado alguna forma de protección, entre un 10% y 19% indicaron haber practicado el coitus interruptus como método de protección sexual. Del mismo modo, un alto porcentaje (entre un 55% y 74,6%) admitió no haber usado condón en esa primera relación sexual⁸.

Los hallazgos demuestran que en la actualidad en el Perú los y las adolescentes comienzan la actividad sexual a más temprana edad, aunque en un ambiente desfavorable y carente de información acerca de las posibles repercusiones y de las formas para evitar estas⁹.

Otro factor determinante de riesgo de embarazos es la iniciación sexual bajo coerción - tipificada como delito en el Código Penal - la cual tiene consecuencias en la salud mental, en la vivencia de una sexualidad saludable y placentera y en la vida reproductiva de la adolescente al darse sin protección anticonceptiva. Pantelides y Geldstein comprobaron que la experiencia de una iniciación sexual forzada o no deseada, pero finalmente aceptada, disminuía drásticamente a medida que aumentaba la edad en que había tenido lugar. Existen extremos de esta variable, como el hecho de que el 100% de las niñas que tuvieron su primer coito antes de los 13 años habían sido forzadas. Si bien en el país no tenemos estudios sobre inicio sexual forzado y embarazo adolescente, se estima que muchos de los embarazos en menores de 14 años son producto de relaciones sexuales no consentidas.

• Edad del adolescente ante el primer embarazo

El embarazo a cualquier edad es un evento psicosocial sumamente importante y muchas veces se ve matizado de situaciones adversas que pueden atentar contra las embarazadas y el embarazo mismo. Es importante subrayar el hecho de que el embarazo en una mujer menor de 20 años es considerado por la Organización Mundial de la Salud como un embarazo de riesgo en el que se afecta la salud tanto de la madre como del embrión en desarrollo. Además, cuando el embarazo ocurre en una adolescente con desnutrición se incrementa significativamente la morbilidad y mortalidad materna. En el año 2011, el 7,5% del total de las defunciones maternas correspondieron a adolescentes de 12 a 17 años, es decir, 33 muertes maternas del total de casos (442)¹⁰. Para el año 2012 del total de muertes maternas (428 casos), el 9,6% correspondieron a adolescentes de 12 a 17 años de edad (41 casos)¹¹.

Las complicaciones que presentan los hijos de madres adolescentes están relacionadas más a factores sociales que a determinantes biológicos. Es necesario reconocer que las adolescentes de los estratos económicamente más vulnerables tienen menos probabilidades de acceso a información y atención prenatal o de recibir estas será tardíamente. Estas circunstancias se empeoran en el área rural.

• Uso de métodos anticonceptivos

Los datos de la ENDES 2012, señalan que el uso actual de métodos anticonceptivos modernos entre las adolescentes sexualmente activas es de 61,5% siendo el condón masculino el más requerido (42,4%). En el grupo de adolescentes actualmente unidas el 50,6% usa métodos modernos; a diferencia del grupo anterior, el método moderno más usado en este grupo son los inyectables (29,2%). Esta diferencia entre ambos grupos poblacionales puede explicarse por las barreras legales que impiden la entrega de métodos anticonceptivos por parte del profesional de salud a las adolescentes sexualmente activas no unidas.

⁸ Patricia J. García, Armando Cotrina, Cesar Cárcamo. SEXO, PREVENCIÓN Y RIESGO-Adolescentes y sus madres frente al VIH y las ITS en el Perú - Octubre 2008.

⁹ Secretaría de Salud. Prevención del Embarazo No Planeado en Adolescentes, México D.F. 2002.

¹⁰ DGE- MINSA. 2011 adolescentes de 12-17 años

¹¹ DGE- MINSA. 2012 adolescentes de 12-17 años

Las adolescentes sexualmente activas que no usan ningún método anticonceptivo están expuestas a embarazos no planeados; las adolescentes subestiman a menudo la posibilidad de quedar embarazadas y los adolescentes de causar un embarazo. Datos estadísticos dan cuenta de que a pesar del aumento en el uso de los anticonceptivos, muchas mujeres declaran que su último embarazo no fue planeado o que quisieron evitar un embarazo y que no practican la anticoncepción¹². El 16,7% de las adolescentes en unión (casadas o convivientes) presentan una necesidad insatisfecha de planificación familiar en comparación a otros grupos poblacionales como por ejemplo las mujeres entre 20 y 24 años cuya necesidad insatisfecha se reduce a 12,3% (ENDES Continua 2012).

• Espacio Intergenésico

Las madres adolescentes son las que menor periodo intergenésico (PIG: tiempo transcurrido entre un embarazo y el siguiente) muestran en comparación con otros grupos poblacionales: en el grupo de 15 a 19 años el PIG es de 25,4 meses, en el grupo de 20 a 29 años el PIG se incrementa a 40,0 meses, en mujeres de 30 a 39 años el PIG es de 58,0 meses (ENDES 2012).

Entre los factores de riesgo más importantes para un nuevo embarazo en la madre adolescente se encuentran: situación de pobreza; edad menor a 16 años; no vivir con los padres o vivir solamente con uno de ellos; bajo nivel de educación de la madre; falta de apoyo de un adulto dentro o fuera de la familia; ausencia de un plan de vida; alteraciones emocionales y depresión; uso inconsistente de métodos anticonceptivos y, también tener una pareja estable constituye un factor de riesgo importante para que la madre adolescente se embarace de nuevo y rápidamente.

Un segundo embarazo representa sin duda una sobrecarga aún mayor para la madre adolescente desde el punto de vista biológico, económico, social y emocional, sobre todo cuando proviene de sectores económicamente pobres. Las consecuencias son preocupantes ya que aumenta la incidencia de parto pretérmino y bajo peso del bebé al nacer a la vez que se reducen las probabilidades de que la madre adolescente complete su educación, se capacite para obtener un mejor empleo y se transforme en una persona autosuficiente para ella y su familia¹³.

PRINCIPALES FACTORES DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS

• Acceso a servicios de salud

La disponibilidad de servicios de salud que atiendan las demandas en materia de sexualidad de las y los adolescentes afecta directamente las tasas de embarazo y fecundidad de esta población. Existen diferentes tipos de servicios organizados dentro de los establecimientos de salud: servicios diferenciados con ambientes exclusivos (I-4, II y III), servicios en horarios diferenciados (I-1, I-2 y I-3) y los AISPED (Servicios móviles para la atención integral).

La oferta de estos servicios depende en gran medida de la existencia de una política gubernamental comprometida con las y los adolescentes y que dé la oportunidad de acceso a los estratos más pobres. Se argumenta que resulta fundamental no solo extender la oferta de estos servicios sino brindarlos con criterios de calidad. La accesibilidad desde el punto de vista físico como subjetivo resulta siendo crítica a la hora que las y los adolescentes deciden utilizar dichos servicios. Un clima organizacional adverso, con censura a la sexualidad en la adolescencia puede orientar a prácticas discriminatorias, lo cual podría reflejarse en negativas de proveer anticoncepción o incluso atención en orientación/consejería en salud sexual y reproductiva.

¹² INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES 2012

¹³ Cristina Lammers. Adolescencia y Embarazo en el Uruguay, - Diciembre 2000.

• Acceso a fuentes de información sobre sexualidad

Flórez (2005) demuestra que la frecuencia de las charlas de educación sexual impartidas en las escuelas no ha mostrado efecto importante en la reducción del embarazo no planeado en adolescentes. Encontró que la información sobre sexualidad referida al aparato reproductivo obtenida de los padres o de la escuela tiene efectos favorables importantes. Por el contrario, la información sobre las relaciones sexuales o sobre los métodos anticonceptivos no tiene mucho impacto. Del mismo modo se constató que la educación sexual impartida en las escuelas es más bien informativa de los órganos reproductivos y de la prevención de enfermedades de transmisión sexual, pasando por alto las necesidades de formación integral de las y los adolescentes. Los adolescentes consideran al docente como fuente de información para estos temas sin embargo el 40% no considera que estén preparados adecuadamente. (UPCH)¹⁴.

Los resultados de la ENDES 2004-2008 confirman el poco efecto de concentrarse en impartir contenidos solamente relacionados con los métodos anticonceptivos. Casi la totalidad de las adolescentes de 15 a 19 años (97,4%) conocen algún método anticonceptivo moderno; mientras que solo el 2,1% de este grupo manifestó no conocer algún método anticonceptivo. Al comparar con el año 2000, el porcentaje de adolescentes que conocen algún método moderno se ha incrementado en 16,6 puntos porcentuales y el porcentaje de las que no conocen estos métodos ha disminuido en 15,3 puntos. Dichos avances, en términos generales, se han presentado tanto en áreas urbanas como rurales y también entre las adolescentes sexualmente activas que no son madres (98,9%) como entre las adolescentes que ya son madres (98,6%) (INEI, 2010).

• Lugar de residencia

Los factores próximos varían según el lugar de residencia. Esta variable resume una realidad compleja que se podría sintetizar como “estilo de vida” (Pantelides, 2008) y comprende desde acceso a la educación, trabajo y a los mensajes de los medios de comunicación, hasta aspectos culturales y sociales tales como las perspectivas que se le ofrecen a las mujeres fuera del hogar y la mayor o menor igualdad entre los sexos¹⁵. Una forma usual de clasificar el lugar de residencia es urbana y rural. El caso peruano corrobora lo que otros estudios han revelado, que la fecundidad en adolescentes es mayor en las zonas rurales que en las zonas urbanas. Sin embargo, es de notar que existen importantes diferencias entre ámbitos urbanos; por ejemplo en el caso de Lima Metropolitana el 6,6% de las adolescentes ya son madres, mientras que en otras ciudades de la Costa el promedio es de 11,1% (ENDES 2012).

En resumen, el lugar de residencia se convierte en un factor determinante porque representa el espacio en el cual están disponibles los servicios, bienes y oportunidades a las que podrían acceder los y las adolescentes que habitan en dicho ámbito.

• Escolaridad

El nivel de escolaridad sigue teniendo un papel preponderante en el inicio de la vida reproductiva. Los estudios realizados, tanto en las mujeres más jóvenes (20 a 24 años) como para el resto, indican que la escolaridad es la variable de mayor peso en la determinación de probabilidades de tener al primer hijo nacido vivo. Los estudios recientes cualitativos realizados en el Perú y los resultados de la ENDES revelan que carecer de escolaridad o tener la primaria incompleta aumenta notablemente las probabilidades de tener al primer hijo en la adolescencia, mientras que culminar la secundaria o más incide de manera importante en la probabilidad de convertirse en madre a edades adultas (Luna C., 2008), lo que coincide con otras evidencias recolectadas en la región latinoamericana y en países desarrollados.

¹⁴ Universidad Peruana Cayetano Heredia y Consorcio por el Desarrollo de Adolescentes y Jóvenes. IES-Pathfinder – UPCH – Calandria - PROSA. “Estudio Diagnóstico en Adolescentes en el Perú - 2005 Comportamientos sexuales y acceso a condón”. Fondo Mundial. Patricia García et al.

¹⁵ Pantelides Edith. Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina 2008

El acceso a la educación básica completa - primaria y secundaria - ya sea en la modalidad regular, alternativa o especial, se convierte en un factor protector frente al embarazo no planeado. No obstante si la educación es de calidad se refuerza el efecto protector ya que una educación de calidad es capaz de mejorar las habilidades de las y los adolescentes para desarrollar un plan de vida, mejorar su autoestima, construir su identidad, empoderarse, adoptar mejores decisiones y modificar patrones y actitudes hacia la construcción de feminidades y masculinidades más equitativas.

• Uso del condón

Se ha demostrado que el uso del condón en la primera relación sexual reduce la probabilidad de un embarazo no planeado y promueve una conducta de cuidado en las próximas relaciones. Existen evidencias que revelan que una proporción reducida de mujeres cuyas parejas sí hicieron uso de este método con su primera pareja sexual lograron retrasar la maternidad y, por lo tanto, reducir su probabilidad de convertirse en madres adolescentes.

El estudio realizado por García y col. (2008) señala que el 97% de adolescentes de 15 a 19 años y el 84% de adolescentes de 12 a 14 años encuestados reportaron haber escuchado hablar del condón mencionando que los profesores son los que les han hablado de este insumo. En cuanto al acceso a condones, el primer lugar donde las y los adolescentes lo obtienen son las farmacias 76,8% y en segundo lugar están los establecimientos de salud y servicios de planificación familiar (53,3%).

Las políticas públicas en materia de anticoncepción y salud reproductiva orientadas hacia adolescentes deben considerar acciones que tiendan a mejorar las condiciones en las que este grupo de la población inicia su vida sexual. Ello implica reforzar el componente de prevención de las acciones públicas en la materia. Es importante señalar que dichas acciones deben incluir la participación de los varones adolescentes cuya aceptación del uso del condón resulta fundamental para el cuidado de su propia salud y la de su pareja.

• Estrato socioeconómico

Las tasas de fecundidad son altamente variables según el estrato social. Para el caso peruano la fecundidad es dos veces mayor en los dos quintiles más pobres y tres veces menor en los dos quintiles más ricos. Esta situación revela la importancia de abordar la exclusión que sufren aquellas adolescentes que viven en situación de pobreza y pobreza extrema. El uso de métodos anticonceptivos es sensible a los niveles de pobreza. Los datos de otros países muestran que en la medida que se sube en la escala social se incrementa la proporción de mujeres y varones adolescentes que hacen uso de métodos anticonceptivos cuando inician su actividad sexual. En una investigación con adolescentes de estratos bajo y medio-alto del área metropolitana de Buenos Aires, Pantelides y colaboradores encontraron que, si bien las jóvenes del estrato bajo se iniciaban algo más temprano que las del estrato medio-alto, al llegar a los 18 años, la proporción de iniciados era superior en el caso de varones y mujeres de los estratos medio-alto¹⁶.

Esta diferencia en la exposición al riesgo de concebir era totalmente compensada por el uso de la anticoncepción. Mientras solamente alrededor de un tercio de varones y mujeres que viven en condiciones de pobreza y vulnerabilidad usaron anticonceptivos desde la iniciación sexual, dos tercios de los varones y tres cuartas partes de las mujeres de clase media alta tuvieron ese comportamiento.

• Clima educativo familiar y escolaridad de la madre

El clima educativo familiar¹⁷ y la escolaridad de la madre tienen efectos favorables estadísticamente significativos en el sentido de que un mayor nivel o un mejor clima educativo se asocian con una mejor probabilidad de postergación de las relaciones sexuales entre las y los adolescentes.

¹⁶ Pantelides Edith. Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina 2008

¹⁷ El clima educativo familiar se define como la escolaridad promedio, en años, de los miembros de la familia mayores de 15 años

Para el caso peruano el nivel educativo de la madre ha mejorado sustantivamente, y se aprecia que se ha incrementado el acceso de las mujeres urbanas a la educación superior. Probablemente dicho cambio sea uno de los factores que ha contribuido a la reducción de la tasa de fecundidad entre las adolescentes urbanas (Flórez, 2005).

- **Estructura familiar**

Existen innumerables evidencias que dan cuenta de que la fecundidad adolescente está influenciada por la familia y los grupos sociales de pertenencia. Familias con ambos padres biológicos presentes, ofrecerían un ámbito protector; los y las adolescentes provenientes de estas familias tendrían una probabilidad menor de adoptar conductas de riesgo, es decir, de tener relaciones sexuales sin protección y por lo tanto, de quedar embarazadas o embarazar a su pareja.

La relación entre estructura familiar y conductas reproductivas de las y los adolescentes está estudiada sobre todo en países desarrollados. Se ha encontrado que las mujeres adolescentes que no conviven con la madre ni con el padre registran la mayor frecuencia de conductas de riesgo es decir la falta de uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual es tres veces más frecuente que la se registra en las adolescentes que viven con ambos progenitores¹⁸.

- **Tipo de unión de la madre**

La condición conyugal de la madre muestra asociaciones significativas en la reducción de la prevalencia del embarazo en adolescente (Flórez, 2005). El tener una madre sola (separada o viuda) incrementa la probabilidad de iniciar tempranamente las relaciones sexuales¹⁹, situación que muestra profundos cambios en el Perú entre los años 1993 y 2007. En dicho periodo ha crecido la proporción de hogares urbanos con jefatura femenina, de 23 a 30%, y básicamente se trata de un fenómeno urbano (Aramburú, 2010).

PRINCIPALES FACTORES DETERMINANTES CONTEXTUALES

- **Patrones culturales de la comunidad**

Algunos grupos sociales otorgan un valor superior al matrimonio y la maternidad/paternidad como proyecto de vida. En ese marco, un embarazo temprano puede considerarse un logro personal y ser el resultado de un cálculo perfectamente racional en el que las consecuencias positivas superan a las negativas, en particular para las adolescentes de aquellos estratos de la sociedad en que los planes de vida alternativos tienen pocas posibilidades de realizarse. Este es el caso de las adolescentes que residen en zonas rurales, donde predominan los mensajes sociales que tienden a alentar la ignorancia y la vergüenza cuando se afrontan situaciones que guardan relación con el sexo²⁰. De otra parte, influye la reticencia de la sociedad y la familia para reconocer a las y los adolescentes como sujetos con derecho a ejercer su sexualidad; como producto de esta negación se restringe el acceso a información, a métodos anticonceptivos y a prácticas sexuales seguras. La cultura, entendida como el conjunto de preferencias y creencias que ayudan a entender diversos comportamientos económicos, es transmitida intergeneracionalmente a través de la familia o la red social cercana (barrio, comunidad, colegio, entre otros) y normalmente evoluciona muy lentamente a menos que ocurra algún shock de información que se difunda eficientemente a lo largo de la red familiar o social (Fernández y Fogli²¹).

- **Tipo de parentalidad**

Varios actores argumentan que el rol que juega la familia y el hogar en el estado de salud del adolescente es esencial. En el año 2005 se realizó una revisión literaria orientada a identificar las investigaciones más recientes sobre la parentalidad de los adolescentes en los países en desarrollo (WHO, 2007), particularmente se examinó la evidencia disponible sobre el tipo de parentalidad que los programas podrían reforzar o eliminar. A partir de ello, se ha establecido que el rol de la crianza o tipo de parentalidad puede ser organizado en cinco dimensiones que son relevantes en la formación de el/la adolescente:

¹⁸ Pantelides Edith. *Aspectos Sociales del Embarazo y la Fecundidad Adolescente en América Latina* 2008.

¹⁹ Flórez C. Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia. *Revista Panamericana de Salud Publica* 18(6), 111. 2005.

²⁰ Breinbauer, Jóvenes: Opciones y cambio. *Promoción de conductas saludables en los adolescentes OPS* 2008.

²¹ Tornado de Valdivia, M. Maternidad adolescente en el Perú: Qué tan importante son los factores culturales. 2010.

- Conexión – Amor
- Control de comportamiento – Límites
- Respeto de la individualidad – Respeto
- Modulación de un comportamiento adecuado – Modelo
- Provisión y protección – Provisión.

• Nivel de comunicación con la madre

Respecto a la comunicación entre hijos adolescentes y padres, se ha encontrado que la madre parece ser una figura clave, aún para los adolescentes varones.

En el estudio de García y colaboradores (2008), los y las adolescentes de 15 a 19 años mencionaron que los temas prioritarios que conversaban entre madres e hijos/as giraban en torno a las/os enamoradas/os (74%), seguido de las consecuencias de un embarazo en la adolescencia (72,4%), las ITS (68,1%) y el aborto y sus consecuencias (61,4%). En la misma encuesta el 52% de las y los adolescentes reportó que las madres nunca les hablan sobre la masturbación ni sobre los sueños húmedos ni tampoco si usan algún método para evitar el embarazo (48,6%)²².

De otro lado, entre 14,1% a 35,6% de los y las adolescentes de 15 a 19 años afirmó, que la madre era la persona que le había hablado de temas de sexualidad o de quien habían aprendido sobre la materia; igualmente en el grupo de 12 a 14 años, las mujeres reportaron que la madre fue la fuente de información en sexualidad (44,4%).

Parece que existe un aceptable nivel de comunicación entre madres e hijos/as sobre temas relacionados con la sexualidad tal como lo demuestran los datos descritos, no obstante todavía se observa temas tabú que no se conversan entre ambos.

• Violencia contra la mujer

Se ha establecido vínculos entre los niveles de violencia social - familiar, callejera, escolar, pandillaje- y el embarazo no planeado en adolescentes. Mujeres adolescentes que pertenecen a dichos círculos tienen mayor riesgo de cursar un embarazo, ya sea porque son víctimas de violencia familiar, abuso sexual (casos que no son denunciados en su mayoría) y/o explotación sexual.

El Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, a través de los defensores públicos atendió en el año 2010 casos de violencia familiar y violación de la libertad sexual donde el grupo más afectado fueron las mujeres. De los casos de violencia familiar atendidos, 346 correspondieron a mujeres y 33 a hombres y en cuanto a los casos de violación de la libertad sexual 181 afectaron a mujeres y 65 a hombres²³.

Por su parte en el mismo año, el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social atendió 43, 205 casos de violencia familiar y sexual en sus 114 Centros de Emergencia Mujer, de los cuales 37,761 correspondieron a mujeres y 5, 444 a hombres.

En el reporte de casos de violencia emitido por el Ministerio del Interior y la Policía Nacional del Perú se constatan - de enero a diciembre de 2010 - 5,059 denuncias de violencia familiar cuyas víctimas son mujeres de 11 a 17 años y 3, 401 denuncias por violación de la libertad sexual en mujeres de 10 a 17 años mientras que en el caso de adolescentes varones de 10 a 17 años se reportaron 180 víctimas²⁴.

En materia de trata de personas, el Registro y Estadística del Delito de Trata de Personas y afines (RETA) de la Policía Nacional del Perú reportó para el año 2010 a 172 víctimas de trata de personas, la mayoría fueron mujeres entre 14 y 30 años, en el grupo de mujeres adolescentes de 14 a 17 años se reportaron 63 casos; la mayoría de los casos tuvo como fin la explotación sexual²⁵.

²² Patricia J. García, Armando Cotrina, Cesar Carcamo. SEXO, PREVENCIÓN Y RIESGO-Adolescentes y sus madres frente al VIH y las ITS en el Perú – Octubre 2008.

²³ Dirección General de Defensa Pública MINJUS – 2010.

²⁴ Dirección Territorial PNP - 2010

²⁵ Registro y Estadística del Delito de Trata de Personas y afines (RETA) de la Policía Nacional del Perú, año 2010.

• Pertenencia a etnias

La pertenencia a un grupo étnico tiene dos tipos de influencia sobre los factores próximos que explican el embarazo adolescente. De un lado, afecta a las mujeres adolescentes que residen en sus lugares originales y de otro, también afecta a las mujeres cuando migran a zonas urbanas. En un reciente estudio realizado en el Perú - a partir de la oportunidad que significó el hecho de que las ENDES 2007-8 incluyeran preguntas sobre etnicidad y lugar de origen - se describe que los factores culturales asociados a grupos étnicos quechua y aymara son importantes en el inicio de las relaciones sexuales y en la idea de tener un hijo siendo adolescente, tanto para mujeres que residen en su lugar de origen como para mujeres migrantes que residen en zonas urbanas. (Valdivia, 2010).

Los resultados del Censo 2007 confirman que la pertenencia a un grupo étnico incrementa la probabilidad del embarazo temprano. Más de la tercera parte (34,6%) de las adolescentes de 15 a 19 años que tienen como lengua materna una lengua de la Amazonía ya son madres; a ellas le siguen las que tienen al quechua como lengua materna (15,2%), las Aymaras (11,5%) y finalmente las que tienen como lengua el castellano (11,1%). (INEI, 2010).

• Disponibilidad de políticas públicas a favor de la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes

En general, la evolución de las políticas públicas en materia de salud sexual y reproductiva ha variado en las dos últimas décadas, tanto en los países desarrollados como en aquellos en vía de desarrollo. Existen argumentos que sustentan que cuando los gobiernos demuestran resistencia a las iniciativas de política de anticoncepción en general, estas afectan las intervenciones que se desarrollan con adolescentes. Se argumenta que el trasfondo de dichas restricciones gubernamentales provienen de ciertos grupos de poder que se oponen a la implementación de políticas destinadas a poner a disposición conocimientos y medios anticonceptivos con el fin de controlar la fecundidad. Se rechazan especialmente los intentos de asegurar la autonomía de los y las adolescentes y su derecho a tomar decisiones independientes, sin el permiso de sus padres.

Adicionalmente, los programas de prevención, por lo general, tienen mayor concentración en la población femenina en desmedro de la masculina.

• Plan de vida

La existencia de planes de vida orientados al logro individual tiene un efecto positivo en la reducción de la frecuencia de comportamientos sexuales de riesgo, tanto por parte de las mujeres como por parte de los varones.

También se ha demostrado que las decisiones que toman las y los adolescentes en torno a su vida sexual y reproductiva se relacionan con la formulación y realización de su proyecto de vida, el cual influye a su vez en su fecundidad²⁶. Cuando no se han formulado metas profesionales ni incorporación al mundo laboral, las cuales son fundamentales para la orientación hacia el futuro, se incrementa el riesgo de un embarazo no planeado, ya que las adolescentes encuentran en la nupcialidad y en la maternidad su principal fuente de realización personal. Se ha encontrado también que los hombres y mujeres que centraron su proyecto de vida en la nupcialidad y la maternidad/ paternidad solían pertenecer al estrato bajo, lo que demuestra la relación entre situación socioeconómica y las metas y aspiraciones de la y los adolescentes.

• Identidad y autoestima

Los y las adolescentes que tienen más dificultades para planear sus decisiones, presentan deficiencias en por lo menos dos aspectos: la confianza en sí mismos/as y la autodeterminación (Flórez, 2005). Cuando estos dos aspectos están alterados, las decisiones de el / la adolescente se dan en un estado de vulnerabilidad. Las áreas de decisión que más se ven afectadas son las relacionadas a los comportamientos y estilos de vida. Las y los adolescentes se tornan influenciados por sus pares, por el entorno comunitario y por los mensajes sociales de los medios de comunicación. Complementariamente, se ven afectadas las capacidades de autorregulación.

²⁶ Flórez C. Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia. Revista Panamericana de Salud Pública 18(6), 111. 2005.

Un buen nivel de autoestima y bienestar emocional permite a los y las adolescentes desarrollar una serie de habilidades personales y facilita la toma de decisiones que llevan a una vida sexual más saludable. Por el contrario, la baja autoestima trae como consecuencia problemas de salud tales como depresión, suicidio, anorexia nerviosa, delincuencia y comportamientos de riesgo sexual, entre otros problemas.

• Percepciones, actitudes y conocimientos

Investigaciones relacionadas con el VIH y Sida han confirmado lo que ya se sabía respecto a los comportamientos sexuales: la posesión de conocimientos y aun la conciencia de la propia vulnerabilidad no necesariamente conducen a comportamientos de prevención (Pantelides, 2008).

Lo mismo sucede en el caso de los embarazos no planeados. Según un estudio de Kornblit y Méndez Diz²⁷, uno de los factores que conducirían a la adopción de conductas preventivas es la percepción del riesgo de embarazo. Pero múltiples barreras se interponen entre esta percepción de riesgo y la posibilidad de prevención. En relación con los métodos anticonceptivos se ponen de manifiesto los miedos frente a los efectos secundarios de los métodos y el rechazo al condón por su interferencia con el placer. También se aprecia la influencia de los problemas de acceso, ya sea por razones de la calidad de los servicios, en caso que existan o por la distancia (desencuentro) entre el/la adolescente y el/la proveedor/a de salud.

5.2 ANÁLISIS DE LA RESPUESTA NACIONAL

5.2.1 ACTORES Y RESPUESTA DEL ESTADO

LOS PRINCIPALES SECTORES E INSTITUCIONES INVOLUCRADOS SON:

SECTOR	Salud	Mujer	Educación	Justicia	Trabajo
INSTITUCION A ANALIZAR	- Ministerio de Salud - EsSalud - Fuerzas Armadas y PNP - Instituciones Privadas y otras	- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables – MIMP	- Ministerio de Educación - MINEDU	- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos - MINJUS	- Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo - MTPE

²⁷ Flórez C. Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia. Revista Panamericana de Salud Pública 18(6), 111. 2005

5.2.2. BREVE DESCRIPCIÓN DE LA RESPUESTA DEL ESTADO

SALUD	
MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES	Hay una política institucional visible en materia de marco legal e instrumentos de planeamiento a favor de la infancia y la adolescencia, a favor de la igualdad de oportunidades y contra la violencia intrafamiliar. Se ha hecho esfuerzos en desarrollar lineamientos para el desarrollo de programas de fortalecimiento a las familias. Se ha hecho esfuerzos en promover comportamientos sexuales saludables definiendo lineamientos de políticas y planes sectoriales. Se cuenta con marco legal al servicio de atención a acciones de prevención de adolescentes en abandono. Se han ampliado los programas de alfabetización. Se constata visibilidad política e institucional de los lineamientos para el fomento de la educación de las niñas y adolescentes en zonas rurales. Se han realizado esfuerzos para establecer normas y lineamientos que mejoren la calidad de la formación profesional y el enfoque de la educación sexual integral que se imparte en las instituciones educativas. Se ha priorizado la educación de niñas, niños y adolescentes de zonas rurales. Se ha implementado normativas de protección para evitar la deserción escolar por embarazo en la adolescencia.
TRABAJO Y PROMOCIÓN DEL EMPLEO	Se observan esfuerzos para el desarrollo de servicios de empleo, empleabilidad y emprendimiento de la Ventanilla Única de Promoción del Empleo (VUPE) a favor de los jóvenes, en especial a través del servicio de capacitación para la inserción laboral que se brinda a través del Programa "Jóvenes a la Obra", dirigidos a jóvenes de 15 a 29 años de edad. Se han realizado esfuerzos para generar instrumentos vinculados a la promoción de experiencias formativo-laborales de los jóvenes en el mercado de trabajo. Se han hecho esfuerzos por desarrollar servicios de orientación vocacional e inserción ocupacional en el marco de la ventanilla única de promoción del empleo (VUPE) dirigido a jóvenes.
JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS	Se ha avanzado en esfuerzos para establecer un marco institucional que favorezca la implementación de los programas contra la violencia intrafamiliar, servicios de asesoría legal para los y las ciudadanos y sistematización y difusión de la normatividad nacional e internacional.
PROGRAMAS SOCIALES (CIAS/JUNTOS/CRECER)	Se ha logrado establecer un marco legal y programas de difusión de la prevención de la explotación sexual comercial de niños y adolescentes. Se ha realizado esfuerzos en articular los programas sociales a nivel de los distritos y comunidades.

5.2.3 EVIDENCIAS SOBRE LAS INTERVENCIONES EFECTIVAS

En la actualidad existe suficiente evidencia que indica que los programas de educación sexual retrasan el inicio de la actividad sexual entre las y los adolescentes y mejoran el uso de métodos anticonceptivos entre adolescentes sexualmente activos/as reduciendo de este modo la prevalencia del embarazo en adolescentes.

Michael Carrera (UCLA, 2010)²⁸ sustenta que el embarazo en adolescentes no es simplemente “un problema genital” como tampoco es “un problema de la sexualidad femenina” y describe ocho tipos de intervenciones que podrían ser efectivas para reducir el embarazo en adolescentes:

- 1) Programa de educación sexual y vida familiar: orientado al desarrollo de habilidades para la vida, la postergación del inicio de la actividad sexual/abstinencia, la dimensión social de la problemática y el mejoramiento de la vida familiar.
- 2) Programa de fortalecimiento de los servicios de salud: orientado a mejorar la calidad de los servicios (calidez, oportunidad, disponibilidad de servicios de salud sexual y reproductiva) y la promoción de la salud y el trabajo con redes de jóvenes.
- 3) Desarrollo de programas de salud mental para adolescentes: orientado a la mejora de la autoestima y la afectividad en las relaciones madre-hijos.
- 4) Programas de desarrollo de la autoestima del adolescente a través de las artes: orientado al fortalecimiento de capacidades para elaborar proyectos de vida.
- 5) Programas de recreación o de deportes: orientado al fortalecimiento de capacidades para elaborar proyectos de vida.
- 6) Programas de evaluación académica y ayuda en el hogar: orientado al fortalecimiento de capacidades para elaborar proyectos de vida.
- 7) Programas laborales y de identificación de carreras ocupacionales: orientado al fortalecimiento de capacidades para elaborar proyectos de vida.
- 8) Programas de admisión temprana a la educación superior: orientado al fortalecimiento de capacidades para elaborar proyectos de vida.

De otra parte, Bearinger, Sieving, Ferguson & Sharma en la revista *The Lancet* (2007)²⁹ argumentaron que la reducción de la prevalencia de infecciones por el virus del VIH en algunos países occidentales se debió básicamente al esfuerzo realizado en la promoción de comportamientos sexuales seguros entre los y las adolescentes, en el marco de intervenciones para reducir el embarazo en adolescentes. Se agrupan tres tipos de intervenciones de prevención y promoción de la salud:

- 1) Servicios de salud que aseguran una atención de alta calidad en salud sexual y reproductiva.
- 2) Programas de educación sexual diseñados en un currículo basado en evidencias y orientado a la familia.
- 3) Estrategias de desarrollo juvenil para fortalecer habilidades para la vida y mejora en el acceso a oportunidades educativas, económicas y culturales basadas en la comunidad.

En una reciente revisión de 41 pruebas de control realizados en países desarrollados, que fue publicada en *Cochrane BVS*³⁰, se identifican tres tipos de intervenciones exitosas que fueron implementados en las escuelas, centros comunales a cargo de los gobiernos locales, servicios de salud y en los hogares. Todas las intervenciones incluían lo siguiente:

- 1) **Aspectos educativos:** educación en salud, educación para la prevención del embarazo no planeado en adolescentes, servicios comunitarios educativos, servicios de orientación/consejería, educación en salud más habilidades para la vida y grupos de autoayuda para adolescentes. Dichas intervenciones están dirigidas a los principales interlocutores de las y los adolescentes (pares, padres, docentes y el entorno).
- 2) **Promoción de métodos anticonceptivos:** promoción del uso de métodos anticonceptivos con o sin distribución de los mismos, dirigido en general a los y las adolescentes independientemente de si han iniciado o no su actividad sexual. El foco de esta intervención

²⁸ UCLA (25 de agosto de 2010) [www.nationa](http://smhp.psych.ucla.edu/teenpreg.htm). Recuperado el 25 de agosto de 2010.
hppt://smhp.psych.ucla.edu/teenpreg.htm

²⁹ www.thelancet.com Published online March 27, 2007.

³⁰ <http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/show.php?db=reviews&mfm=3107&id=&lang=>.

está dirigido a influir en las actitudes de los y las adolescentes hacia el uso de los anticonceptivos una vez hayan decidido iniciar su actividad sexual.

- 3) **Intervenciones múltiples:** combinación de intervenciones educativas con promoción de la anticoncepción y acceso a servicios integrales de salud sexual y reproductiva amigables para las y los adolescentes.

Una importante lección de dichos esfuerzos es que en la actualidad las comunidades tienen más opciones para desarrollar sus propias iniciativas adecuándolas a los valores, oportunidades y presupuestos locales disponibles. Cabe resaltar que los líderes de dichos programas son los gobiernos locales.

5.2.3.1 Análisis de evidencias de intervenciones efectivas en salud

Una primera evolución de las intervenciones se da en el campo de los servicios de salud, se ha pasado de concentrarse en ampliar la cobertura de los puntos de entrega de servicios diferenciados de salud sexual y reproductiva para adolescentes a mejorar la calidad de estos y a garantizar la orientación/consejería, así como la disponibilidad efectiva de los insumos anticonceptivos.

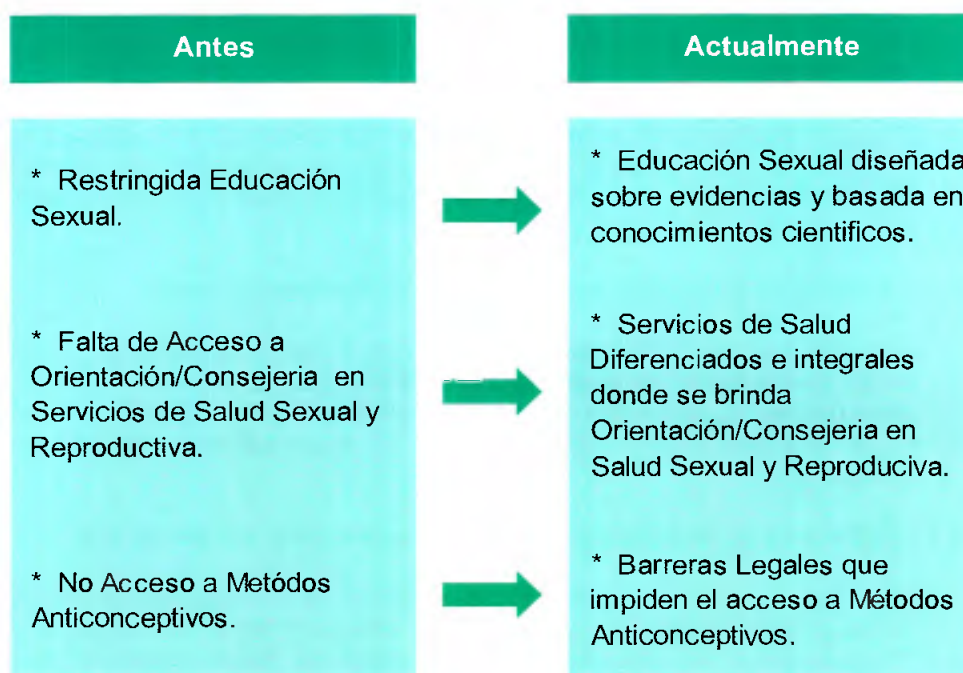
5.2.3.2 Análisis de evidencias de intervenciones efectivas en educación

Una segunda fuente de evolución de las intervenciones se ha dado en la educación. Se ha demostrado que para reducir la prevalencia del embarazo en la adolescencia es preciso realizar mayores esfuerzos para mejorar la respuesta del Sector Educación en cuanto a garantizar el acceso, la permanencia y la culminación de los estudios de la Educación Básica; así como mejorar la calidad educativa en el marco de un enfoque de construcción de ciudadanía donde el desarrollo de competencias para la autonomía, el desarrollo del juicio crítico y la puesta en práctica de un proyecto de vida resulta clave para la prevención del embarazo en adolescentes.

5.2.3.3 Análisis de evidencias de intervenciones efectivas desde gobiernos locales

Una intervención novedosa que sí funciona está relacionada a programas de origen local y/o comunitario orientados a fortalecer las habilidades de los y las adolescentes para adquirir autonomía y definir un proyecto de vida; es decir, los programas que desarrollan oportunidades en ocupación, empleo, y desarrollo de la autoestima funcionan y son desarrollados por los gobiernos locales.

Ilustración 3. Evolución de las intervenciones para reducir el embarazo en la adolescencia



Las evidencias de intervenciones efectivas en otros países corroboran que los principales avances en la prevención y disminución del embarazo se han dado en los programas que fortalecen las habilidades para la vida y desarrollan capacidades y competencias para el ejercicio de una sexualidad sana, saludable, responsable y placentera en las y los adolescentes.

También funciona la educación sexual basada en la escuela, en la familia y en el entorno de las y los adolescentes, ya que se ha notado que los mejores proveedores de información sobre sexualidad y conductas saludables son en primer lugar los padres y madres de familia, siempre que las relaciones al interior de la familia sean positivas; y en segundo lugar los pares, independientemente si son pares con conductas de riesgo o no.

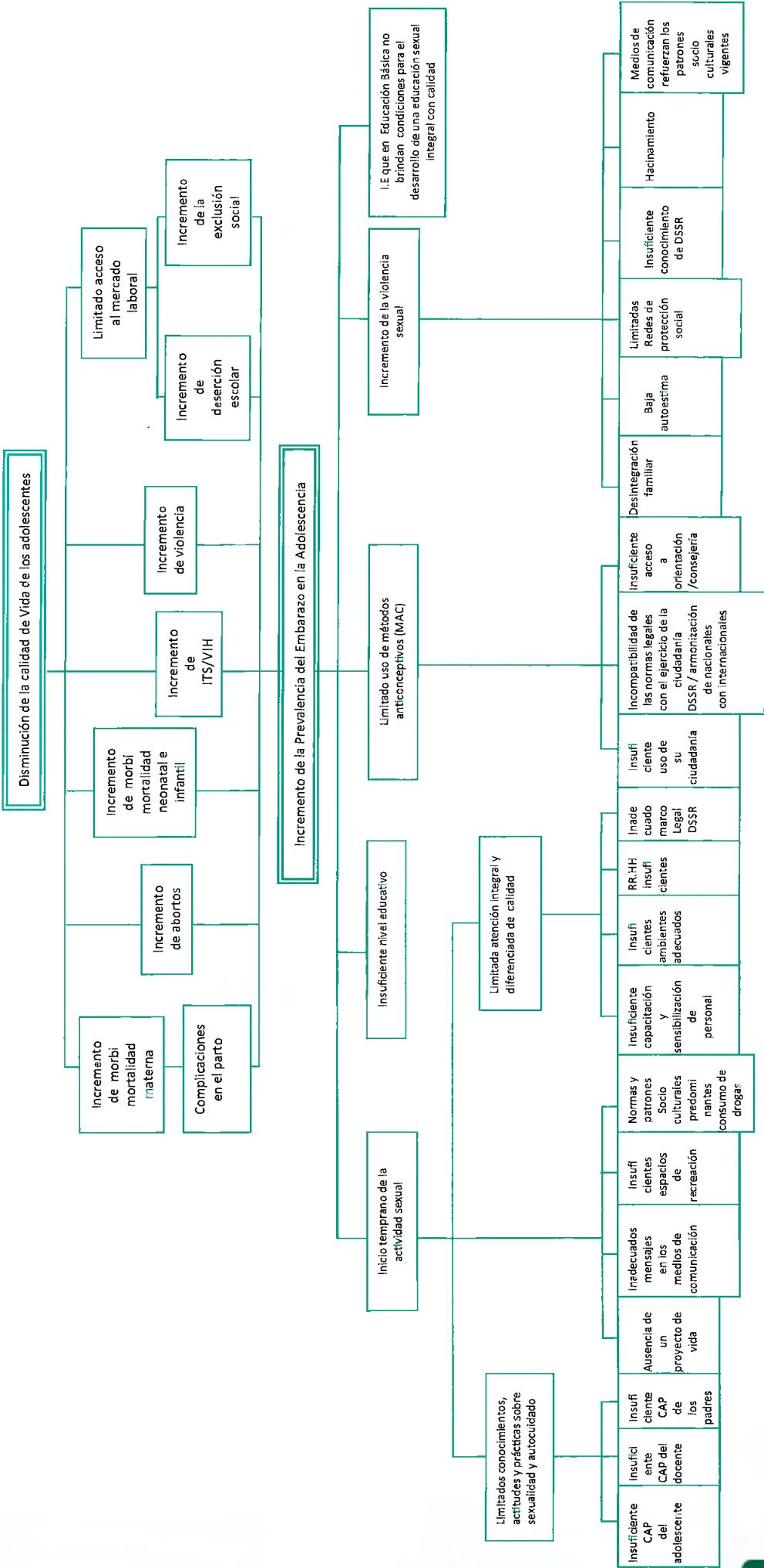
Las y los adolescentes que deciden postergar o iniciar su actividad sexual deben acceder a métodos anticonceptivos oportunamente, por lo tanto es necesario y urgente vencer las barreras legales que aún existen y que impiden el acceso de las y los adolescentes a los servicios e insumos de salud sexual y reproductiva.

De igual forma, se requiere ampliar la cobertura, la asignación de mayores recursos, así como mejorar la institucionalidad e integración de los sectores gubernamentales.

Por último, las investigaciones señalan que ningún programa es capaz de reducir los factores de riesgo asociados al problema y que su efectividad dependerá de la claridad del propósito, objetivos y metas de las intervenciones. Recomiendan que los programas tengan la capacidad de influir en alguna medida en los patrones culturales de la comunidad en relación al embarazo en la adolescencia, así como a comprometer a las madres y padres de familia, las escuelas y la comunidad en su conjunto para mejorar la respuesta nacional frente a la problemática.

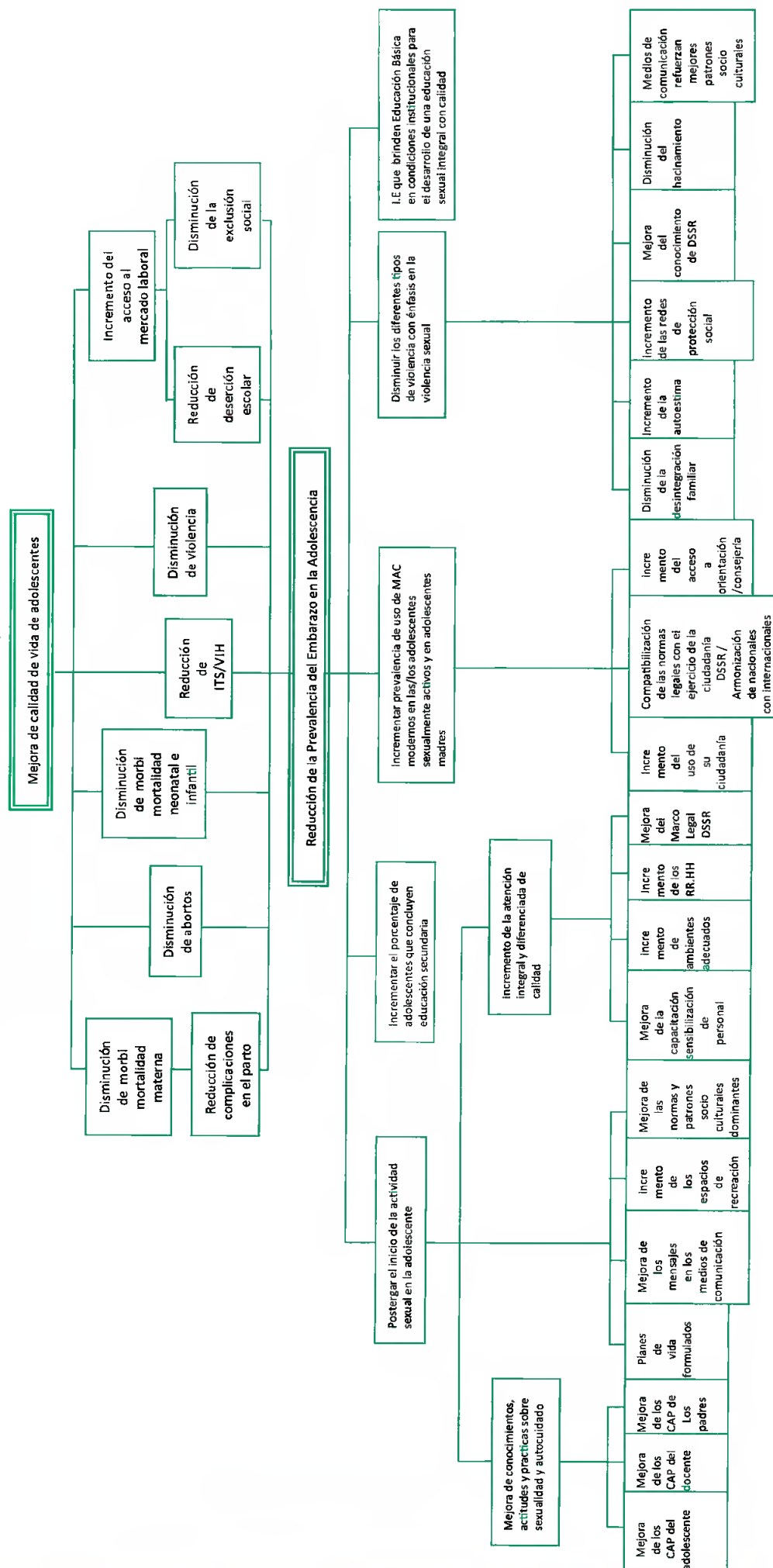
5.3 ÁRBOL DE PROBLEMAS

ÁRBOL DE PROBLEMAS (CAUSA-EFECTO) - EMBARAZO EN ADOLESCENTES



5.4 ÁRBOL DE OBJETIVOS

ÁRBOL DE OBJETIVOS (MEDIOS / FINES) - EMBARAZO EN ADOLESCENTES



5.5 MARCO LÓGICO

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS AL 2021	LÍNEAS DE ACCIÓN ESTRATÉGICA	SECTORES RESPONSABLES
Reducir la prevalencia del embarazo en adolescentes. Meta: Se reducirá en 20% la prevalencia del embarazo en adolescentes. (Indicador de base: 13,2%, ENDES 2012)	1. Postergar el inicio de las relaciones sexuales en la adolescencia. Meta: Se reducirá en un 20% el inicio de las relaciones sexuales en la adolescencia. (Indicador base: a definirse en base a datos que reporta la ENDES 2012 recabando información por edad específica y a Encuesta Global de Salud Escolar 2010)	1. Entorno familiar, escolar y comunitario favorable para el desarrollo integral del adolescente. 2. Espacios de recreación y buen uso del tiempo libre para el desarrollo integral de los y las adolescentes.	MINEDU MINS MINJUS MIMP Gobiernos Regionales y Locales
	2. Incrementar el porcentaje de adolescentes que concluyen la Educación secundaria. Meta: Se incrementará en 30% el porcentaje de adolescentes mayores de 15 años que concluyen la Educación Secundaria. (Indicador base: 63,1%, ENAHO 2011).	3. Permanencia, acceso y conclusión de la educación básica en mujeres y varones.	MINEDU MINS MINJUS MIMP Gobiernos Regionales y Locales
	3. <i>Asegurar la inclusión de la Educación Sexual Integral en el Marco Curricular Nacional para que las regiones cuente con condiciones y recursos educativos para implementar la ESI.</i> Meta: Marco Curricular Nacional incluye competencias y capacidades vinculadas al desarrollo de la Educación Sexual Integral – ESI, en los aprendizajes fundamentales.	4. Programa de Educación Sexual Integral de Calidad para la Educación Básica Regular.	MINEDU MINS Gobiernos Regionales
	4. Incrementar la prevalencia de uso actual de métodos anticonceptivos modernos en las y los adolescentes sexualmente activos/os y en madres adolescentes Meta: Se incrementará en 50% el uso actual de métodos anticonceptivos modernos en adolescentes sexualmente activos/as y en madres adolescentes (Indicador base: 66,6%, ENDES 2012).	5. Acceso a servicios de atención integral con énfasis en salud sexual y reproductiva. 6. Orientación/consejería en salud sexual y reproductiva y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes sexualmente activos/os y madres adolescentes.	MINS Gobiernos Regionales

7. Redes de protección y apoyo social con participación comunitaria.	MINSA MINEDU MIMP MINJUS Gobiernos Regionales y Locales
8. Empoderamiento y participación adolescente y joven.	MINSA MINEDU MIMP MINJUS Gobiernos Regionales y Locales
9. Orientación vocacional y empleabilidad juvenil.	MTPE
10. Comunicación social en la prevención del embarazo adolescente.	MINSA MINEDU MIMP MINJUS Gobiernos Regionales y Locales
11. Alianzas estratégicas multisectoriales	
12. Monitoreo, supervisión, evaluación e investigación operativa.	

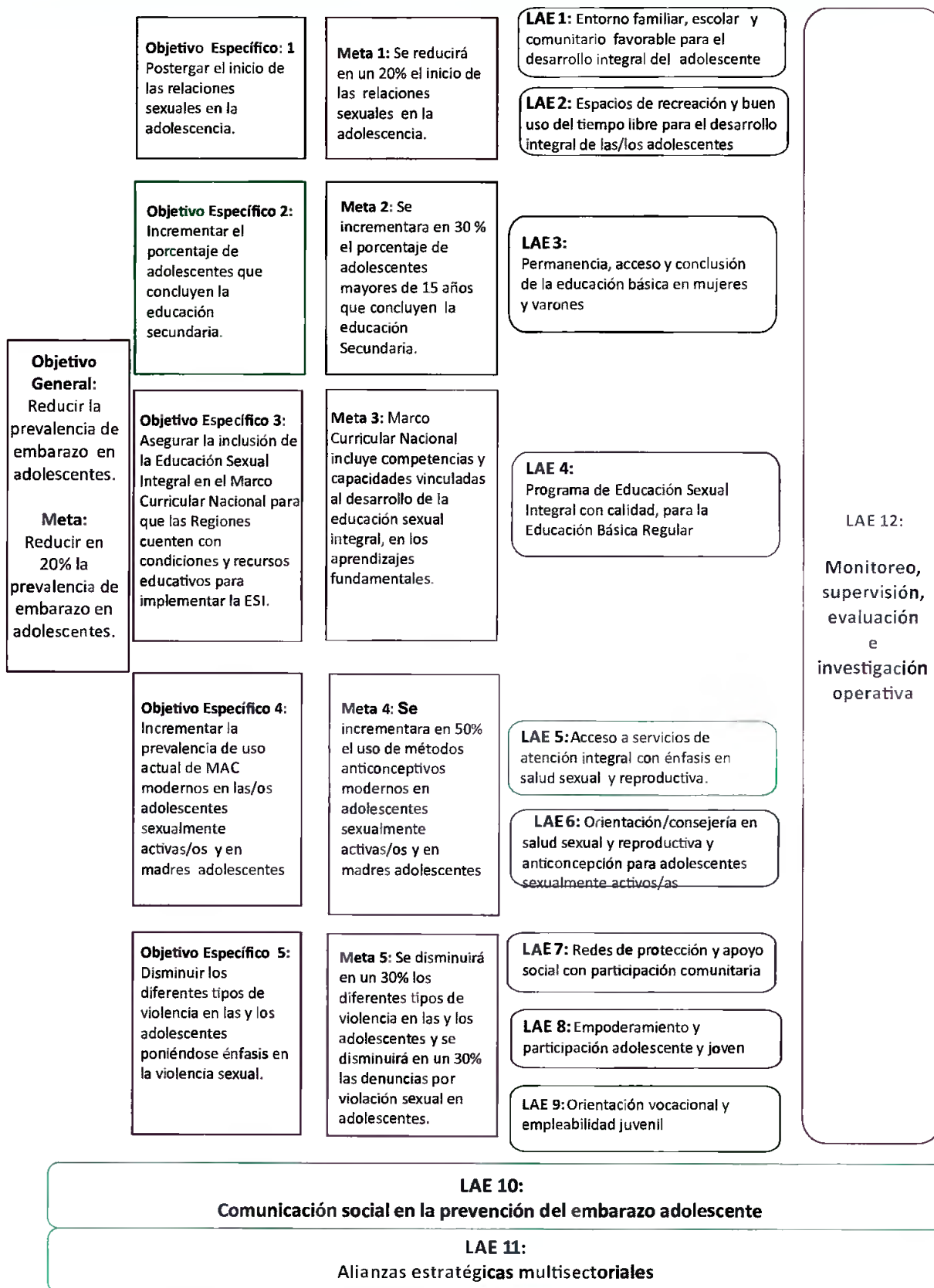
5.6 LÍNEAS DE ACCIÓN ESTRATÉGICA (LAE)

Se proponen doce (12) líneas de acción estratégicas que tendrán vigencia los próximos 10 años. Por el carácter orientador del plan, por su alcance nacional y carácter multisectorial se describen las líneas estratégicas y actividades concretas así como propuestas de colaboración técnica, las cuales están basadas en las evidencias y buenas prácticas reconocidas a nivel global y aplicable a la realidad nacional.

Las líneas de acción serán impulsadas y desarrolladas de manera articulada con participación entre los diversos sectores y actores:

- En el **nivel nacional**: Ministerio de Educación, Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo y Ministerio de Salud. universidades e institutos académicos.
- En el **nivel regional**: Gobiernos regionales a través de la Gerencia de Desarrollo Social, las direcciones regionales de educación, direcciones regionales de trabajo y promoción del empleo y direcciones regionales de salud o las que hacen sus veces.
- En el **nivel local**: Gobiernos provinciales y distritales a través de la Gerencia Social, las redes de salud, las unidades de gestión educativa local, entre otras instancias de gobierno local. Organizaciones de la sociedad civil incluyendo redes y organizaciones de adolescentes y jóvenes, asociaciones de padres y madres de familia y organizaciones de base comunitaria.

Líneas de acción estratégica (LAE)







El diagrama permite visualizar el conjunto de objetivos, metas, resultados y líneas de acción estratégica a nivel multisectorial para el periodo 2013-2021. A continuación se describen las actividades a implementarse en cada línea de acción estratégica.

LAE 1 Entorno familiar, escolar y comunitario favorable para el desarrollo integral del adolescente

1. Desarrollo e implementación de módulos de capacitación sobre habilidades sociales y para la vida, dirigido a las y los adolescentes.
2. Diseño e implementación de módulos de sensibilización para la prevención del embarazo en adolescentes, dirigido a padres de familia y adolescentes, en el marco de encuentros intergeneracionales.
3. Fortalecimiento del componente de comunicación entre padres e hijos/as en el Program "Familias Fuertes" para la disminución de los comportamientos sexuales de riesgo.
4. Fortalecimiento de las capacidades de agentes comunitarios claves para la captación y derivación de adolescentes en riesgo de un embarazo o adolescentes embarazadas, a los servicios de salud.
5. Incorporación de la prevención y atención integral del embarazo en adolescentes en el trabajo cotidiano de las instituciones locales a través de los comités municipales por los derechos del niño, niña y adolescente (COMUDENAS), liderados por los gobiernos locales.
6. Desarrollo de actividades preventivo/promocionales sobre salud sexual y reproductiva y desarrollo integral de las y los adolescente en coordinación con las instancias del MIMP/INABIF que albergan adolescentes en riesgo (Centros de Desarrollo Integral de la Familia-CEDIF y Centros de Atención Residencial).
7. Diseño e incorporación de estrategias específicas para abordar la prevención del primer y segundo embarazo adolescente en el Programa JUNTOS.
8. Acciones orientadas al involucramiento de la comunidad educativa (directores, docentes, personal administrativo, padres de familia y estudiantes) en el desarrollo de actividades para el bienestar, participación activa, promoción y defensa de los derechos de las y los niños/as y adolescentes.
9. Aplicación de sociodrama para la sensibilización pública (Decisores y población general) sobre la no violencia familiar y trata de personas en la modalidad de explotación sexual de niñas y adolescentes.

LAE 2 Espacios de recreación y buen uso del tiempo libre para el desarrollo integral de las/los adolescentes

1. Creación e implementación de círculos recreativos para las y los adolescentes en la comunidad, localidad y región.
2. Conformación de círculos de estudios gratuitos para las y los adolescentes en las instituciones educativas, institutos superiores y universidades, en un trabajo articulado con los municipios.
3. Fortalecimiento de la participación de los gobiernos locales y gobiernos regionales (con recursos técnicos y financieros) en la implementación de vacaciones útiles para las y los adolescentes en diferentes espacios de la comunidad, incluyendo contenidos referidos a derechos sexuales y reproductivos y prevención del embarazo en adolescentes.
4. Diseño y formulación de proyectos de pre inversión a favor de la creación de espacios de buen uso del tiempo libre para el desarrollo integral de las y los adolescentes basados en el Sistema Nacional de Inversión Pública (SNIP).

5. Fortalecimiento de los espacios recreativos y de buen uso del tiempo libre en los centros de desarrollo juvenil (CDJ) que estén operativos en las regiones.
6. Implementación de actividades culturales, recreativas y deportivas en las instituciones educativas con el apoyo de los responsables de las diversas áreas del desarrollo curricular y el director de la institución educativa.

LAE 3 Permanencia, acceso y conclusión de la educación básica en mujeres y varones

1. Seguimiento de la aplicación de las normas legales que garantizan la inclusión, permanencia y culminación de la educación básica de niñas y adolescentes con énfasis en las y los adolescentes en situación de embarazo o maternidad/paternidad.
2. Difusión de la ley que fomenta la reinserción escolar por situación de embarazo o maternidad (Ley N° 29600) y de su reglamento, para facilitar el acceso de las estudiantes a un sistema de becas o ayuda que garantice la permanencia en la institución educativa hasta completar la secundaria.
3. Diseño y desarrollo de mecanismos de vigilancia de los casos de discriminación por embarazo en las instituciones educativas, por la Defensoría del Niño y del Adolescente (DEMUNAS).
4. Sensibilización a madres y padres de familia (APAFAS) sobre la importancia de que las niñas y adolescentes accedan, permanezcan y culminen la educación básica.
5. Sensibilización a la comunidad educativa para la convivencia democrática, el buen trato y respeto de los derechos de las adolescentes con énfasis en aquellos que enfrentan un embarazo o maternidad/paternidad.
6. Implementación del modelo de Plan de Parto para adolescentes embarazadas en las instituciones educativas en las que hay estudiantes en situación de embarazo.
7. Incorporación en los contenidos de la educación sexual integral - nivel de secundaria - el modelo de plan de parto, para informar y sensibilizar a las y los estudiantes sobre las implicancias de un embarazo en la adolescencia.

LAE 4 Programa de Educación Sexual Integral con calidad para la Educación Básica Regular

1. Difusión de las normas a nivel de las DREs y UGELs, para evitar la deserción escolar por motivos de embarazo adolescente.
2. Elaboración de una guía alineada a las rutas de aprendizaje articulada con ciudadanía, desarrollo y auto afirmación personal, que contiene competencias para promover el desarrollo integral de la sexualidad.
3. Incorporación en los currículos regionales de los aprendizajes fundamentales relacionados con ciudadanía, desarrollo y auto afirmación personal, que incorpora el desarrollo integral de la sexualidad.
4. Impresión, distribución y difusión de una guía alienada a las rutas de aprendizaje sobre desarrollo y auto afirmación personal, que incorpora el desarrollo de la sexualidad integral.

LAE 5 Acceso a servicios de atención integral con énfasis en salud sexual y reproductiva

1. Implementación del proceso de acreditación de los servicios diferenciados para adolescentes en los establecimientos de salud a nivel nacional según los criterios y estándares establecidos por el Ministerio de Salud.
2. Implementación de planes de mejora en los establecimientos de salud que cumplen los criterios y/o no alcanzan el estándar para lograr la acreditación como servicios diferenciados para las y los adolescentes.
3. Difusión de los servicios de salud diferenciados entre la población adolescente mediante el uso de las redes sociales y los medios de comunicación masiva.
4. Desarrollo de actividades extramurales para incrementar la demanda de las y los adolescentes a los servicios de salud diferenciados que existen en la comunidad.
5. Actualización, difusión y seguimiento de la implementación de la normatividad del Sector Salud referida a adolescentes y salud sexual y reproductiva, a nivel nacional, regional y local.
6. Acompañamiento y supervisión de la atención que se brinda a las y los adolescentes en los servicios diferenciados, a nivel nacional.

LAE 6 Orientación/consejería en salud sexual y reproductiva y anticoncepción para adolescentes sexualmente activos/as

1. Fortalecimiento de la orientación/consejería y entrega de insumos anticonceptivos a las y los adolescentes sexualmente activos/os y a madres o padres adolescentes, en los servicios de salud.
2. Sensibilización y fortalecimiento de capacidades del personal de salud (profesional de salud, personal técnico, personal administrativo) en el respeto de los derechos de las y los adolescentes y la atención de la problemática del embarazo adolescente.
3. Incorporación en la página web del MINSA de enlaces actualizados que difundan información sobre sexualidad y autocuidado de la salud dirigida a las y los adolescentes.
4. Visitas domiciliarias de seguimiento del personal de salud a las familias tempranas para brindarles orientación en el cuidado y atención del recién nacido y en el cuidado de la salud sexual y reproductiva.
5. Capacitación de los profesionales de la salud en la implementación de la Norma Técnica para la atención integral de la adolescente durante el embarazo, parto y puerperio.
6. Implementación de sesiones informativas con hermanos/as de madres y padres adolescentes en temas de sexualidad y plan de vida para prevenir embarazos tempranos.

LAE 7 Redes de protección y apoyo social con participación comunitaria

1. Identificación y fortalecimiento de las organizaciones y redes de adolescentes y jóvenes a nivel nacional, regional y local para que integren en su agenda la prevención de las diferentes formas de violencia que afectan a las y los adolescentes así como la prevención del embarazo en adolescentes.

2. Implementación de la ruta de atención integral a niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual, explotación sexual y/o trata con fines de explotación sexual con participación intersectorial (Consultorios jurídicos populares, fiscalía, comisarías, módulos de atención al maltrato infantil en salud, centros de emergencia mujer, defensorías municipales del niño y adolescente, entre otros).
3. Asesoría legal gratuita (ALEGRA) a víctimas adolescentes en caso de vulneración de sus derechos (retiro escolar o de otros centros de enseñanza, actos discriminatorios o de cualquier tipo, entre otros).
4. Diseño e implementación de una propuesta de capacitación dirigida a operadores que brindan servicios de atención a adolescentes, relacionada a mecanismos y pautas de intervención frente a situaciones de violencia, incluido el abuso sexual, explotación sexual y trata con fines de explotación sexual.
5. Desarrollo de acciones de sensibilización para fortalecer el rol de actores sociales claves en la defensa de los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes incluyendo el derecho a la libertad sexual.
6. Creación y/o fortalecimiento y difusión de los Centros de Atención Residencial (CAR) para las adolescentes embarazadas y víctimas de abuso sexual, explotación sexual y/o trata con fines de explotación sexual.
7. Adecuación intercultural de los procedimientos y servicios de atención y apoyo a adolescentes indígenas amazónicos/as y alto andinos/as que ofrecen las defensorías comunitarias disponibles en el país, incluyendo la atención de adolescentes en situación de embarazo o maternidad.

LAE 8 Empoderamiento y participación adolescente y joven

1. Diseño, validación e implementación de módulos educativos sobre derechos sexuales y reproductivos, equidad de género y construcción de nuevas masculinidades dirigidos a las y los adolescentes.
2. Formación de capacitadores a nivel nacional en la aplicación de los módulos educativos validados, en los temas de derechos sexuales y reproductivos, equidad de género y construcción de nuevas masculinidades en las y los adolescentes.
3. Desarrollo de campañas de sensibilización pública en torno a salud sexual reproductiva y equidad de género usando herramientas para el edu-entretenimiento con participación juvenil, en base a los programas piloto: "Mi comunidad" y "Sé un hombre de calidad", desarrollados en Ayacucho y Ucayali.
4. Fortalecimiento de la estrategia de estudiantes orientadores para contribuir a la prevención del abuso sexual y la prevención del embarazo adolescente entre pares.
5. Implementación de espacios de debate entre decisores, adolescentes y jóvenes sobre políticas públicas en salud sexual y reproductiva y prevención del embarazo adolescente, a nivel nacional, regional y/o local.
6. Formulación de lineamientos para la organización, implementación y funcionamiento de los municipios escolares como modelo organizativo de participación escolar democrática que promueve en los y las estudiantes el desarrollo de actitudes y valores de respeto de los derechos de las y los adolescentes con énfasis en los grupos más vulnerables.
7. Fortalecimiento del rol de incidencia política y vigilancia social del Consejo Nacional y Consejos Regionales de Adolescentes y Jóvenes para la Prevención del Embarazo Adolescente confirmados en el marco del Plan Andino de Prevención del Embarazo Adolescente.

8. Fortalecimiento del Consejo Consultivo transitorio de niños, niñas y adolescentes conformado en el marco de la implementación del Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia a través de acciones de capacitación en los temas de salud sexual y reproductiva, prevención del embarazo adolescente, incidencia política y vocería.
9. Desarrollo de acciones de capacitación en legislación con enfoque de inclusión social con adolescentes y jóvenes en la temática de protección de sus derechos, a nivel nacional.
10. Involucramiento de los pronelistas (estudiantes de derecho) en acciones de prevención del embarazo adolescente con efecto multiplicador, a nivel nacional.

LAE 9 Orientación vocacional y empleabilidad juvenil

1. Desarrollo de sesiones educativas sobre plan de vida, salud sexual y reproductiva, autoestima, emprendimiento y empleabilidad en los talleres y seminarios dirigidos a las y los adolescentes trabajadores/as en coordinación con especialistas del MINSA.
2. Priorización de las y los adolescentes trabajadores/as en situación de embarazo o maternidad/paternidad en los servicios de Promoción del empleo, empleabilidad y emprendimiento de la Ventanilla Única de Promoción del Empleo (VUPE) del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo.
3. Fortalecimiento del servicio de capacitación para la inserción laboral de la Ventanilla única de promoción del empleo (VUPE) en especial los dirigidos a las madres jóvenes en riesgo social incluyendo a las adolescentes en situación de embarazo o maternidad.
4. Fortalecimiento del apoyo para realizar asistencia técnica para la elaboración de planes regionales concertados de empleo juvenil.
5. Fortalecimiento del servicio de orientación vocacional y ocupacional de la ventanilla única de promoción del empleo (VUPE), así como los mecanismos e instrumentos que en el marco de dicho servicio se desarrollan.
6. Promoción del servicio de capacitación para el emprendimiento, en la ventanilla única de promoción del empleo (VUPE) en especial dirigido a los jóvenes beneficiarios del presente plan.

LAE 10 Comunicación social en la prevención del embarazo adolescente

1. Desarrollo de campañas comunicacionales dirigidas a la población general, para promover la participación de la comunidad en la prevención del embarazo en adolescentes.
2. Diseño e implementación de una estrategia para incluir en los medios de comunicación masiva en forma sostenida el tema de prevención de embarazos en adolescentes.
3. Producción y difusión de spots de televisión y radio para promover el uso de los servicios de atención integral en salud sexual y reproductiva dirigidos a las y los adolescentes.
4. Producción y difusión de spots comunicacionales con figuras representativas del medio que brinden mensajes de prevención del embarazo en adolescentes y de rechazo de la violación de la libertad sexual.
5. Uso de las redes sociales (Facebook, Twitter y Blogs) para ampliar la difusión de los mensajes en torno a la prevención del embarazo adolescente y los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente y joven.
6. Difusión de los servicios legales que ofrece el MINJUS dirigidos a la protección y defensa de los derechos de las y los adolescentes, en el marco de las campañas anuales que realiza en regiones seleccionadas.

LAE 11 Alianzas estratégicas multisectoriales

1. Sistematización de las diferentes estrategias exitosas implementadas por las instituciones públicas, municipios, comunidad y sociedad civil a favor del desarrollo integral de las y los adolescentes, con énfasis en la prevención del embarazo adolescente.
2. Acciones de abogacía para la aprobación de normas nacionales y/o regionales que favorezcan la salud sexual reproductiva y el desarrollo integral de las y los adolescentes con énfasis en las sub-poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad.
3. Acciones orientadas a la modificación del marco legal que restringe el acceso de las y los adolescentes a los servicios de atención de salud, incluida la salud sexual y reproductiva.
4. Acciones de abogacía para incorporar el componente de prevención del embarazo adolescente en la agenda y plan de trabajo del Grupo Impulsor de Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal.
5. Difusión periódica entre decisores, actores clave y adolescentes de las normas relacionadas a la población adolescente elaboradas por los diferentes sectores a través del Sistema Peruano de Información Jurídica (SPIJ) concordada con los tratados internacionales.
6. Debates públicos anuales con participación multisectorial para analizar los avances y desafíos en la repuesta al embarazo adolescente a nivel nacional, regional y/o local.

LAE 12 Monitoreo, supervisión, evaluación e investigación operativa

1. Diseño e implementación de la línea de base, medición intermedia y medición final de la implementación del Plan Multisectorial.
2. Diseño y aplicación de los instrumentos de monitoreo del Plan Multisectorial y elaboración de reportes periódicos.
3. Realización de reuniones semestrales multisectoriales de monitoreo del Plan Multisectorial de Prevención del Embarazo en Adolescentes.
4. Realización de estudios para obtener evidencias de la situación del embarazo en adolescentes menores de 14 años, adolescentes indígenas amazónicas, alto andina, afrodescendientes y asiático descendientes.
5. Diseño y aplicación de encuestas a estudiantes de Educación Básica Regular en torno al conocimiento y acceso a educación sexual integral y a servicios de orientación/consejería en salud sexual y reproductiva.
6. Desarrollo de investigaciones cuantitativas-cualitativas para conocer la aceptabilidad de los adolescentes frente a los servicios de salud diferenciados.
7. Desarrollo de estudios sobre oferta y demanda de insumos anticonceptivos en adolescentes sexualmente activos.
8. Desarrollo de estudios de investigación que analicen la relación entre violencia sexual y embarazo en adolescentes menores de 14 años.

5.7 CONDICIONES A GENERAR PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN

Se deben generar algunas condiciones mínimas que favorezcan la implementación del Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes:

- **Eliminar las barreras legales y normativas** que restringen la acción del Estado en la prevención del embarazo en adolescentes.
- **Legitimidad entre los funcionarios públicos** del nivel nacional, regional y local, que supone atraer la atención hacia la magnitud del problema de un mayor número de funcionarios de cada sector.
- **Apoyo de la opinión pública**, que supone reconocer quiénes generan corrientes de opinión y tienen poder de convocatoria, lo cual podría permitir desplegar las políticas a favor de las y los adolescentes.
- **Participación de grupos organizados**, -tanto de los grupos visibles como los menos visibles-cuya intervención es crítica con el propósito de destacar el problema y las características propias del ámbito donde actúan los grupos organizados, entre la comunidad, los medios de comunicación, los partidos políticos y los grupos de poder.
- **Capacidades institucionales**, que supone disponibilidad de recursos financieros para la aplicación de las líneas de acción propuestas. Disponibilidad de personal especializado y con mejores competencias para desarrollar los contenidos estratégicos propuestos por el plan, capacidad de la estructura administrativa para llevar adelante la acción propuesta, capacidad en gobernanza para articular las acciones sectoriales en la dimensión local.
- **Monitoreo, seguimiento institucional y vigilancia ciudadana de su cumplimiento**, acciones que requieren ser desplegadas tanto para los contenidos de acción sectorial como para aquellos de acción intersectorial.

5.8 PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

Las acciones que se realicen en el marco del Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013 - 2021, se financiarán con cargo a los presupuestos institucionales de los pliegos involucrados, conforme a las Leyes Anuales de Presupuesto del Sector Público.

Cabe precisar que la progresividad de la implementación del Plan elaborado sobre la base de las actividades descritas en cada línea estratégica de acuerdo a los objetivos específicos y metas establecidas de manera consensuada por todos los sectores involucrados, será previsto en la formulación presupuestal de cada sector en el período comprendido del Plan.

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

(En nuevos soles)

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

* Nov y Dic 2013

Marco de referencia para el presupuesto y financiamiento

El análisis situacional del Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, 2013–2021, es el documento referencial que origina la estimación de costos, presupuesto y financiamiento para la próxima década.

Objetivo

Que los sectores involucrados conozcan la estimación del financiamiento a programar en sus presupuestos institucionales de apertura, durante la próxima década, conforme a las Leyes Anuales de Presupuesto del Sector Público.

Metodología

El presente documento se ha elaborado con una metodología participativa que ha involucrado a funcionarios y expertos de diferentes sectores: Ministerio de Salud, Ministerio de Justicia, Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Ministerio de Educación con quienes se ha acopiado la información de las actividades y tareas así como los insumos necesarios a costear para llevar las mismas a la práctica, por lo que el presupuesto estimado se aproximaría a la realidad.

Análisis presupuestal

El cumplimiento del presente Plan, estará a cargo a los presupuestos institucionales de los pliegos involucrados, conforme a las Leyes Anuales de Presupuesto del Sector Público institucionales de los pliegos involucrados, siendo lo estimado:

El **objetivo específico 1:** que consiste en postergar el inicio de la actividad sexual en la adolescencia. Presupuesto estimado S/. 99 316 610,00 nuevos soles.

El **objetivo específico 2:** que consiste en incrementar el porcentaje de adolescentes que concluyen la educación secundaria. Presupuesto estimado S/. 10 407 792,00 nuevos soles.

El **objetivo específico 3:** que consiste en Asegurar la inclusión de la Educación Sexual Integral en el Marco Curricular Nacional y en los programas de capacitación del Ministerio de Educación, para que la Regiones cuenten con condiciones institucionales para implementar la ESI. Presupuesto estimado S/. 95 293 715,00 nuevos soles.

El **objetivo específico 4:** que consiste en incrementar la prevalencia de uso actual de métodos anticonceptivos modernos en las y los adolescentes sexualmente activas/os mayores de 18 años y en madres adolescentes. Presupuesto estimado S/. 85 895 257,00 nuevos soles.

El **objetivo específico 5:** que consiste en disminuir los diferentes tipos de violencia en las y los adolescentes poniéndose énfasis en la violencia sexual. Presupuesto estimado S/. 9 108 799,00 nuevos soles.

Consideraciones para la elaboración del presupuesto de las actividades programadas

Para la determinación de la población objetivo se ha considerado que a nivel del país se tiene una cifra estimada por INEI (2013) de 3 490 954 adolescentes de los cuales el 30% es la población a intervenir (1 047 286 adolescentes) a nivel nacional. En esta población están las regiones que tienen mayor porcentaje de tasas de embarazo, tales como Loreto, Tumbes, Ucayali, San Martín, Amazonas, Huánuco, Pasco, Lima y Callao.

Con respecto a los servicios diferenciados para adolescentes, se requiere la dotación de personal para disminuir las tasas de embarazos, con equipo de profesionales completo en los Servicios Diferenciados con sus diferentes modalidades a nivel intra y extramural: horarios diferenciados, ambientes exclusivos y especializados, en instituciones educativas y centros de desarrollo juvenil.

Asimismo se considera el equipamiento e implementación con materiales para los servicios diferenciados y capacitación anualmente, según lo establecido por la norma técnica de criterios y estándares de evaluación de los servicios para la atención integral de salud de adolescentes.

Servicios Diferenciados para la Atención Integral de Salud para Adolescentes 2013

DEPARTAMENTO	TOTAL DE EESS	TOTAL DE SERVICIOS DIFERENCIADOS	%	SERVICIOS DIFERENCIADOS Modalidades					
				Horarios diferenciados	Servicios con ambientes exclusivos	Servicios diferenciados especializados	Servicios coordinados en instituciones educativas	Servicios móviles para atención integral	Centro de Desarrollo Juvenil
AMAZONAS	459	13	3	0	0	0	0	11	1
ANCOASH	401	67	16	22	10	0	0	0	0
APURIMAC	314	139	38	119	0	0	10	0	1
AREQUIPA	290	147	50	120	10	0	0	0	1
AYACUCHO	371	40	10	30	7	0	0	0	0
CAJAMARCA	419	358	85	321	14	0	0	0	1
CAHUZAS	19	48	89	30	7	0	0	0	0
CUSCO	318	220	70	199	20	0	0	0	0
HUANUCO	300	171	43	164	14	0	0	0	0
ICA	270	119	43	70	31	0	0	10	1
INCA	190	67	40	57	0	0	0	0	0
LAKE	400	149	32	121	0	0	0	10	0
LORETO	343	60	20	14	20	0	0	0	0
MAGDALENA	170	14	8	0	0	0	0	0	0
MAYO	71	328	47	278	10	0	20	0	0
MORONA	109	29	7	19	10	0	0	0	0
MOROTOCOS	11	4	4	2	0	0	0	0	0
PAJARI	10	12	20	11	0	0	0	0	0
PASCO	240	30	12	16	14	0	0	0	0
PUNO	401	391	90	351	0	0	0	0	0
PUERTO	419	390	88	277	50	0	20	30	0
SAN MARTIN	300	28	7	10	0	0	0	0	0
TACNA	70	21	29	20	0	0	0	0	0
TUMBES	10	20	40	10	0	0	0	0	0
UNO	200	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	7,790	2,881	37	2,469	202	2	74	82	32

Fuente: Coordinadores Regionales de D.SA/D. RESA/GERESA

El embarazo adolescente y el intervalo intergenésico reducido entre adolescentes, es un problema fundamental que debe ser afrontado por las autoridades no solo sanitarias sino también de otros sectores. De allí la importancia de que aquellos adolescentes que han iniciado su vida sexual cuenten con suficiente información y acceso a métodos anticonceptivos. Apenas el 20,2% de las adolescentes esperan más de 36 meses para su segundo embarazo, de acuerdo a la información del ENDES 2012, es decir 79,8% de los segundos embarazos en adolescentes ocurrieron sin un espaciamiento adecuado.

5.9 SUPERVISIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN

5.9.1 Fichas de indicadores del objetivo general

Ficha técnica de indicador			
Indicador	Tasa específica de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años		
Objeto	Verificar el avance de las intervenciones dirigidas a disminuir el embarazo no planificado en adolescentes		
Tipo de indicador	Resultado final (impacto)		
Fundamento	La fecundidad en adolescentes es un problema social y de salud de gran relevancia para el país tanto por los efectos en la reproducción de la pobreza como por los riesgos en la salud de la adolescente.		
Fuente de información, medios de verificación	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES)		
Línea de base y datos históricos	2012	2016	2021
	64 x 1000 mujeres	53.6 x 1000 mujeres	40.2 x 1000 mujeres
Frecuencia de reporte	Anual		

Ficha técnica de indicador			
Indicador	Porcentaje de embarazos no planeados en mujeres menores de 19 años.		
Objeto	Verificar el avance de las intervenciones dirigidas a disminuir el embarazo no planificado en adolescentes.		
Tipo de indicador	Resultado final		
Fundamento	El embarazo no planificado en adolescentes es un problema social y de salud de gran relevancia para el país tanto por los efectos en la reproducción de la pobreza como por los riesgos en la salud de la adolescente.		
Fuente de información, medios de verificación	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES)		
Línea de base y datos históricos	2010	2016	2021
	68,2%	51,6%	38,7%
Frecuencia de reporte	Anual		

5.9.2 Fichas de indicadores de objetivos estratégicos específicos

Ficha técnica de indicador			
Indicador	Porcentaje de adolescentes que son madres		
Objeto	Verificar el avance de las intervenciones dirigidas a disminuir el embarazo temprano		
Tipo de indicador	Resultado		
Fundamento	El embarazo a temprana edad es uno de los factores proximales del embarazo en adolescentes y por lo tanto requiere ser visible los avances en este indicador		
Fuente de información, medios de verificación	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES)		
Línea de base y datos históricos	2012	2016	2021
	13,2%	10,96%	8,22%
Frecuencia de reporte	Anual		

Ficha técnica de indicador			
Indicador	Proporción de adolescentes sexualmente activos que usan métodos de anticoncepción		
Objeto	Verificar el avance de las intervenciones dirigidas a promover el uso de métodos de anticoncepción en adolescentes sexualmente activos		
Tipo de indicador	Resultado		
Fundamento	El uso de métodos de anticoncepción por adolescentes sexualmente activos es uno de los factores proximales del embarazo en adolescentes y por lo tanto requiere ser visible los avances en este indicador		
Fuente de información, medios de verificación	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES)		
Línea de base y datos históricos	2012	2016	2021
	64%	79,6%	95,55%
Frecuencia de reporte	Anual		

Ficha técnica de indicador			
Indicador	Intervalo del periodo intergenésico en las adolescentes que ya son madres		
Objeto	Verificar el avance de las intervenciones dirigidas a promover el espaciamiento del segundo, tercer y más embarazos en adolescentes que ya son madres		
Tipo de indicador	Resultado		
Fundamento	El espacio intergenésico en las adolescentes que ya son madres es uno de los factores proximales de la prevalencia del embarazo en adolescentes y por lo tanto requiere ser visible los avances en este indicador		
Fuente de información, medios de verificación	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES)		
Línea de base y datos históricos	2012	2016	2021
	25,4 meses	ND	ND
Frecuencia de reporte	Anual		

VI. ANEXOS

ANEXO N° 1

RESPUESTA DE LOS SECTORES A LA PREVENCIÓN DE EMBARAZO EN LAS Y LOS ADOLESCENTES

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Instrumentos utilizados	Líneas de acción para Adolescentes	Programas / Proyectos	Actores y Ejecutores
Decreto Supremo N° 005-2007-SA, aprueba el Plan Estratégico Multisectorial de Prevención y Control de ITS y VIH/SIDA 2007 – 2011 (PEM). RM N° 075-2013/MINSA, que modifica la RM N° 775-2012/MINSA, a fin de ampliar periodo de duración del Plan Estratégico Multisectorial para la Prevención y Control de las ITS/VIH y Sida en el Perú, así como el plazo para su elaboración.	Desarrollar la promoción de la prevención de ITS/VIH, la educación sexual y estilos de vida y conductas sexuales saludables en adolescentes y jóvenes.	1) Estudios de conocimientos, actitudes, prácticas y comportamientos en relación a las ITS, VIH y Sida en adolescentes, y mujeres de estrato socioeconómico bajo 2007 y 2008. 2) Plan Comunicacional Multisectorial para la prevención de VIH y Sida con 9 ministerios.	MIMP, MINJUS, MTPE, MINEDU, MINDEF, RREE, MININTER, MINSA, gobiernos regionales y gobiernos locales
El Plan Nacional Concertado de Salud 2007-2020.	Dentro de los Objetivos Sanitarios Nacionales 2007-2020, se tiene: - Reducir la mortalidad materna. - Reducir el embarazo en adolescentes. - Reducir complicaciones del embarazo, parto, puerperio. - Incrementar el parto institucional en zonas rurales - Ampliar el acceso a la planificación familiar.	Adecuación de los servicios para una atención integral (con énfasis en salud sexual y reproductiva) y diferenciada de adolescentes, en general y para atender algunos grupos específicos en mayor situación de vulnerabilidad, como: madres adolescentes, adolescentes de la calle en conflicto con la ley y adolescentes víctimas de abuso y de explotación sexual.	MINSA, gobiernos regionales y gobiernos locales
RM N° 111-2005 /MINSA, aprueba los "Lineamientos de Política de Promoción de la Salud".	Inclusión de la temática de salud sexual y reproductiva en el Programa de Promoción de la Salud en las instituciones educativas.	Desarrollar mecanismos de coordinación con los municipios en el ámbito local para favorecer el desarrollo de entornos saludables	MINSA, gobiernos regionales y gobiernos locales

Instrumentos utilizados	Líneas de acción para Adolescentes	Programas / Proyectos	Actores y Ejecutores
RM N° 638-2006/MINSA, aprueba NTS N° 047-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Transversalización de los Enfoques: Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud".	Establece el marco normativo para la transversalización de los enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en las políticas, lineamientos, planes, programas, y actividades del Sector Salud.		MINSA, gobiernos regionales y gobiernos locales
RM N° 207-2009/MINSA, aprueba el Documento Técnico: "Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015".	Mejoramiento de la oferta de servicios de planificación familiar, para reducir la demanda insatisfecha a toda la población en situación de vulnerabilidad. Atención diferenciada en salud sexual y reproductiva a población adolescente y a gestantes adolescentes. Adecuación cultural de los servicios con enfoque de género e interculturalidad en el marco de los derechos.	- "Casas de Espera", que pretende el incremento del parto institucional en el país y busca el fortalecimiento del compromiso de la familia, comunidad, organizaciones de base en el manejo mantenimiento de estas - Promoción del rol activo coordinado de los agentes comunitarios de salud - ACS, autoridades y otros líderes locales en la promoción de los servicios de salud sexual y reproductiva.	MINSA, Gobiernos regionales y gobiernos locales.
RM N° 290-2006/MINSA, que aprueba el "Manual de Orientación y Consejería en Salud Sexual y Reproductiva".	Brinda orientación/consejería a nivel individual y parejas a fin de que tomen decisiones voluntarias, informadas y satisfactorias, las cuales serían dadas con enfoque de derechos, género e interculturalidad	Difundir los procedimientos técnicos para la realización de las actividades de orientación/consejería.	MINSA, gobiernos regionales y gobiernos locales
RM N° 278-2008/MINSA, aprueba el Documento Técnico: "Adecuación Cultural de la Orientación/Consejería en Salud Sexual y Reproductiva" RM N° 536-2005/MINSA, aprueba la NTS N° 032-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Planificación Familiar"	Está orientado a mejorar la información que ofrece el personal de salud en los servicios ubicados en los entornos pluriculturales. Promoción de la planificación familiar. Suministro de los medicamentos e insumos anticonceptivos.	Atención integral en salud sexual y reproductiva.	MINSA, gobiernos regionales y gobiernos locales
RM N° 107-2005/MINSA, aprueba el Documento Técnico "Lineamientos de Política de Salud de los/las Adolescentes".	- Acceso universal de las/los adolescentes a una atención integral y diferenciada en los servicios públicos y privados de salud; con especial énfasis en salud mental, salud sexual y reproductiva. - Promoción de entornos saludables para adolescentes con énfasis en redes de oportunidades y de protección social de la vida y la salud de los/las adolescentes.	En el Sector Educación promover la escolaridad, mejorar el nivel educativo de los y las adolescentes, desarrollar acciones de salud escolar, educación sexual, consejería, detección temprana y derivación oportuna de los adolescentes a los servicios de salud. Con el Sector Trabajo y Promoción del Empleo para la erradicación de toda forma de trabajo que viola los derechos humanos, limita el desarrollo de sus capacidades y pone en riesgo la salud y la vida de los y las adolescentes.	MINSA, gobiernos regionales y gobiernos locales

Instrumentos utilizados	Líneas de acción para Adolescentes	Programas / Proyectos	Actores y Ejecutores
RM 973-2012/MINSA, que aprueba la NTS N° 034-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Adolescente". RM 503-2012/MINSA que aprueba Norma Técnica N° 095 –MINSA/DGSP-V.01 "Criterios y Estándares de Evaluación de Servicios Diferenciados de Atención Integral de Salud para adolescentes".	Mejorar la salud integral que se brinda a las y los adolescentes en los establecimientos de salud pública y privados, en un marco de respeto a los derechos, equidad de género, interculturalidad y calidad, para contribuir a su desarrollo y bienestar.	Brindar servicios diferenciados y de calidad para las y los adolescentes. - Integración multisectorial. - Redes de soporte social. - Participación activa de las y los adolescentes. - Formación de adolescentes como educadores de pares.	MINSA, gobiernos regionales y gobiernos locales
DS N° 016-2009-SA, que aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud-PEAS.	Incorpora como condición asegurable (que debe ser financiada por cualquier asegurador) la condición adolescente sano.	La condición hace explícito un paquete de servicios de promoción y prevención que debería recibir cualquier adolescente en el país. Establece siete variables de la condición, entre las cuales figura la de los y las adolescentes sexualmente activos que requieren métodos de anticoncepción modernos.	MINSA, aplicable a las aseguradoras públicas y privadas del país.
R.M. N° 636-2009/MINSA, aprueba el Documento Técnico "Análisis de Situación de Salud de las y los Adolescentes-Ubicándolos y Ubicándonos".	Contribuye a direccionar las intervenciones relacionadas con la salud de las y los adolescentes desde el Sector Salud.	Proporciona a los diferentes actores involucrados en la salud de las y los adolescentes, una herramienta necesaria para planificar y evaluar intervenciones intersectoriales con un enfoque de determinantes sociales.	Gobiernos regionales y gobiernos locales

RESPUESTA DE LOS SECTORES SOCIALES

Instrumentos utilizados	Líneas de acción para Adolescentes	Programas / Proyectos	Actores y Ejecutores
Ley N° 28487, Ley que otorga rango de Ley al Decreto Supremo N° 003-2002-PROMUDEH, que aprobó el Plan Nacional de acción por la Infancia y la Adolescencia (PNAIA) 2002 – 2010) Decreto Supremo N° 001-2012-MIMP, que aprueba el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia – PNAIA 2012-2021 y constituye la Comisión Multisectorial encargada de su implementación.	Promover el acceso de adolescentes a servicios diferenciados para prevenir conductas de riesgo y alentar estilos de vidas saludables Incluir en los programas curriculares de educación primaria y secundaria, la formación en valores y crianza, de modo que las y los adolescentes conozcan las formas de protegerse de un embarazo no deseado y la responsabilidad que trae la concepción, gestación, nacimiento y crianza de una niña o niño.	Introduce espacios de participación para las y los adolescentes de 12 a 17 años de edad y promover su desarrollo pleno. Está orientado a reducir la tasa de embarazo en adolescentes. Creación de Defensorías Públicas a nivel Regional (MINJUS).	MIMP, MINEDU, MINSA, MINJUS, MINCETUR, gobiernos regionales, gobiernos locales, ONG y programas sociales.
Decreto Supremo N° 014-2002-MIMDES, que confirma la Comisión Multisectorial encargada de la implementación de acciones señaladas en el PNAIA 2002-2012 Decreto Supremo N° 001-2012-MIMP, que aprueba el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia – PNAIA 2012-2021 y constituye la Comisión Multisectorial encargada de su implementación.	- Coordinar la implementación de las acciones contenidas en el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021. - Ejercer la labor de monitoreo y evaluación del Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021.	Informar anualmente de los avances del Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021, a nivel regional, sectorial y nacional; que será incluido dentro de la exposición anual del Presidente del Consejo de Ministros y realizada ante el Congreso de la República.	MIMP, gobiernos regionales y gobiernos locales
Ley N° 28983, Ley de Igualdad de Oportunidades entre Hombres y Mujeres (LIO)	Tiene por objeto establecer el marco normativo, institucional y de políticas públicas en los ámbitos nacional, regional y local, para garantizar a mujeres y hombres el ejercicio de sus derechos a la igualdad, dignidad, libre desarrollo, bienestar y autonomía, impidiendo la discriminación en todas las esferas de su vida, pública y privada, propendiendo a la plena igualdad.	La discriminación por género se refiere a cualquier tipo de distinción, exclusión o restricción, basada en el sexo, que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos de las personas.	MIMP, MINJUS

Instrumentos utilizados	Líneas de acción para Adolescentes	Programas / Proyectos	Actores y Ejecutores
Decreto Supremo N° 004-2012-MIMP que aprueba el Plan Nacional de Igualdad de Género 2012-2017 y constituye la Comisión Multisectorial encargada de su implementación	MIMP coordina el Plan Nacional de Igualdad de Género 2012-2017 como ente rector en las políticas nacionales y sectoriales sobre mujer y promoción y protección de las poblaciones vulnerables, debiendo los demás sectores del Estado, así como los gobiernos regionales implementar y remitir la información relativa a la implementación de los resultados y metas.	Mejorar la salud de las mujeres y garantizar los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y hombres teniendo como uno de sus resultados Servicios de salud diferenciados par adolescentes hombres y mujeres que contribuyan a la reducción del embarazo en adolescentes.	MINSA y Gobiernos Regionales.
Decreto Supremo N°008-2001-PROMUDEH, que crea el Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual	Formula, diseña, promueve y ejecuta planes, proyectos y programas de prevención y atención, además de promover acciones de protección y recuperación frente a la violencia familiar y sexual; así como la generación del conocimiento de la problemática y la promoción de relaciones democráticas entre varones y mujeres	El Programa cuenta con diversos servicios que promueven la protección, recuperación y acceso a la Justicia de las personas afectadas por violencia familiar y sexual: Centro de Emergencia Mujer – CEM, Línea 100, Servicio de Atención Urgente – SAU, Chat 100 y Redes Sociales. Los Centros Emergencia Mujer – CEM: son servicios públicos especializados, interdisciplinarios y gratuitos para víctimas de violencia familiar y sexual - Se brinda Atención Integral para contribuir a la protección recuperación y acceso a la Justicia: Atención básica y Atención Especializada a través de un equipo Multidisciplinario (Psicólogo/a, Abogado/a y Trabajador/a Social. - Desarrollo de actividades de prevención a través de capacitaciones, campañas comunicacionales, formación de agentes comunitarios y movilización de organizaciones e instituciones.	MIMP, gobiernos regionales y gobiernos locales
Decreto Supremo N°005-2004-MIMDES, aprueba el Plan Nacional de Apoyo a la Familia 2004-2011. (Actualmente se encuentra en proceso de aprobación el Plan Nacional del siguiente periodo)	Dispone la coordinación, seguimiento y evaluación del cumplimiento del Plan Nacional de Apoyo a la Familia 2004-2011.	La Comisión Multisectorial de seguimiento y evaluación está conformada por representantes de los sectores involucrados en la implementación del Plan, para contribuir a sistematizar la información, efectuar el monitoreo y seguimiento de la implementación, evaluar y proponer a nivel sectorial y multisectorial, las medidas correctivas que fuere necesario implementar.	MIMP

Instrumentos utilizados	Líneas de acción para Adolescentes	Programas / Proyectos	Actores y Ejecutores
Decreto Supremo N° 005-2010-MIMDES, que aprueba el "Plan Nacional de Población 2010-2014"	Promoción del ejercicio libre, responsable e informado de los derechos de las personas, particularmente de los derechos sexuales y reproductivos.	MIMP Preside Comisión Multisectorial Permanente encargada de la implementación, seguimiento y evaluación del Plan Nacional de Población 2010-2014.	MIMP, gobiernos regionales y gobiernos locales
La Ley N° 28330, Ley que Modifica Diversos Artículos del Código de los Niños y Adolescentes	Se otorga competencia al MIMP para realizar el proceso de investigación como ente rector		MIMP
Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2009-2015 aprobado por Decreto Supremo N° 003-2009-MIMDES	Acceso a servicios de calidad para la atención integral de la violencia basada en género.	MIMP asume la presidencia de la Comisión Multisectorial Permanente de Alto Nivel del PNCVHM. El Plan Nacional establece como actividades y resultados: - Establecimientos de salud de cobertura regional urbano y rural incorporan en su servicio la atención de la violencia basada en género. - Servicios en donde se entregan y abastece de insumos para la atención de la violencia sexual: anticonceptivos, antibióticos y antirretrovirales.	MIMP, MINSA, Gobiernos Regionales - DIRESA
R.M. N° 766-2005-MIMDES, Formalizan la Constitución de la Mesa Interinstitucional sobre el Servicio de Defensoría del Niño y del Adolescente.	El MIMP como ente rector asume la conducción y monitoreo del funcionamiento de la Mesa Interinstitucional.	La Mesa Interinstitucional estará integrada por sectores e entidades del Sector Público	MIMP
Decreto Legislativo N° 1098, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.	En el Art. 3° señala que el MIMP diseña, establece, promueve, ejecuta y supervisa políticas públicas a favor de las mujeres y de las poblaciones vulnerables consideradas como grupos de personas que sufren discriminación o situaciones de desprotección		MIMP
Ley N° 29158. Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, que establece como principios y normas básicas de organización, competencia y función del Poder Ejecutivo, el tema de la igualdad de oportunidades entre	Prioriza dos Principios: Inclusión Promueve la incorporación económica, social, política y cultural de los grupos sociales excluidos y vulnerables, y de las personas con discapacidad. Equidad Promueve la igualdad de todas las personas		MIMP, MINJUS, gobiernos regionales y gobiernos locales

Instrumentos utilizados	Líneas de acción para Adolescentes	Programas / Proyectos	Actores y Ejecutores
mujeres y hombres.	en el acceso a las oportunidades y beneficios de prestación de servicios públicos y de la actividad pública en general.		
Resolución Ministerial N° 355-2009-MIMDES, aprueba la creación del Consejo Consultivo de Niñas, Niños y Adolescentes.	Crear un espacio público que permita la participación de las niñas, niños y adolescentes tomando en cuenta su opinión en función de su edad y madurez. El consejo consultivo está ligado a la Dirección de Niñas, Niños y Adolescentes del MIMP	Tiene la facultad de emitir opiniones a cerca de políticas públicas, sobre infancia y adolescencia, y elabora propuestas de apoyo en los mecanismos de vigilancia del sistema de atención integral al niño y adolescente. Está integrada por doce personas entre los 10 y 17 años de edad, las que serán escogidas sobre la base de un proceso de elección democrático a nivel nacional	MIMP, gobiernos regionales y gobiernos locales
Resolución Ministerial N° 617-2010-MIMDES. Modifica el Art. 2° de la R.M. N° 355-2009-MIMDES, que crea el Consejo Consultivo de Niñas, Niños y Adolescentes. Aprueba el Reglamento Interno del Consejo Consultivo.	Crear un espacio público que permita la participación de las niñas, niños y adolescentes tomando en cuenta su opinión en función de su edad y madurez. El consejo consultivo está ligado a la Dirección de Niñas, Niños y Adolescentes del MIMP.	El Consejo Consultivo de Niñas, Niños y Adolescentes, estará integrado por 26 personas entre los 10 y 17 años de edad, representantes de las regiones del Perú y de Lima Metropolitana, para lo cual cada representante titular contará con su respectivo representante alterno.	MIMP, gobiernos regionales y gobiernos locales
R.M. N° 576-2010-MIMDES, aprueba la Directiva de "Asistencia Técnica para la supervisión de los Centros de Atención Residencial de Niñas, Niños y Adolescentes", así como el Instructivo y Ficha de Supervisión.	La Dirección de Niñas, Niños y Adolescentes de la Dirección General de la Familia y la Comunidad y por encargo de esta, los Coordinadores Regionales, son los responsables de parte del MIMP, para llevar a cabo las visitas de Supervisión a los Centros de Atención Residencial de Niñas, Niños y Adolescentes, a nivel nacional.	Supervisión de los Centros de Atención Residencial de Niñas, Niños y Adolescentes.	MIMP, gobiernos regionales y gobiernos locales
R.M. N° 479-2010-MIMDES, que aprueba las "Orientaciones para la Intervención Sectorial en el Desarrollo de Capacidades".	El contexto de descentralización exige al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, fortalecer sus capacidades institucionales e individuales para cumplir con su rol de conducir políticas sociales de lucha contra la pobreza y de promover el fortalecimiento de capacidades en los gobiernos regionales y locales.	Tiene la finalidad de contar con lineamientos que favorezcan un mejor desarrollo de las propuestas de fortalecimiento de capacidades, en especial de las acciones de capacitación, las cuales podrán ser diseñadas y adoptadas de acuerdo a las necesidades locales y prioridades institucionales.	MIMP, gobiernos regionales y gobiernos locales

Instrumentos utilizados	Líneas de acción para Adolescentes	Programas / Proyectos	Actores y Ejecutores
D.S. N° 003-2010-MIMDES, aprueba la Relación de Trabajos Peligrosos y Actividades Peligrosas o Nocivas para la Salud Integral y la Moral de las y los Adolescentes.	Se entiende como trabajo peligroso a aquel en que las exigencias propias de las labores interfieran o comprometan el normal desarrollo biopsicosocial, la seguridad o moral o de los o las adolescentes. Ocasionan daño a los y las adolescentes los trabajos peligrosos, los factores de riesgo físico, químico, biológico, ergonómico y psicosocial.	Las niñas, niños y adolescentes que se encuentran en la situación antes descrita serán atendidas por programas de protección a nivel regional y local, a efectos de restituir sus derechos vulnerados.	MIMP, MTPE, gobiernos regionales y gobiernos locales

RESPUESTA DEL SECTOR EDUCACIÓN

Instrumentos utilizados	Líneas de acción para Adolescentes	Programas / Proyectos	
Ley N° 28044, Ley General de Educación y Reglamentos	El sistema educativo es responsable del aprendizaje y desarrollo integral del estudiante y de orientarlo adecuadamente		MINEDU
Ley N° 29600, Ley que Fomenta la Reinserción Escolar por Embarazo ³¹	Las Instituciones educativas quedan prohibidas de expulsar o limitar de algún modo el acceso al régimen escolar de las alumnas embarazadas o madres. Obliga a generar indicadores sobre su avance en la aplicación de métodos para prevenir y eliminar cualquier forma de discriminación por razón de embarazo o maternidad, para que sean sujetas a evaluación sobre la materia. Declara que los indicadores son de dominio público y deben ser difundidos en la página Web del Ministerio de Educación.	Modifica el artículo 18° de la Ley N° 28044, Ley General de Educación	MINEDU, GR que tienen a su cargo las IE GL que participan de la descentralización educativa
Directiva N° 002-2006-VMGP/DITOE, Normas para el Desarrollo de las Acciones y Funcionamiento de las Defensorías escolares del niño y del adolescente (DESNAS) en las Instituciones Educativas	Determina los lineamientos básicos para el funcionamiento de las Defensorías Escolares del Niño y del Adolescente (DESNAS) en las Instituciones de Educación Básica Regular a nivel nacional.	Establecer los niveles de participación y funciones de las Direcciones Regionales de Educación, Unidades de Gestión Educativa Local y las Instituciones Educativas, para que contribuyan a la promoción y protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes y a mejorar la convivencia y disciplina escolar democrática en las Instituciones Educativas dentro del marco de la Ley General de Educación	MINEDU, gobiernos regionales y gobiernos locales

³¹ Norma que fue promulgada durante el periodo de elaboración y discusión del plan, lo cual da cuenta de la visibilidad del problema como un asunto de interés público y parte de la política pública.

Instrumentos utilizados	Líneas de acción para la adolescencia	Programas / Proyectos	Actores y Ejecutores
RM. N° 0116-2007-ED, aprueba Directiva "Normas para la Distribución de Equipos y Material Educativo del Programa Nacional de Movilización por la Alfabetización - PRONAMA	Normar los procesos de distribución de equipos y materiales educativos que se indican en los numerales siguientes, los cuales serán destinados para los participantes y círculos de alfabetización del Programa Nacional de Movilización por la Alfabetización.	Dotar oportunamente los equipos y material educativo para los participantes y círculos de alfabetización del PRONAMA.	MINEDU, gobiernos regionales y gobiernos locales
Ley N° 27558, Ley de Fomento de la Educación de las Niñas y Adolescentes Rurales	Dirigido a niñas y adolescentes rurales que tienen residencia habitual en centros poblados menores y comunidades no urbanizadas, campesinas y nativas que se dedican predominantemente a actividades agrícolas, ganaderas y/o forestales.	La Comisión Multisectorial de Fomento de la Educación de las Niñas y Adolescentes Rurales se ha dinamizado desde el 2011, con el propósito de realizar el monitoreo y seguimiento de los Programas y Proyectos en relación al servicios educativo de calidad dirigido a las niñas y adolescentes rurales, en el marco de la Ley N° 27558.	MINEDU, gobiernos regionales y gobiernos locales
DS. N° 021-2006-ED, aprueban los Lineamientos Nacionales de Política de la Formación Profesional.	Elevar la calidad de la formación profesional y los niveles de adecuación laboral y como objetivos a mediano plazo el contribuir a la mejora de la calidad de vida de la población y desarrollo sostenible del país.	Los lineamientos nacionales de política de la formación profesional constituyen el marco orientador de las medidas relativas a la formación profesional para que la educación cumpla su misión como instrumento de desarrollo social, económico y tecnológico en los distintos niveles y modalidades formativas.	MINEDU, gobiernos regionales y gobiernos locales
DS. N° 010-2008-ED, precisan alcances de implementación de los Lineamientos Nacionales de Política de la Formación Profesional a que se refiere el D.S. N° 021-2006-ED	Implementación de los Lineamientos Nacionales de Política de la Formación Profesional.	Comprende el diseño de políticas regionales desarrollados en función de los citados lineamientos, así como la elaboración del Plan Regional de formación profesional, los cuales deben ser desarrollados de acuerdo a la realidad de cada región y aprobados por los gobiernos regionales.	MINEDU, gobiernos regionales y gobiernos locales
D. S. N° 006-2012-ED, aprueba ROF y CAP del Ministerio de Educación	Considera a la Secretaría Nacional de la Juventud-SENAJU – como órgano asesor del Ministerio de Educación, encargado de formular y proponer políticas de Estado en materia de Juventud que contribuyan al desarrollo integral de los jóvenes en temas de empleabilidad, mejoramiento de la calidad de vida, inclusión social, participación y acceso a espacios en todos los ámbitos del desarrollo humano.	Promover y supervisar programas y proyectos en beneficio de los jóvenes. Establecer las funciones de las Direcciones que conforman la SENAJU: Dirección de Investigación y Desarrollo; Dirección de Gestión, Promoción y Organización; y Dirección de Asistencia Integral y Monitoreo.	MINEDU, gobiernos regionales y gobiernos locales

Instrumentos utilizados	Líneas de acción para la adolescencia	Programas / Proyectos	Actores y Ejecutores
D.S. N° 011-2009-ED, crea el Programa Juventud Profesional	Permitir al joven bachiller de una universidad pública, financiar por única vez, total o parcialmente, el costo para obtener su título profesional en las carreras de Ingeniería civil, Ingeniería Agrícola y Medicina humana, con el requisito previo de una participación tutelada del beneficiario durante un plazo no menor de seis (06) meses en Núcleos Ejecutores.	Promover la titulación de jóvenes bachilleres con la finalidad de generar un cuerpo de profesionales titulados, así como fortalecer los Núcleos Ejecutores con la presencia de jóvenes profesionales para el desarrollo de obras públicas de interés de la comunidad.	MINEDU, gobiernos regionales
R.M. N° 0205-2010-ED, amplía los beneficiarios del Programa Juventud Profesional, creado mediante D.S. N° 011-2009-ED	Los beneficiarios del Programa Juventud Profesional, serían las carreras profesionales de Arquitectura, Economía, Contabilidad, Administración, Psicología Sociología y Educación bajo las mismas condiciones señaladas en el citado Decreto.		MINEDU, gobiernos regionales
R.D. N° 0614-2010-EDU, encarga a las Direcciones Regionales de Educación de Ancash, Amazonas, Huánuco, Pasco, Apurímac, Puno, Ayacucho, Cajamarca, La Libertad, Huancavelica y Junín y para que en coordinación con las UGEL, adopten las acciones pertinentes.	Garantizar que las 11 Direcciones Regionales de Educación realicen la oportuna y adecuada distribución de los Módulos de Material Concreto de comunicación y Matemática para estudiantes de 1er y 2do grado de Educación Primaria.	Las Direcciones Regionales de Educación son las responsables de la supervisión a las Unidades de Gestión Educativa Local (UGELs).	MINEDU, gobiernos regionales y gobiernos locales

RESPUESTA DEL SECTOR TRABAJO Y PROMOCIÓN DEL EMPLEO

Instrumentos utilizados	Líneas de acción para la adolescencia	Programas / Proyectos	Actores y Ejecutores
Decreto Supremo N° 013-2011-TR, que crea el Programa Nacional de Empleo Juvenil "Jóvenes a la Obra"	El Programa de Capacitación Laboral Juvenil – JOVENES A LA OBRA tiene como objetivo principal facilitar el acceso de jóvenes de 15 a 29 años de escasos recursos económicos al mercado laboral formal, a través de acciones específicas de capacitación técnica y experiencia laboral.		MTPE, gobiernos regionales y gobiernos locales
Ley N° 28518, Ley sobre modalidades formativas laborales.	La Capacitación laboral juvenil es una modalidad que se caracteriza por realizar el proceso formativo en las unidades productivas de las empresas, permitiendo a los beneficiarios ejercitar su desempeño en una situación real de trabajo. Mediante esta modalidad se busca que el joven entre 16 y 23 años, que no haya culminado o interrumpido la educación básica, o que habiéndola culminado no sigue estudios de nivel superior sean técnicos o universitarios, adquieran los conocimientos teóricos y prácticos en el trabajo a fin de incorporarlos a la actividad económica en una ocupación específica.		MTPE, gobiernos regionales y gobiernos locales
DS N° 002-97-TR.; aprueba el Texto Único Ordenado del D. Leg. N° 728, Ley de Formación y Promoción Laboral. (LFPL)			
RM. N° 303-2009-TR, aprueba la desagregación de recursos aprobados mediante Decreto Supremo N° 224-2009-EF, que autoriza una Transferencia destinada al financiamiento del Programa Nacional de Empleo Juvenil JOVENES A LA OBRA.	Cumplimiento de lo aprobado		MTPE, gobiernos regionales y gobiernos locales
Plan de Acción Nacional para promover el Trabajo Decente y Productivo Juvenil, 2008 – 2011- MTPE Marco General Nacional Política Nacional de Empleo 3.3, "Fomentar el empleo juvenil digno y productivo promoviendo su empleabilidad y empresariedad en un marco de inclusión social y Competitividad"	Marco Promotor del empleo juvenil, con énfasis en los sectores que generan uso intensivo de mano de obra juvenil: agricultura, manufactura y turismo.	-Promover la calidad del empleo juvenil a través de una mejor inserción y/o reinserción laboral, e incrementar los niveles de empleabilidad y empresariedad juvenil. -Aumento de la capacidad del MTPE y de los gobiernos regionales y locales de formular, ejecutar y evaluar políticas y programas de empleo para jóvenes, con enfoque de género	MTPE, gobiernos regionales y gobiernos locales

Instrumentos utilizados	Líneas de acción para la adolescencia	Programas / Proyectos	Actores y Ejecutores
Ley N° 28518, Ley sobre Modalidades Formativas Laborales. Deroga de manera expresa el Título I del Texto Único Ordenado del DL. N° 728, Ley de Formación y Promoción Laboral, reemplazando la regulación contemplada para los convenios de formación laboral juvenil, prácticas pre profesionales y aprendizaje.	Esta nueva regulación presenta como principales innovaciones, el otorgamiento de diversos beneficios a las personas contratadas a través de convenios formativos, así como, la incorporación de nuevas modalidades contractuales.	La LMFL regula cinco (5) convenios de carácter formativo, manteniendo los convenios que regulaba la Ley de Fomento de la Promoción Laboral (LFPL) e incorporando tres nuevos convenios: prácticas profesionales, pasantía y actualización para la reinserción laboral.	MTPE, gobiernos regionales y gobiernos locales
Resolución Directoral Nacional 002-2007-MTPE, aprueba Las Normas para la Ejecución y Desarrollo del Servicio de Orientación Vocacional e Información Ocupacional.	Contar con un instrumento técnico normativo que permita orientar, fortalecer, homogenizar y monitorear, los procesos de implementación técnica, ejecución y articulación del servicio de orientación vocacional e información ocupacional (SOVIO), a nivel nacional.	Promover las acciones del Servicio de Orientación Vocacional e Información Ocupacional dirigida a jóvenes de la población económicamente activa (PEA).	MTPE, gobiernos regionales y gobiernos locales
Resolución Ministerial N° 177-2012-TR, que aprueba la Directiva General "Normas para la Implementación Técnica, Ejecución y Desarrollo del Servicio de Orientación Vocacional e Información Ocupacional"			
Ley N° 27404, que modifica artículos de la Ley de Formación y Promoción Laboral relacionados con el Programa de Formación Laboral Juvenil. Modifica los artículos 10°, 14° y 30° del Texto Único Ordenado del D Leg N° 728	Las modificaciones están referidas entre otras cuestiones, a la duración del convenio de Formación Laboral Juvenil, así como a los períodos de formación laboral juvenil.		MTPE, gobiernos regionales y gobiernos locales
Ley N° 28518, Ley sobre Modalidades Formativas Laborales			

RESPUESTA DEL MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS

Instrumentos utilizados	Líneas de acción para la adolescencia	Programas / Proyectos	Actores y Ejecutores
Ley N° 28704, Ley que modifica artículos del Código Penal relativos a los delitos contra la libertad sexual y excluye a los sentenciados de los derechos de gracia, indulto y conmutación de la pena. La Sentencia del Tribunal Constitucional declaró la inconstitucionalidad del inciso 3 del artículo 173° del Código Penal, y reconoce expresamente que los adolescentes son titulares del derecho a la libertad sexual.	Promoción de los derechos sexuales y reproductivos, a fin de que los y las adolescentes ejerzan el derecho a su libertad sexual de manera responsable.	Penalización de las relaciones sexuales entre adolescentes	MINJUS
Resolución Administrativa N° 107-2007-CE-PJ.	Aprueba de parte del Poder Judicial los Convenios marco de Cooperación Interinstitucional con el MIMP, UNICEF y OIT.		MINJUS, MIMP
Texto Único Ordenado de la Ley N° 26260 "Ley de Protección Frente a la Violencia Familiar". DS N° 006-97-JUS Ley N° 29380, Ley del Servicio de Defensa Pública.	Trabajo en red de Participación Ciudadana con enfoque Intercultural.		MINJUS, MIMP
	Creación de consultorios jurídicos populares, que brindan asesoría y patrocinio legal a las víctimas de violencia familiar, violencia sexual, abandono moral y material, a favor de los niños, niñas, adolescentes, ancianos y ancianas.		MINJUS, gobiernos regionales y gobiernos locales
Ley N° 27337, Ley que aprueba el Nuevo Código de los Niños y Adolescentes.	Comprende cuatro libros: • Derechos y libertades. • Sistema Nacional de Atención Integral al Niño y al Adolescente • Instituciones familiares. • Administración de justicia especializada en el niño y el adolescente.	Promoción, defensa y vigilancia de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.	MINJUS, MIMP

Instrumentos utilizados	Líneas de acción para la adolescencia	Programas / Proyectos	Actores y Ejecutores
DS N° 032-2005-PCM, crea el Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres- JUNTOS D.S. 029-2007-PCM, aprueba el Plan de Reforma de los Programas Sociales. D.S. N° 008-2013-MIDIS, aprueba la Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social "Incluir para CRECER" Ley N° 27802, Ley del Consejo Nacional de la Juventud (28-07-2002)	El Programa busca beneficiar a los hogares más pobres del país, priorizando a la mujer como representante del cobro del incentivo. Sistema de acompañamiento consistente a los gobiernos regionales y locales, dotándolos de mayor funcionalidad orgánica y de recursos humanos y financieros adicionales, desde la ST-CIAS. Mejoramiento de la difusión de CRECER como estrategia de intervención articuladas a través de acciones de comunicaciones permanentes y orientadas a los diferentes actores. Tiene por objeto establecer el marco normativo e institucional que oriente las acciones del Estado y de la sociedad en materia de política juvenil, que permita impulsar las condiciones de participación y representación democrática de los jóvenes, orientados a la promoción y desarrollo integral de la juventud.	Son beneficiarios de la presente ley los adolescentes y jóvenes comprendidos entre los 15 y 29 años de edad, sin discriminación alguna que afecte sus derechos, obligaciones y responsabilidades. El rango de edad establecido no sustituye los límites de edad regulados en materia de garantías, sistemas de protección y derechos laborales respecto a los adolescentes	Gobiernos regionales y gobiernos locales MINJUS, MINEDU, MEF, gobiernos regionales y gobiernos locales
LEY N° 29408 - Ley General de Turismo. 18/09/2009 D.S. N° 003-2010-MINCETUR, que aprueba el Reglamento de la Ley General de Turismo (Enero 2010)	Difusión y publicación de las normas sobre la prevención y sanción de la explotación sexual comercial de los niños y adolescentes. Proponer normas de prevención para combatir la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes a cargo de los diferentes niveles de gobierno y de acuerdo a sus competencias.	Desarrollar programas que permita la protección social de las adolescentes (pendiente el diseño).	MINCETUR, gobiernos regionales y gobiernos locales

VII. BIBLIOGRAFÍA

1. Aramburú, C. (2010). Status de la mujer, fecundidad y desarrollo. *Conferencial Regional DAIA Para no perder oportunidades: planificación familiar y desarrollo*, (pág. 25). Lima.
2. Bartholomew LK, e. a. (2001). *Intervention Mapping: Designing Theory and Evidence based Health Promotion Programs*. California: Mayfield Publishing Company.
3. Bearinger, L., Sieving, R., Ferguson, J., & Sharma, V. (27 de March de 2007). *Global perspective on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential*. Recuperado el 15 de Agosto de 2010, de www.thelancet.com.
4. Breinbauer, C. (2008). *Jóvenes: opciones y cambios. Promoción de conductas saludables en los adolescentes*. Washington. D.C.: OPS.
5. Cuevas, A. (2009). Recuperado el 04 de Agosto de 2010, de www.fff.com
6. Florez, C. E. (2005). Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública* 18(6), 111.
7. Graham, H. (2004). *Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings*. Milbank Q.
8. Hay, W., Hayward, A., Groothuis, J., & Levin, M. (1995). *Pediatric Diagnosis & Treatment*. USA: Appleton & Lange.
9. INEI. (2010). *ENDES Continua 2009*. Lima: INEI.
10. Instituto Nacional de Estadística. (2008). *Censo de población 2007*. Lima: INEI.
11. Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2010). Perú: Situación social de las madres adolescentes 2007. 2-59.
12. Luna C., M. (2008). *Embarazo adolescente en Perú*. Lima: Informe de consultoría para UNFPA, sin publicar.
13. Ministerio de Educación. (2010). *Plan Multisectorial de Educación Sexual Integral 2010-2015*. Lima: Documento de trabajo.
14. Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue. (2007). *Resolución de la Reunión Ordinaria de Ministras y Ministros de Salud del Área Andina*.
15. Oringanje, C., Meremikwu, M., Eko, H., & Esu, M. (s.f.). *Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Recuperado el 18 de Agosto de 2010, de [http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/show.php?db=review&mfn=3107&id=&lang=](http://www.cochrane.com:http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/show.php?db=review&mfn=3107&id=&lang=)

-
16. Pantelides, E. A. (2008). *Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina*. Recuperado el 21 de Agosto de 2010, de Libertades laicas. Red Iberoamericana por las Libertades Laicas: <http://centauro.cmq.edu.mx/dav/libela/paginas/infoEspecial/pdfArticulosDerechos/10010287.pdf>
 17. Peñaherrera S., E. (2008). *Plan Nacional Para la Prevención del Embarazo No Planificado en Adolescentes en el Perú 2009-2015*. Lima: Documento de trabajo.
 18. The National Campaign to Prevent Teen Unplanned Pregnancy. (2009). *What works 2008. Curriculum-Based Programs that prevent teen pregnancy*. Washington.
 19. UCLA. (25 de Agosto de 2010). *www.nationa*. Recuperado el 25 de Agosto de 2010, de <http://smhp.psych.ucla.edu/teenpreg.htm>
 20. Valdivia, M. (2010). *Maternidad adolescente en el Perú: Qué tan importante son los factores culturales?* Lima: GRADE.
- WHO. (2007). *Helping parents in developing countries improve adolescent's health*. Wa



MINISTERIO DE SALUD
Oficina General de Estadística e Informática
Biblioteca Central

29-08-2014

RECIBIDO

Hora: 3:42 PM Firma:

