



Documento Técnico
Análisis de Situación de Salud
de las y los Adolescentes
Ubicándolos y Ubicándonos

Perú 2009



Documento Técnico
Análisis de Situación de Salud de las
y los Adolescentes
Ubicándolos y Ubicándonos

Perú 2009

Catalogación hecha por Centro de Gestión del Conocimiento OPS/OMS en el Perú

Documento Técnico: Análisis de Situación de Salud de las y los Adolescentes. Ubicándolos y Ubicándonos /
Ministerio de Salud – Lima: Ministerio de Salud , 2009.

97 p.

SALUD DEL ADOLESCENTE / ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN / PERÚ

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2009-11995

Documento Técnico: Análisis de Situación de Salud de las y los Adolescentes. Ubicándolos y Ubicándonos, 2009

© Ministerio de Salud
Dirección General de Salud de las Personas
Dirección de Atención Integral de Salud
Etapa de Vida Adolescente
Av. Salaverry 801-Jesus María, Lima-Perú
Central Telefónica: 3156600
URL: <http://www.minsa.gob.pe>

Elaborado por:
Guisella Magaly Ascate K`ana - Contratista OPS/OMS Perú
Lourdes Palomino Gamarra - Ministerio de Salud

Equipo revisor MINSA:
Dr. Luis Robles Guerrero
Lic. Ana Borja Hernani
Dr. Luis Miguel León García
Obst. María Elena Yumbato Pinto

Equipo revisor OPS/OMS:
Dr. Adrián Díaz – Oficina Perú
Dra. Matilde Maddaleno – PAHO. WDC
Dra. María Edith Baca – Oficina Perú

Correctora de estilo:
Cecilia Heraud Pérez

Primera edición, 2009
Tiraje: 1000 ejemplares
Diseño e impresión: SINCO Editores S.A.C.
Jr. Huaraz 449 - Breña • Telf.: 433-5974 • sincoeditores@yahoo.com

Versión digital disponible en:
www.minsa.gob.pe

Documento elaborado gracias a la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud

Dr. Alan García Pérez
Presidente de la República

Dr. Oscar Ugarte Ubilluz
Ministro de Salud

Dr. Elías Melitón Arce Rodríguez
Viceministro de Salud

Dr. O. Martín Clendenes Alvarado
Director General de Salud de las Personas

Dr. Luis Miguel León García
Director Ejecutivo de Atención Integral de Salud

Dra. Lourdes Palomino Gamarra
Responsable de la Etapa de Vida Adolescente

Agradecimiento especial a las siguientes instituciones:

- Asociación Kallpa
- Cedro
- Instituto de Educación y Salud
- Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi
- Instituto Nacional de Salud
- Movimiento Manuela Ramos
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – Perú
- Fondo de Población de las Naciones Unidas – Perú
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud – Perú y WDC
- Sociedad Peruana de Adolescencia y Juventud
- Universidad Peruana Cayetano Heredia – Facultad de Salud Pública y Administración



Resolución Ministerial

Lima, 21 de SETIEMBRE del 2009

Visto el expediente N° 09-061362-001, que contiene el INFORME N° 015-2009-DAIS-DGSP/MINSA, de la Dirección General de Salud de las Personas y el Informe N° 740-2009/MINSA de la Oficina General de Asesoría Jurídica; y,

CONSIDERANDO:

Que, el artículo II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señala que la protección de la salud es de interés público y por tanto es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el literal b) artículo 41° del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 023-2005-SA y modificado por Decreto Supremo N° 007-2006-SA establece que la Dirección General de Salud de las Personas tiene a su cargo establecer las normas, supervisión y evaluación de la atención de la salud de las personas en las diferentes etapas de vida;

Que, por Resolución Ministerial N° 107-2005/MINSA de fecha 14 de febrero del 2005, se aprobó el documento técnico "Lineamientos de Política de Salud de las y los Adolescentes";

Que, mediante documento del visto, la Dirección General de Salud de las Personas remite para su aprobación el Documento Técnico "Análisis de Situación de Salud de las y los Adolescentes - Ubicándolos y Ubicándonos", cuyo objetivo es proporcionar 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;

Estando a lo propuesto por la Dirección General de Salud de las Personas;



Con el visado del Director General de la Dirección General de Salud de las Personas y de la Directora General de la Oficina General de Asesoría Jurídica; y del Viceministro de Salud; y,

De conformidad con lo establecido en el literal I) del artículo 8° de la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el Documento Técnico: "Análisis de Situación de Salud de las y los Adolescentes - "Ubicándolos y Ubicándonos", que en el documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

Artículo 2°.- Encargar a la Dirección General de Salud de las Personas la difusión del citado documento técnico.

Artículo 3°.- La Oficina General de Comunicaciones dispondrá la publicación de la presente Resolución Ministerial en el Portal de Internet del Ministerio de Salud, en la dirección: <http://www.minsa.gob.pe/portada/transparencia/normas.asp>.

Regístrese, comuníquese y publíquese.



M. Arce R.



M. CLENDENES A.



V. Rojas R.



D. León Ch. *



Oscar Raúl UGARTE UBILLUZ
Ministro de Salud

Tabla de Contenido

PRESENTACIÓN	11
INTRODUCCIÓN	13
1. FINALIDAD	15
2. OBJETIVO	15
3. ÁMBITO DE APLICACIÓN	15
4. LA POBLACIÓN ADOLESCENTE EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	15
5. CARACTERÍSTICA DEMOGRÁFICA Y DINÁMICA POBLACIONAL	16
5.1 Distribución de la población peruana según grupos de edades	16
5.2 Distribución de la población adolescente según sexo	17
5.3 Emigración internacional	19
5.4 Distribución de la población adolescente según área geográfica	20
5.5 Comparación entre la pirámide poblacional del Perú en 1993 y 2007	21
5.6 Distribución de la población adolescente según departamento	22
5.7 Distribución de la población adolescente según departamento por grupos de edades	24
5.8 Proyección de la población adolescente en el Perú	25
6. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA	25
6.1 Tipo de vivienda en donde residen las y los adolescentes	26
6.2 Saneamiento de las viviendas donde residen las y los adolescentes	27
6.3 Nivel educativo de las y los adolescentes según área de residencia	27
6.4 Nivel educativo de las y los adolescentes según género	28
6.5 Adolescentes que no acuden a institución educativa	29
6.6 Principales motivos de deserción escolar adolescente	29
6.7 Analfabetismo en las y los adolescentes según departamento	30
6.8 Participación de las y los adolescentes en la actividad económica, según género y por tipo de actividad	32
6.9 Participación de las y los adolescentes en la actividad económica, según área de residencia y por tipo de actividad	33
6.10 Desempleo según área de residencia	34
6.11 Desempleo en la población adolescente y joven según región	35
6.12 Actividades de las y los adolescentes que no trabajan ni acuden a institución educativa	35
6.13 Pobreza en las y los adolescentes	36
6.14 Índice de desarrollo	37
6.15 Estado civil según área geográfica	38
6.16 Idioma con el que las y los adolescentes aprendieron a hablar	40

7.	SALUD PSICOSOCIAL	41
7.1	Prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas y drogas	41
7.2	Edad de inicio del consumo de drogas	42
7.3	Violencia física según tipo de agresor	43
7.4	Adolescentes privados de su libertad según grupo de edad	44
7.5	Motivos por los cuales las y los adolescentes se encuentran privados de su libertad	45
7.6	Magnitud de tensión frente a estresores según región	45
7.7	Motivos de intento de suicidio	47
7.8	Involucramiento de padres como medio preventivo contra las conductas de riesgo	48
8.	SALUD FÍSICA Y NUTRICIONAL	49
8.1	Prevalencia de anemia en adolescentes según sexo y por departamento	50
8.2	Prevalencia de déficit de peso y sobrepeso según sexo y por departamento	51
9.	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	52
9.1	Edad de inicio de las relaciones sexuales	52
9.2	Motivos para el inicio de las relaciones sexuales	54
9.3	Fecundidad en las adolescentes	55
9.4	Maternidad adolescente	57
9.5	Prevalencia de uso de método anticonceptivo en las adolescentes según estado civil y por tipo de método anticonceptivo	59
9.6	Necesidad insatisfecha de servicios de planificación familiar en las adolescentes en unión con su pareja	62
9.7	Incidencia de abortos registrados en adolescentes	63
9.8	Mortalidad materna en adolescentes	65
10.	ANÁLISIS DE LAS ITS Y VIH / SIDA EN LAS ADOLESCENTES PERUANAS	67
10.1	Conocimiento de las adolescentes sobre las vías de transmisión del VIH/SIDA	67
10.2	Conocimiento de las adolescentes sobre las medidas de prevención contra el VIH/SIDA	68
10.3	Conocimiento sobre las medidas de prevención contra el VIH/SIDA según género	68
10.4	Prevalencia del VIH	69
10.5	Casos reportados de VIH/ SIDA desde 1986 al 2008	70
10.6	Casos de ITS en las y los adolescentes y jóvenes según sexo y tipo de ITS	71

11. MORBILIDAD – DISCAPACIDAD – MORTALIDAD	73
11.1 Principales enfermedades en las y los adolescentes según sexo a nivel nacional	73
11.2 Hogares de adolescentes con algún miembro discapacitado según tipo de discapacidad	73
11.3 Mortalidad en adolescentes	75
11.4 Principales causas de muerte en adolescentes	76
12. RESPUESTA SOCIAL	76
12.1 Respuesta del sector salud	77
12.1.1 Adolescentes afiliados a algún seguro	82
12.1.2 Adolescentes afiliados al Seguro Integral de Salud	82
12.1.3 Adolescentes afiliados al Seguro Integral de Salud según departamento	83
12.1.4 Adolescentes afiliados al Seguro Integral de Salud según quintil de pobreza	84
12.1.5 Demanda de las y los adolescentes a los servicios del MINSA	85
12.1.6 Partos de adolescentes atendidos institucionalmente	86
12.1.7 Número de servicios diferenciados para adolescentes a nivel nacional	86
12.2 Respuesta del sector educación	88
12.3 Respuesta de la sociedad civil	89
13. CONCLUSIONES	89
14. ¿DÓNDE PONER LOS ESFUERZOS?	94
15. BIBLIOGRAFÍA	96

Presentación

El presente análisis de situación de la salud de las y los adolescentes ha sido elaborado por la Dirección General de Salud de las Personas –Dirección de Atención Integral de Salud– Etapa de Vida Adolescente (EVA), a fin de brindar información suficiente y necesaria a todo aquel que lo requiera para conocer y entender la situación de la salud de este grupo poblacional. Además, el análisis de situación de la salud de las y los adolescentes nos permitirá contar con las herramientas necesarias para elaborar, desde el sector, un Plan Estratégico de Intervención con un enfoque de determinantes sociales y con participación intersectorial.

El término adolescencia proviene del verbo latino *adolescere* que quiere decir crecer y suele emplearse para denominar la etapa de transición de la infancia a la vida adulta; sin embargo, la adolescencia tiene una connotación mucho más significativa que solamente crecer. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a la adolescencia como el período de la vida en el cual el individuo adquiere madurez reproductiva, transitan los patrones biológicos y psicológicos de la niñez a la adultez estableciendo las posibilidades de independencia socioeconómica.

En una declaración conjunta, realizada en 1998 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), se acordó que el término “adolescencia” comprende al grupo etario con edades entre los 10 y 19 años, acuerdo que durante mucho tiempo fue tomado en cuenta por el Ministerio de Salud (MINSa) con la finalidad de unificar estándares internacionales, no obstante actualmente el Ministerio de Salud ha modificado dicho rango de edades para estar acorde con la normatividad nacional.*

El presente documento ha sido elaborado en fecha anterior al nuevo rango de edades establecido para definir la Etapa de Vida Adolescente, sin embargo, la información que se presenta es de utilidad no solamente para el sector salud, sino también para otros sectores cuyo quehacer guarda relación con la salud y el desarrollo integral de las y los adolescentes y que requieren orientar sus intervenciones.

* Etapa de Vida Adolescente: Población comprendida desde los 12 años de edad hasta los 17 años, 11 meses y 29 días, bajo Resolución Ministerial N° 538-2009/MINSA, 14 de agosto del 2009.

Introducción

El presente documento de análisis ha sido elaborado en base a datos de fuentes primarias y secundarias actuales y relevantes que constituyen referente nacional como: CENSO, Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES) y Encuesta Nacional de Hogares y Vivienda (ENAHO), datos estadísticos de algunos estudios realizados en nuestro país por instituciones de prestigio nacional y datos obtenidos intrainstitucionalmente. No obstante, teniendo en cuenta que vivimos en una cultura acostumbrada a promover la salud partiendo desde la identificación del daño y no desde la salud en sí misma, los datos analizados en su mayoría son de daño.

Ante esta situación hemos procurado realizar el análisis teniendo en cuenta dichos datos, pero con un enfoque que aborde las determinantes sociales y los factores protectores que condicionan a este grupo etario, diferenciándolo de otros documentos de análisis.

En la estructura del análisis tomamos en cuenta 9 ejes. El primer eje de análisis identifica a la población adolescente y joven, a nivel mundial y a nivel de América Latina, determinando su relevancia cuantitativa en materia de la salud pública.

El segundo eje de análisis tiene en cuenta la característica demográfica y la dinámica poblacional de las y los adolescentes, identificando su migración internacional y distribución poblacional a nivel nacional, departamental, según género y por grupos de edades.

El tercer eje de análisis toma en cuenta su situación socioeconómica, eje que nos proporciona una herramienta de análisis relevante para realizar intervenciones intersectoriales.

El cuarto eje de análisis aborda la situación de la salud psicosocial de las y los adolescentes, eje de mayor relevancia por la gran influencia que ejerce sobre los demás ejes. En este eje se ha analizado el consumo de drogas, la situación de violencia identificada en las y los adolescentes, así como la identificación cuantitativa y cualitativa de las y los adolescentes privados de su libertad, "cuántos son y por qué están privados de su libertad"; la situación de la salud mental fundamental para el desarrollo psicosocial y, finalmente, la influencia de uno de los factores protectores en la salud de las y los adolescentes: el nivel de involucramiento de los padres para la prevención de conductas de riesgo.

El quinto eje de análisis toma en cuenta la situación de la salud nutricional de las y los adolescentes.

La salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes es el sexto eje de análisis, eje cuya temática es la más polémica y muchas veces silenciada. En este eje se analiza desde la edad de inicio de las relaciones sexuales, el uso y acceso a metodología anticonceptiva, hasta los casos de aborto y muerte materna en adolescentes.

El séptimo eje de análisis toma en cuenta la situación de las ITS, VIH/ SIDA en las y los adolescentes, que no ha sido incluida en el análisis del eje anterior por ser una situación específica de morbilidad de gran impacto social, cuyo contenido de análisis abarca los casos identificados a través de los años y el nivel de conocimiento de las y los adolescentes en temas relacionados con el VIH /SIDA.

El octavo eje de análisis aborda la morbilidad y la mortalidad identificadas en esta etapa de la vida; se incluye en este eje la discapacidad en hogares de las y los adolescentes según tipo de discapacidad, siendo este último una consecuencia de la morbilidad.

Finalmente, el noveno eje de análisis es la respuesta social brindada ante la situación de salud de las y los adolescentes, eje en donde se aborda las intervenciones desde los diferentes sectores.

En algunos ejes de análisis existen ciertas limitaciones por no contar con datos según género o según grupos de edades; dichas limitaciones han pasado a formar parte del análisis que finalmente nos da luces para las conclusiones y, además, nos direcciona a brindar las recomendaciones respectivas.

1. FINALIDAD

Contribuir a direccionar las intervenciones relacionadas con la salud de las y los adolescentes desde el sector salud.

2. OBJETIVO

Proporcionar 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.

3. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente documento es de referencia obligada para el MINSA en sus diferentes niveles de intervención y de referencia para otros sectores cuyo quehacer cotidiano guarda estrecha relación con el desarrollo de las y los adolescentes.

4. LA POBLACIÓN ADOLESCENTE EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

A nivel mundial las y los adolescentes representan el 20% de la población total y de este 20%, el 85% se encuentra en los países en vías de desarrollo¹.

En relación a los países de América del Sur, el Perú es considerado como el cuarto país con mayor cantidad de habitantes después de Brasil, Colombia y Argentina. Con respecto a América Latina (20 países), el Perú ocupa el quinto lugar, siendo antecedido por Brasil, México, Colombia y Argentina. En lo que se refiere al continente americano (39 países), el Perú ocupa el séptimo lugar como país con mayor población; el primero corresponde a Estados Unidos de Norte América, seguido de Brasil, México, Colombia, Argentina y Canadá².

Se estima que entre 1960 y 1990, el número de adolescentes entre los 10 y 19 años de edad en América Latina aumentó en 138%³; así mismo, en 1999 la población entre los 10 y 24 años de edad alcanzó los 155 millones, representando alrededor de un tercio de la población total de América Latina y El Caribe⁴.

La salud de las personas es relevante para el desarrollo socioeconómico de cualquier país, más aún si hablamos de la salud de las y los adolescentes, pues si bien es cierto que gran parte de los hábitos nocivos para la salud adquiridos durante la adolescencia no se traducen en morbilidad o mortalidad durante la adolescencia en sí misma, sí lo hacen en años posteriores⁵.

La OMS estima que el 70% de las muertes prematuras en el adulto tienen su etiología en conductas desarrolladas durante la adolescencia.

Si se quiere no solamente crecer sino desarrollar como país, debemos tener en cuenta el establecimiento de prioridades en base a costo de oportunidad, tener en cuenta que una de

¹ United Nations Population Fund (UNFPA), Key Future Actions. Report of the Round Table on Adolescent Sexual and Reproductive Health celebrada en New York, April 14-17, 1998, pág. 2.

² CELADE - Boletín Demográfico, América Latina: Proyecciones de Población Urbana y Rural 1970-2025.

³ Camacho V. Perfil de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes y jóvenes de América Latina y El Caribe: revisión bibliográfica, 1988 - 1998. Washington D.C.: OPS/OMS, 2000.

⁴ Boyd A et al. The World's Youth 2000 Data Sheet. Washington, DC: Population Reference Bureau, 2000.

⁵ Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción de Desarrollo y Salud de Adolescentes y Jóvenes en Las Américas, 1998-2001. Washington, D.C.: OPS/OMS, 1998.

las prioridades debe ser la inversión en la salud de las y los adolescentes, lo que implica un abordaje intersectorial, pues existen situaciones que de manera indirecta pueden ser factores condicionantes para el deterioro de su salud, por ejemplo, situación de precariedad como la que se evidenció en América durante el año 2000 con un 56% de la población de 0 a 19 años de edad en situación de pobreza⁶.

5. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y DINÁMICA POBLACIONAL

5.1 Distribución de la población peruana según grupos de edades

Cuadro 1: Distribución de la población peruana

Edad en grupos quinquenales	Población Total	%
0 a 4 años	2 724 620	9,94
5 a 9 años	2 683 928	9,79
10 a 14 años	2 948 985	10,76
15 a 19 años	2 730 785	9,96
20 a 24 años	2 531 554	9,24
25 a 29 años	2 291 865	8,36
30 a 34 años	2 074 691	7,57
35 a 39 años	1 871 852	6,83
40 a 44 años	1 642 059	5,99
45 a 49 años	1 371 385	5,00
50 a 54 años	1 152 647	4,20
55 a 59 años	892 143	3,25
60 a 64 años	730 956	2,67
65 a 69 años	579 302	2,11
70 a 74 años	452 998	1,65
75 a 79 años	343 999	1,25
80 a 84 años	203 636	0,74
85 a 89 años	117 498	0,43
90 a 94 años	41 331	0,15
95 a 99 años	25 923	0,09
Total	27 412 157	100,00

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)- CENSO-2007

En el Perú la población adolescente representa aproximadamente la quinta parte de la población total (20,72%), superando cuantitativamente a la población infantil.

Del total de adolescentes, 51,93% tienen edades comprendidas entre los 10 y los 14 años.

⁶ Comisión Económica para América Latina y El Caribe. Panorama Social de América Latina 1999-2000. Nueva York: Naciones Unidas, 2000.

Si a la población adolescente se le añade la población con edades comprendidas entre los 20 a los 24 años, este nuevo grupo representa la tercera parte de la población total, razón por la cual el Perú es considerado como un país de adolescentes y jóvenes, que se encuentra en proceso de contar con mayor población en edad para trabajar en relación a su población dependiente. Este fenómeno es denominado como “**Bono demográfico**” y es considerado por algunos expertos, como un “*milagro económico*” debido a que el buen aprovechamiento del mismo garantizaría el desarrollo del país.

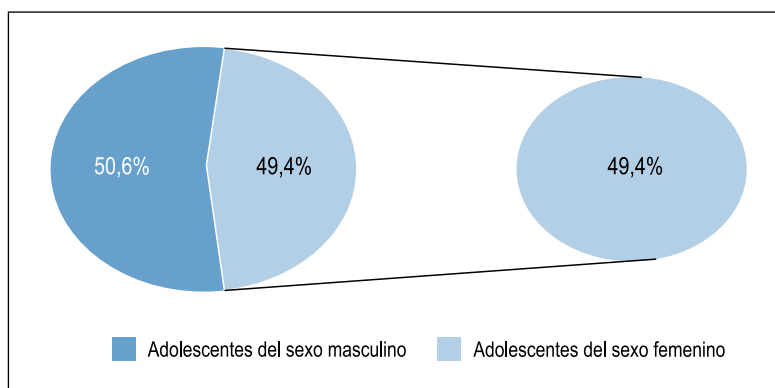
Para aprovechar el bono demográfico es necesario que esta mayor población con edad para trabajar, cuente con un buen nivel educativo y una buena salud que garantice su productividad cuando se integre a la fuerza laboral⁷. Esta es una de las razones del porqué invertir hoy en la población adolescente.

Con las inversiones adecuadas, la población joven económicamente activa será el motor del crecimiento económico y un agente para el cambio social (Bloom y cols., 1999; Jacinto y cols, 2000). No obstante, si se margina a la juventud su crecimiento repercutirá negativamente en el sistema de salud del país.

5.2 Distribución de la población adolescente según sexo

La población adolescente cuenta con una mayor proporción de adolescentes varones (50,6%) en comparación con la proporción de adolescentes del sexo femenino (49,4%), a diferencia de la población adulta y adulta mayor que cuentan con mayor población femenina en relación a la población masculina.

Gráfico 1: Proporción de adolescentes según sexo



Fuente: CENSO 2007-INEI / Elaborado por la Etapa de Vida Adolescente- MINSA

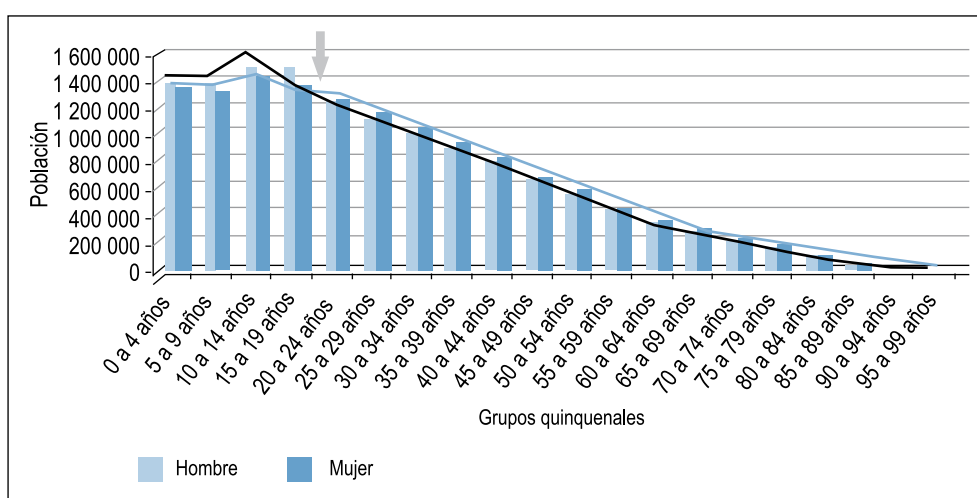
⁷ Matilde Maddaleno, MD, MPH, Salud Sexual y Desarrollo de Adolescentes y Jóvenes en Las Américas; Implicancias en programas y políticas. 2003.

Cuadro 2: Distribución de la población peruana según sexo por grupos quinquenales

Edad en grupos quinquenales	Hombre	%	Mujer	%	Población total
0 a 4 años	1 389 248	50,99	1 335 372	49,01	2 724 620
5 a 9 años	1 367 011	50,93	1 316 917	49,07	2 683 928
10 a 14 años	1 503 335	50,98	1 445 650	49,02	2 948 985
15 a 19 años	1 373 374	50,29	1 357 411	49,71	2 730 785
20 a 24 años	1 255 746	49,60	1 275 808	50,40	2 531 554
25 a 29 años	1 127 632	49,20	1 164 233	50,80	2 291 865
30 a 34 años	1 015 656	48,95	1 059 035	51,05	2 074 691
35 a 39 años	906 060	48,40	965 792	51,60	1 871 852
40 a 44 años	807 852	49,20	834 207	50,80	1 642 059
45 a 49 años	671 823	48,99	699 562	51,01	1 371 385
50 a 54 años	561 032	48,67	591 615	51,33	1 152 647
55 a 59 años	438 763	49,18	453 380	50,82	892 143
60 a 64 años	360 165	49,27	370 791	50,73	730 956
65 a 69 años	284 585	49,13	294 717	50,87	579 302
70 a 74 años	220 472	48,67	232 526	51,33	452 998
75 a 79 años	167 439	48,67	176 560	51,33	343 999
80 a 84 años	93 831	46,08	109 805	53,92	203 636
85 a 89 años	52 306	44,52	65 192	55,48	117 498
90 a 94 años	16 755	40,54	24 576	59,46	41 331
95 a 99 años	9 555	36,86	16 368	63,14	25 923
Total	13 622 640	49,70	13 789 517	50,30	27 412 157

Fuente: CENSO 2007-INEI / Elaborado por la Etapa de Vida Adolescente-MINSA

Gráfico 2: Distribución de la población peruana según sexo y por grupos de edades



Fuente: INEI- CENSO-2007/ Elaborado por la Etapa de Vida Adolescente-MINSA

Del gráfico N° 2 se desprende que la tendencia al incremento de la población masculina en la infancia y en la adolescencia se invierte a favor del sexo femenino entrando a la etapa de vida adulta.

Una explicación para este fenómeno podría ser el mayor proceso de emigración internacional de los adolescentes del sexo masculino, en relación al mismo proceso en el grupo del sexo femenino, reflejando la mayor vulnerabilidad de los adolescentes del sexo masculino a la falta de oportunidades laborales, lo que se demuestra en el gráfico N° 12. Por tanto es necesario abogar por mayores oportunidades para los adolescentes varones.

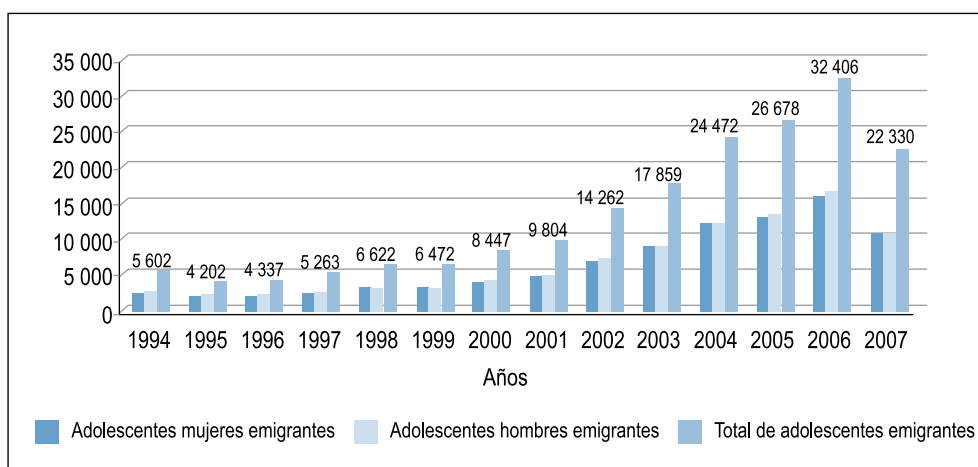
Otra explicación para este fenómeno podría ser la existencia de mayor mortalidad en adolescentes del sexo masculino, explicación con la que no coincidimos porque según los datos emitidos por la Oficina General de Estadística e Informática del MINSA, la mayor mortalidad en el sexo masculino se produce desde la infancia y no recién en la adolescencia. Es importante recalcar que la proporción entre varón y mujer se invierte a favor del sexo femenino culminando la adolescencia y entrando a la adultez temprana (a partir de los 20 años).

5.3 Emigración internacional

La migración es el fenómeno que ocurre cuando una persona efectúa la entrada o salida a algún país que no es precisamente su país de origen. La emigración es considerada como la salida de una persona a otro lugar de residencia.

En los últimos dieciocho años se observa en el país un crecimiento importante de la salida de peruanos al exterior. Sin embargo, desde los primeros años del presente siglo, este fenómeno viene manifestando una dinámica y crecimiento extraordinarios. Los nacionales migran del país por los diferentes puntos de control migratorio, y parten hacia diferentes destinos en Sudamérica, Norteamérica, Europa y Asia. Es una realidad irrecusable pero que recién empieza a conocerse con criterios técnicos y científicos⁸.

Gráfico 3: Emigración Internacional de la población adolescente, según sexo, desde 1994 al 2007



Fuente: INEI, Estadísticas de migración internacional de peruanos, 1990-2007/ Elaboración EVA-MINSA

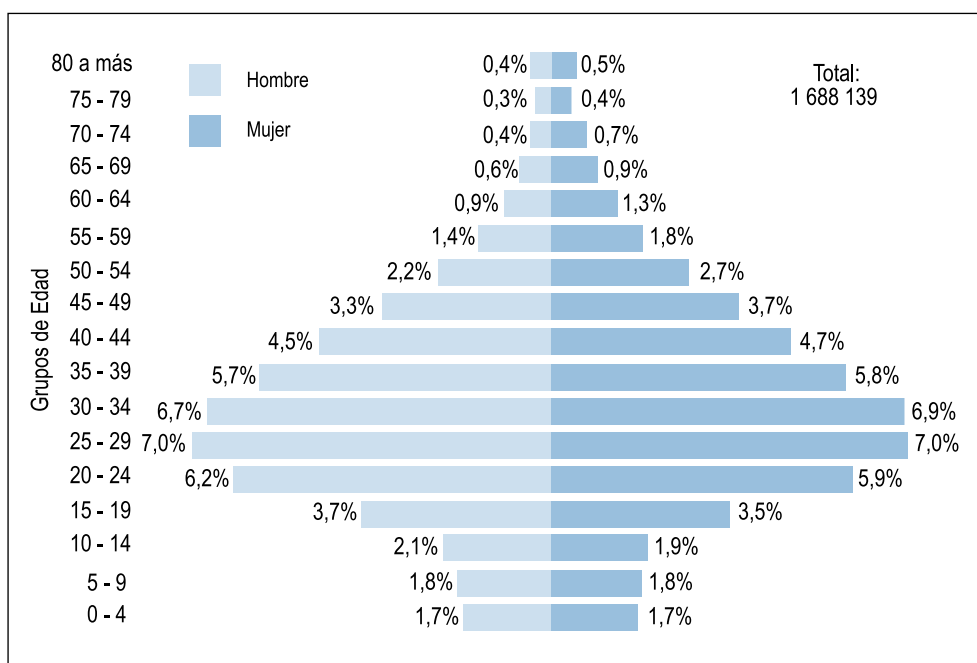
⁸ INEI, Perú: Estadísticas de migración internacional de peruanos, 1990-2007. Segunda Edición. Febrero 2008. Perú.

En el gráfico N°3 se puede observar que la emigración internacional en la población adolescente de ambos sexos, se incrementó desde 1994 al 2006; no obstante en el 2007 descendió, situación que según datos del INEI es similar en los demás grupos de edades.

Este descenso puede estar asociado a la existencia de mayores barreras para ingresar a países del exterior, no obstante pueden existir otros factores.

Por otro lado si observamos el gráfico N°4, podemos identificar que en la población infantil la emigración internacional es igual tanto para el sexo femenino como para el masculino a diferencia de la población adulta en donde la emigración internacional es mayor en la población femenina en comparación con la masculina.

Gráfico 4: Pirámide poblacional de la emigración internacional de peruanos, 1994-2007



Fuente: Dirección General de Migraciones y Naturalización (DIGEMIN)/ Elaboración INEI

No obstante, en la población adolescente se evidencia mayor emigración del sexo masculino en comparación con el sexo femenino, lo cual guarda relación con la falta de oportunidades laborales que se evidencia según los resultados del gráfico N° 12, ya mencionado. Es importante volver a recalcar la necesidad de abogar por estrategias que mejoren las oportunidades para el desarrollo de esta población, de manera que no se vea obligada a migrar a países en donde no se garantiza que su calidad de vida sea la mejor⁹.

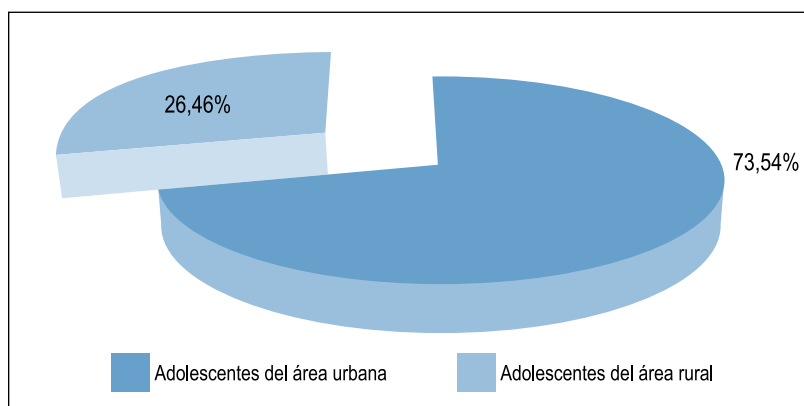
5.4 Distribución de la población adolescente según área geográfica

La mayor población de las y los adolescentes se ubica en el área urbana (73,54%), según los resultados del CENSO 2007 realizado por el INEI, estando en relación con el proceso de

⁹ CEPAL. Patricia Cortés Castellanos. Mujeres migrantes de América Latina y el Caribe: Derechos humanos, mitos y duras realidades. Santiago de Chile. 2005.

migración que países en vías de desarrollo como el nuestro han experimentado, pues dejaron de ser economías agrícolas para convertirse, en un mediano plazo, en países industrializados con grandes ciudades que ofrecen mayores oportunidades socioeconómicas. Sin embargo, cabe resaltar que el proceso de migración trae consigo un futuro con problemas de sobrepoblación, problemas ambientales y problemas sociales como el desempleo, entre otros, que finalmente terminarán por afectar a este grupo poblacional.

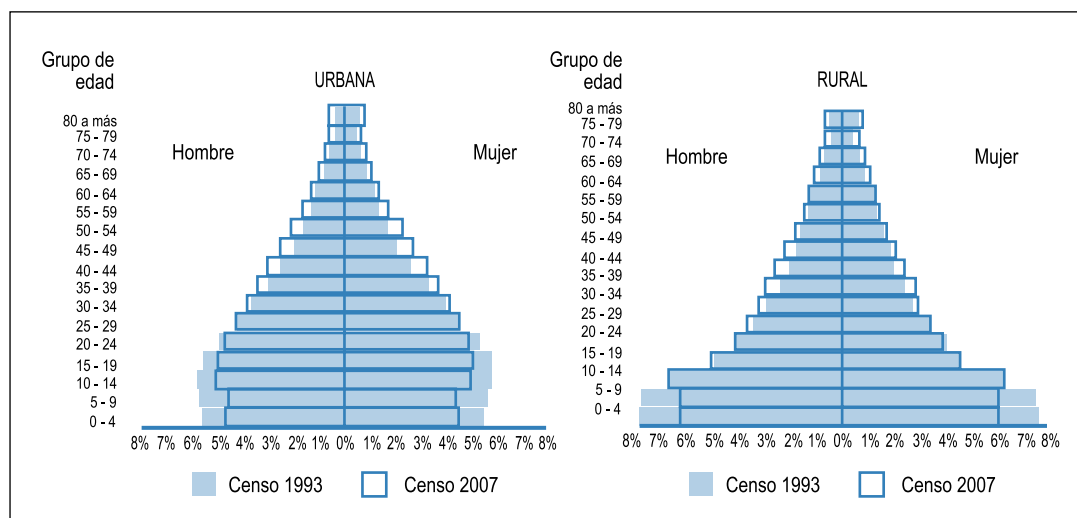
Gráfico 5: Distribución de la población adolescente según área geográfica



Fuente: INEI- CENSO-2007/ Elaborado por la Etapa de Vida Adolescente-MINSA

5.5 Comparación entre la pirámide poblacional del Perú de 1993 y 2007

Gráfico 6: Comparación entre la pirámide poblacional del Perú de 1993 y 2007



Fuente: INEI-Censo Nacional de Población y Vivienda, 1993 y 2007

En el gráfico Nº 6, se observa que en 1993 tanto en el área rural como en la urbana existía mayor población infantil en comparación con la población de otros grupos de edades aunque se evidenciaba una mayor magnitud en el área rural. Al 2007 tanto en el área rural como en la

urbana, la población adolescente es mayor que la población infantil, situación que podría asociarse a que la población infantil que existía ha pasado a formar parte de la población adolescente, al proceso de emigración de adolescentes de la zona rural a la urbana y paralelamente a ello, que los niveles de fecundidad han ido disminuyendo.

Con respecto solamente a la pirámide poblacional del área rural se identifica que desde 1993 al 2007 se ha incrementado ligeramente la población adolescente entre las edades de 15 a 19 años, con una probable tendencia a seguir aumentando debido a que en el área rural gran parte de su población es infantil.

Si la población adolescente del área rural sigue emigrando a la zona urbana, la población adolescente del área urbana será aún mucho mayor.

Por otro lado, del gráfico N°6, al comparar las pirámides poblacionales del área urbana y rural se concluye que quien primero percibiría los efectos positivos o negativos del bono demográfico sería el área urbana por tener mayor población adolescente que se convertirá en población adulta.

5.6 Distribución de la población adolescente según departamento

Cuadro 3: Distribución poblacional de adolescentes según departamento

Departamento	Total	%
Lima	1 531 244	26,96
Piura	366 690	6,46
La Libertad	341 687	6,02
Cajamarca	321 098	5,65
Puno	280 371	4,94
Junín	273 413	4,81
Cusco	262 429	4,62
Lambayeque	237 684	4,18
Áncash	227 016	4,00
Arequipa	220 760	3,89
Loreto	212 468	3,74
Huánuco	184 489	3,25
San Martín	168 802	2,97
Callao	160 771	2,83
Ica	142 093	2,50
Ayacucho	139 229	2,45
Huancavelica	110 642	1,95
Ucayali	102 736	1,81
Apurímac	98 362	1,73
Amazonas	87 183	1,53
Pasco	65 014	1,14
Tacna	55 138	0,97
Tumbes	39 137	0,69
Moquegua	27 917	0,49
Madre de Dios	21 418	0,38
Extranjero	1 979	0,03
Total	5 679 770	100,00

Fuente: INEI- CENSO-2007/ Elaborado por la EVA

En el cuadro N° 3 se identifica que el departamento de Lima es el que cuenta con mayor población de adolescentes en relación al total de adolescentes a nivel nacional (27%) y de *este 27%, el 88,7%* se encuentra en la provincia de Lima según los resultados del último CENSO realizado por el INEI. Esta situación se debe a que generalmente las grandes ciudades permiten economías en escala y actividades que contribuyen a mayores oportunidades laborales.

La distribución poblacional según departamento en relación a la población adolescente a nivel nacional, es un dato relevante que debe ser tomado en cuenta por el ente rector, porque es necesario para la toma de decisiones en la intervención en la salud de la población adolescente. Si bien al momento de intervenir en las regiones es importante evaluar los indicadores de salud según departamento, desde el nivel rector también es necesario analizar cuantitativamente dónde se encuentra la mayor cantidad de adolescentes, porque aunque en estos lugares no se identifiquen los peores indicadores de salud, podrían tener la misma cantidad de adolescentes con problemas que los departamentos con peores indicadores.

Cuadro 4: Concentración de adolescentes por departamento

Departamento	%
Apurímac	24,15%
Huánuco	24,02%
Huancavelica	24,01%
Ucayali	23,79%
Loreto	23,77%
Pasco	23,05%
Amazonas	23,00%
San Martín	22,84%
Ayacucho	22,76%
Cajamarca	22,76%
Cusco	22,46%
Junín	22,24%
Puno	22,00%
Piura	21,81%
Áncash	21,37%
Lambayeque	21,34%
La Libertad	21,22%
Madre de Dios	20,96%
Ica	19,98%
Tumbes	19,87%
Tacna	19,30%
Arequipa	19,22%
Callao	18,46%
Lima	18,27%
Moquegua	17,42%
No especificado	7,00%

Fuente: INEI- CENSO-2007/ Elaborado por la Etapa de Vida Adolescente-MINSA

En el cuadro N°4, se identifica la concentración de adolescentes por departamento en relación a su población departamental, encontrándose que los departamentos con mayor concentración de población adolescente son: Apurímac (24,15%), Huánuco (24,02%), Huancavelica (24,01%) y Ucayali (23,79%).

5.7 Distribución de la población adolescente según departamento por grupos de edades

Cuadro 5: Distribución de la población por departamento según grupos de edades

Departamento	10 a 14 años	%	15 a 19 años	%	Total	%
Lima	742 873	48,5	788 371	51,5	1 531 244	100,0
Piura	192 827	52,6	173 863	47,4	366 690	100,0
La Libertad	179 062	52,4	162 625	47,6	341 687	100,0
Cajamarca	176 656	55,0	144 442	45,0	321 098	100,0
Puno	148 703	53,0	131 668	47,0	280 371	100,0
Junín	144 473	52,8	128 940	47,2	273 413	100,0
Cusco	144 872	55,2	117 557	44,8	262 429	100,0
Lambayeque	122 581	51,6	115 103	48,4	237 684	100,0
Áncash	122 685	54,0	104 331	46,0	227 016	100,0
Arequipa	108 959	49,4	111 801	50,6	220 760	100,0
Loreto	110 593	52,1	101 875	47,9	212 468	100,0
Huánuco	103 344	56,0	81 145	44,0	184 489	100,0
San Martín	88 911	52,7	79 891	47,3	168 802	100,0
Callao	81 036	50,4	79 735	49,6	160 771	100,0
Ica	72 243	50,8	69 850	49,2	142 093	100,0
Ayacucho	78 738	56,6	60 491	43,4	139 229	100,0
Huancavelica	64 260	58,1	46 382	41,9	110 642	100,0
Ucayali	54 054	52,6	48 682	47,4	102 736	100,0
Apurímac	56 544	57,5	41 818	42,5	98 362	100,0
Amazonas	48 091	55,2	39 092	44,8	87 183	100,0
Pasco	34 361	52,9	30 653	47,1	65 014	100,0
Tacna	27 088	49,1	28 050	50,9	55 138	100,0
Tumbes	19 979	51,0	19 158	49,0	39 137	100,0
Moquegua	14 438	51,7	13 479	48,3	27 917	100,0
Madre de Dios	10 899	50,9	10 519	49,1	21 418	100,0
Extranjero	715	36,1	1 264	63,9	1 979	100,0
Total	2 948 985	51,9	2 730 785	48,1	5 679 770	100,0

Fuente: INEI- CENSO-2007/ Elaborado por la Etapa de Vida Adolescente-MINSA

Si bien es cierto, según los resultados del último CENSO 2007, a nivel nacional existe mayor población adolescente con edades entre los 10 y los 14 años (51,9%), en comparación con la población adolescente de 15 a 19 años (48,1%), en tres departamentos del Perú sucede todo lo contrario; tal es el caso de Arequipa y principalmente los casos de Lima y Tacna donde la mayor parte de su población adolescente tiene edades comprendidas entre los 15 y los 19 años, lo que significa que estos tres departamentos son los primeros en expresar los cambios demográficos y serán los primeros en percibir los efectos positivos o negativos del bono demográfico.

5.8 Proyección de la población adolescente en el Perú

De acuerdo a las estimaciones pasadas del INEI, la población adolescente tendería a ir disminuyendo y pasaría a convertirse en población joven a partir del año 2010, contando con mayor población adulta desde los años 2025 y 2030. Por tanto, es necesario que previamente a esta situación se desarrolle al máximo el potencial de la población adolescente actual para así garantizar el aprovechamiento del bono demográfico y por ende el desarrollo de nuestro país.

Cuadro 6: Proyección de la distribución de la población peruana según grupos de edades

Año	Grupo de edad						Mujeres en edad reproductiva
	0-4	0-14	15-24	15-64	65 y +	Edad mediana	
1950	16,80	41,56	18,77	54,99	3,45	19,13	46,08
1955	17,52	42,31	18,75	54,29	3,40	18,85	45,69
1960	17,71	43,33	18,22	53,24	3,43	18,45	44,88
1965	17,84	44,14	18,04	52,38	3,48	17,98	44,32
1970	17,13	43,99	18,67	52,54	3,47	17,91	44,47
1975	16,42	43,26	19,37	53,20	3,54	18,20	45,65
1980	15,72	41,92	19,99	54,46	3,62	18,70	46,86
1985	14,38	40,08	20,04	56,20	3,72	19,56	48,22
1990	13,63	38,21	20,34	57,86	3,93	20,52	49,57
1995	12,99	36,37	20,28	59,36	4,27	21,50	50,78
2000	11,89	34,54	19,84	60,75	4,71	22,73	51,76
2005	10,73	32,24	19,32	62,57	5,19	24,16	52,79
2010	9,89	29,72	19,14	64,58	5,70	25,67	53,68
2015	9,18	27,48	18,51	66,14	6,38	27,35	53,93
2020	8,56	25,70	17,30	67,01	7,29	29,07	53,55
2025	7,96	24,09	16,23	67,48	8,43	30,91	52,75
2030	7,71	22,87	15,39	67,36	9,77	32,60	51,39
2035	7,43	21,95	14,65	66,92	11,13	34,14	49,93
2040	7,13	21,29	13,93	66,10	12,61	35,50	48,17
2045	6,87	20,63	13,50	65,16	14,21	36,71	46,44
2050	6,67	20,00	13,31	64,31	15,69	37,76	45,00

FUENTE: INEI-Boletín 35: Perú, estimaciones y proyecciones de la población de 1950 -2050

6. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

Los mecanismos de estratificación socioeconómica son los denominados determinantes estructurales de las inequidades en salud; estos mecanismos son los que configuran mejores o peores oportunidades para la salud, según diferencias en vulnerabilidades, exposiciones a agentes y acceso a servicios básicos¹⁰. Si bien es cierto estos mecanismos no influyen directamente

¹⁰ SECRETARIAT Commission on Social Determinants of Health, Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Draft discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. May 5, 2005.

en la salud de las personas, sí lo hacen a través de factores intermediarios como el acceso a la educación, condiciones de vivienda, situación de empleo así como otras circunstancias psicosociales.

6.1 Tipo de vivienda en donde residen las y los adolescentes

Cuadro 7: Tipo de vivienda en donde residen las y los adolescentes

Tipo de vivienda	De 10 a 14 años	%	De 15 a 19 años	%
Casa independiente	2 629 612	89,17%	2 396 301	87,75%
Departamento en edificio	84 890	2,88%	98 955	3,62%
Vivienda en quinta	37 728	1,28%	41 658	1,53%
Casa vecindad	35 926	1,22%	36 500	1,34%
Chozas o cabañas	111 975	3,80%	84 112	3,08%
Viv. improvisada	31 959	1,08%	28 157	1,03%
No destinado	2 702	0,09%	2 846	0,10%
Otro tipo particular	2 252	0,08%	2 542	0,09%
Hotel, hospedaje	1 128	0,04%	4 731	0,17%
Casa pensión	338	0,01%	751	0,03%
Hospital, clínica	678	0,02%	1 602	0,06%
Cárcel	143	0,00%	1 645	0,06%
Asilo	35	0,00%	131	0,00%
Aldea infantil, orfanato	3 883	0,13%	2 556	0,09%
Otro tipo colectiva	3 735	0,13%	22 319	0,82%
En la calle	2 001	0,07%	5 979	0,22%
Total	2 948 985	100,00%	2 730 785	100,00%

Fuente: INEI- CENSO-2007/ Elaborado por la Etapa de Vida Adolescente-MINSA

De acuerdo al cuadro N°7, los adolescentes tanto de 10 a 14 años como de 15 a 19 años, en su mayoría residen en casas independientes.

El segundo tipo de vivienda más habitado por las y los adolescentes de 10 a 14 años son las chozas o cabañas, viviendas características del área rural y de las zonas urbano marginales. En cuanto al segundo tipo de vivienda más habitada por las y los adolescentes con edades comprendidas entre los 15 y los 19 años, son los departamentos en edificios, lo que guarda estrecha relación con las características de las viviendas de la urbe, sobre todo del departamento de Lima. Cabe resaltar que es en Lima donde residen más adolescentes con edades comprendidas entre los 15 y los 19 años.

Si bien el porcentaje de adolescentes que viven en las calles no es muy significativo, al identificar los datos absolutos podemos concluir que las cifras de adolescentes que se encuentran viviendo en las calles son alarmantes. De ellos, el mayor porcentaje se encuentra en las y los adolescentes con edades comprendidas entre los 15 y los 19 años, a pesar de que según el perfil demográfico del país, la mayor cantidad del total de adolescentes tienen edades comprendidas entre los 10 y los 14 años.

6.2 Saneamiento de las viviendas donde residen las y los adolescentes

Cuadro 8: Abastecimiento de agua en hogares de adolescentes

Abastecimiento de agua en la vivienda	De 10 a 14 años		De 15 a 19 años	
Red pública dentro (Agua potable)	51,6%	1 516 786	57,1%	1 536 893
Red pública fuera	8,8%	259 453	8,6%	231 613
Pilón de uso público	4,0%	117 211	3,6%	96 055
Camión, cisterna	3,9%	113 524	3,8%	101 935
Pozo	8,9%	262 523	8,1%	218 183
Río, acequia	18,6%	546 997	15,1%	406 222
Vecino	3,0%	87 702	2,7%	73 011
Otro	1,1%	32 848	1,0%	27 159
Total	100,0%	2 937 044	100,0%	2 691 071

Fuente: INEI- CENSO-2007/ Elaborado por la Etapa de Vida Adolescente-MINSA

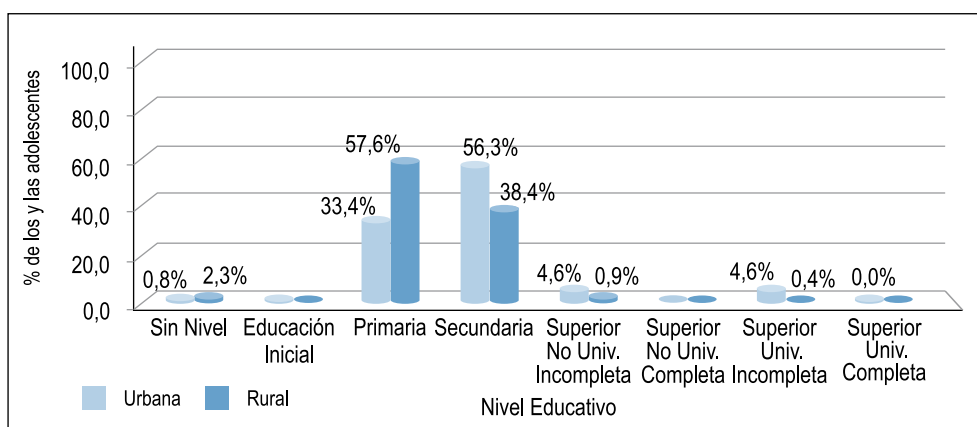
Sólo el 51,6% y 57,1% de las y los adolescentes con edades comprendidas entre los 10 y los 14 y entre los 15 y los 19 años respectivamente, cuentan con agua potable en sus viviendas, situación que expone al resto de la población adolescente a contraer enfermedades infecciosas o parasitosis, lo cual se corrobora al analizar las principales causas de morbilidad en el cuadro N° 29.

En el cuadro N° 8 se puede identificar que las condiciones de saneamiento son peores en las viviendas de las y los adolescentes de 10 a 14 años, siendo necesario realizar intervenciones intersectoriales que promuevan la prevención de esta situación. Además se hace indispensable abogar por mejores condiciones de vida para esta población que dentro de unos años pasará a ser parte del bono demográfico.

6.3 Nivel educativo de las y los adolescentes según área de residencia

La educación constituye una variable relevante por ser un determinante social muy vinculado al aspecto preventivo promocional, debido a que la población bien informada y con mayor nivel educativo, en su mayoría puede adoptar estilos de vida saludables.

Gráfico 7: Nivel educativo de las y los adolescentes según área geográfica



Fuente: INEI-CENSO 2007 / Elaborado por la Etapa de Vida Adolescente-MINSA

De acuerdo a los resultados del CENSO 2007 realizado por el INEI, existe una notable diferencia entre el nivel educativo de las y los adolescentes en cuanto a área de residencia. El 56% de las y los adolescentes del área urbana cuenta con nivel educativo secundario a diferencia de las y los adolescentes del área rural que en su mayoría solamente cuentan con nivel educativo primario (58%).

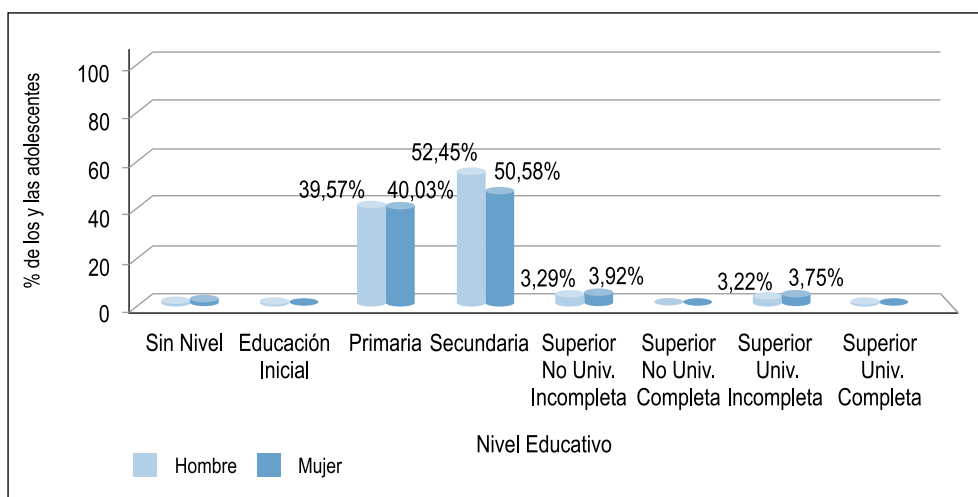
Esta realidad es el reflejo de la desigualdad existente por área de residencia y puede explicarse por varios factores: primero por la situación de pobreza a pobreza extrema en las familias del área rural que conlleva a que las y los adolescentes deban dedicar mayor tiempo a actividades laborales; segundo por el inasequible acceso a los centros educativos debido a la alta dispersión geográfica del área rural, lo que implica el desplazamiento a pie de 4 a 6 horas para acceder a una institución educativa básica.

Esta inequidad de acceso a las instituciones educativas debe ser tomada en cuenta para abogar por la ejecución de intervenciones intersectoriales que generen oportunidades de desarrollo para las y los adolescentes.

6.4 Nivel educativo de las y los adolescentes según género

Si bien es cierto años atrás era muy marcada la inequidad de género para acceder a la educación, actualmente se evidencia que al menos en la población adolescente, esta inequidad ha disminuido; no hay una diferencia significativa en cuanto al nivel educativo según género a nivel nacional. Incluso si observamos la proporción de las adolescentes que cursan educación superior en relación a los adolescentes, se puede concluir que quienes cuentan con un nivel educativo superior son más adolescentes mujeres que hombres, aunque la diferencia no es muy significativa. Cabe resaltar que esta situación puede ser diferente si se analiza el nivel educativo de las y los adolescentes según género y área de residencia, ya que según resultados del último CENSO 2007 realizado por el INEI, en la población en general aún sigue existiendo inequidad de género en cuanto al nivel educativo según género en el área rural.

Gráfico 8: Nivel educativo de las y los adolescentes según género

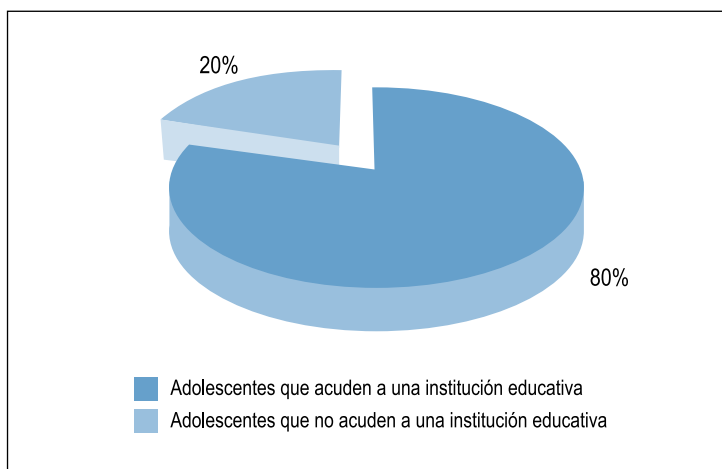


Fuente: INEI, CENSO-2007/ Elaborado por la Etapa de Vida Adolescente-MINSA

6.5 Adolescentes que no acuden a institución educativa

Según los resultados del último CENSO Nacional realizado por el INEI, la quinta parte del total de la población adolescente a nivel nacional, no acude a institución educativa alguna (20,1%). Hay que considerar que este grupo abarca tanto a las y los adolescentes que desertan, como a los que nunca han asistido a alguna institución educativa.

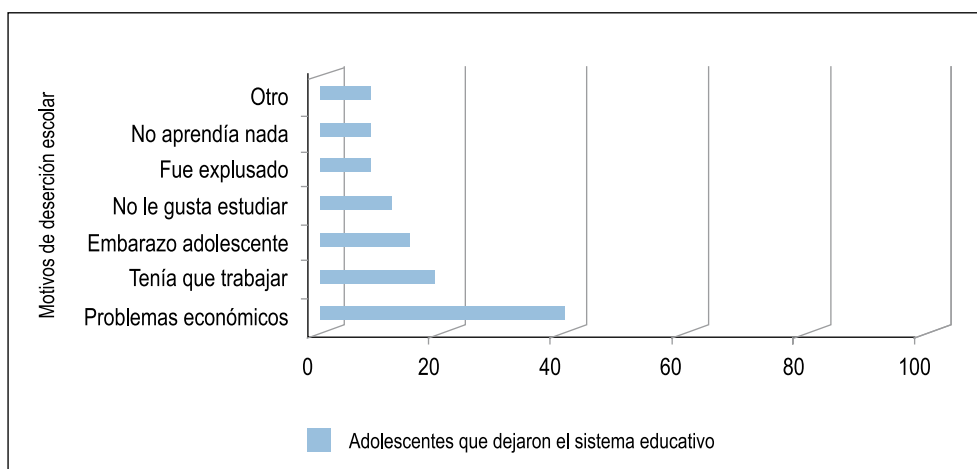
Gráfico 9: Asistencia de las y los adolescentes a alguna institución educativa



Fuente: INEI, CENSO-2007/ Elaborado por la Etapa de Vida Adolescente-MINSA

6.6 Principales motivos para la deserción escolar adolescente

Gráfico 10: Motivos por los que las y los adolescentes dejaron el sistema educativo



Fuente: Nacional DEVIDA 2006/ Elaborado por la Etapa de Vida Adolescente-MINSA

De acuerdo a los resultados de la encuesta nacional DEVIDA-2006, el principal motivo por el cual las y los adolescentes dejaron de estudiar fue el problema económico (38%); el segundo motivo es la necesidad de trabajar (17%), motivo que guarda estrecha relación con el problema

económico. El tercer motivo de deserción escolar es el embarazo adolescente (13%) seguido de razones como "porque no les gusta estudiar" (10,1%), por expulsión (8,9%) y porque consideran que no aprendían nada (6,3%), siendo este ultimo motivo mayor en los adolescentes del sexo masculino en comparación con las del sexo femenino.

En el cuadro N° 9 podemos identificar que el principal motivo de deserción escolar repercute con mayor gravedad en adolescentes del sexo femenino en comparación con los del sexo masculino (44,7% vs. 31,6%). Por otro lado el segundo motivo de deserción de las adolescentes es el **embarazo adolescente** (25,3%) a diferencia de los adolescentes cuyo segundo motivo para abandonar el sistema educativo fue que tenían que trabajar, guardando estos dos últimos motivos una estrecha relación debido a que muchos de los embarazos adolescentes son producto de las relaciones entre ellos mismos y, por la situación de desprotección en la que se encuentran, en plena etapa de desarrollo se ven obligados a trabajar.

Cuadro 9: Motivos por el que las y los adolescentes se retiraron del sistema educativo

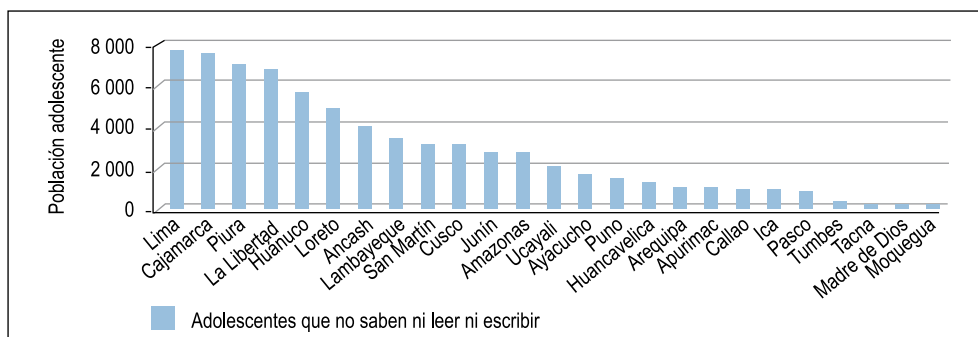
Comportamientos de riesgo	Varón	Mujer
Problemas económicos	31,6%	44,7%
Tenía que trabajar	22,0%	12,2%
Embarazo adolescente	-	25,3%
No le gusta estudiar	13,5%	7,0%
Fue expulsado	9,6%	8,3%
No aprendía nada	10,9%	2,0%
Otro	12,4%	0,5%

Fuente: Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas. Encuesta Nacional DEVIDA 2006

6.7 Analfabetismo en las y los adolescentes según departamento

Del total de adolescentes peruanos que, según los resultados del CENSO 2007 realizado por el INEI, ascienden a una población de 5 679 770, el 1,2% no sabe leer ni escribir. A pesar de los esfuerzos por disminuir esta situación, que de cierta manera han tenido algunos logros entre 1993 y el 2007, aún existe población que en unos años tendrá la edad para formar parte de la población adulta y con edad para trabajar y sin embargo aún no sabe leer ni escribir, por tanto sus posibilidades en el mercado laboral y la mejora de su calidad de vida, son menores. Es importante identificar qué departamentos de nuestro país cuentan con mayor población adolescente que no sabe leer ni escribir.

Gráfico 11: Distribución de la población adolescente que no sabe leer ni escribir según departamento



Fuente: CENSO-2007-INEI / Elaborado por la Etapa de Vida Adolescente-MINSA

Los departamentos con mayor población de adolescentes que no saben leer ni escribir en relación a la población total de adolescentes analfabetos a nivel nacional, son: Lima (0,13%) igualándole Cajamarca. La Libertad y Piura que presentan cada uno el 0,12%, ocupan el segundo lugar.

La situación de Lima se puede deber a que cuenta con una mayor población de adolescentes a nivel nacional y que dentro de éstos, una gran cantidad son adolescentes inmigrantes.

La situación de Cajamarca es preocupante ya que este departamento solamente cuenta con el 6% de la población total de adolescentes, sin embargo tiene la misma cantidad de adolescentes que no saben leer ni escribir que Lima.

La Libertad y Piura son departamentos que al igual que Cajamarca cuentan con menos población adolescente en comparación con el departamento de Lima; sin embargo, estos departamentos a pesar de estar ubicados en la costa también tienen gran parte de adolescentes que no saben leer ni escribir.

Cuadro 10: Analfabetismo en las y los adolescentes según departamento

Departamento	Total de Adolescentes	Adolescentes que no saben leer ni escribir	Tasa de analfabetismo a nivel nacional según departamento	Tasa de analfabetismo a nivel departamental según departamento
Lima	1 531 244	7 636	0,5	0,13
Cajamarca	321 098	7 462	2,3	0,13
La Libertad	341 687	6 706	2,0	0,12
Piura	366 690	6 971	1,9	0,12
Huánuco	184 489	5 546	3,0	0,10
Loreto	212 468	4 805	2,3	0,08
Áncash	227 016	3 926	1,7	0,07
Lambayeque	237 684	3 369	1,4	0,06
Amazonas	87 183	2 667	3,1	0,05
Junín	273 413	2 691	1,0	0,05
Cusco	262 429	3 040	1,2	0,05
San Martín	168 802	3 106	1,8	0,05
Ayacucho	139 229	1 642	1,2	0,03
Puno	280 371	1 464	0,5	0,03
Ucayali	102 736	1 937	1,9	0,03
Apurímac	98 362	1 045	1,1	0,02
Arequipa	220 760	1 052	0,5	0,02
Callao	160 771	918	0,6	0,02
Huancavelica	110 642	1 188	1,1	0,02
Ica	142 093	902	0,6	0,02
Tumbes	39 137	408	1,0	0,01
Pasco	65 014	770	1,2	0,01
Madre de Dios	21 418	128	0,6	0,00
Moquegua	27 917	121	0,4	0,00
Tacna	55 138	216	0,4	0,00
Extranjero	1 978	2	0,0	0,00
Total	5 679 770	69 718	-	1,23

Fuente: INEI- CENSO -2007/ Elaborado por la Etapa de Vida Adolescente-MINSA

Por otro lado, si analizamos los datos del cuadro N° 10 sobre la tasa de analfabetismo adolescente según departamento, podemos identificar que quienes tienen mayor tasa de adolescentes analfabetos son los departamentos de Amazonas (3,1%), seguido de Huánuco, Loreto, Cajamarca y La libertad con 3%, 2,3%, 2,3% y 2 % respectivamente.

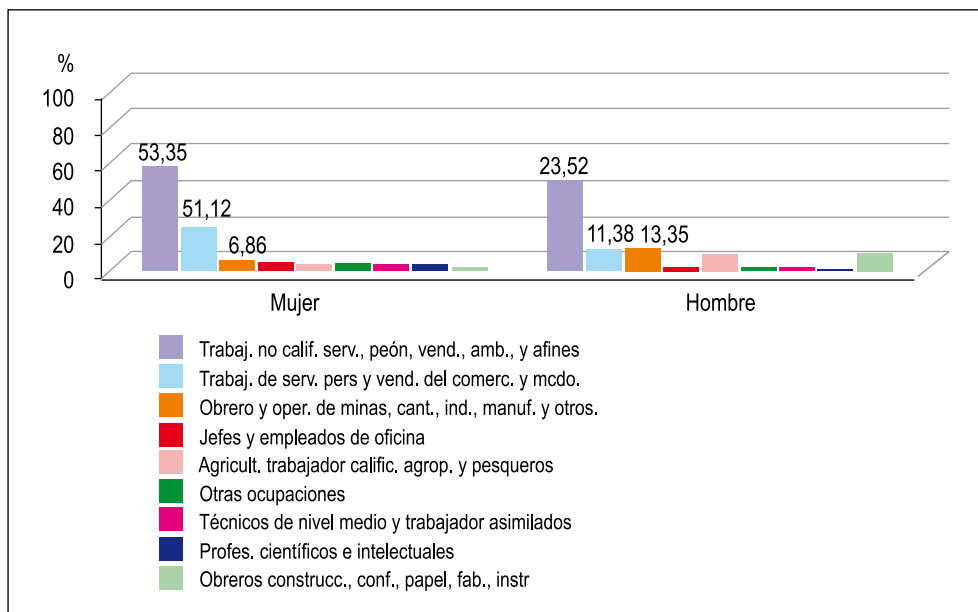
6.8 Participación de las y los adolescentes en la actividad económica según género y tipo de actividad

La PEA (Población Económicamente Activa) según las Naciones Unidas, abarca a todas las personas de uno u otro sexo que se encuentran en la capacidad para trabajar y que a su vez participan en la producción económica. La delimitación de las edades para considerar a las personas como parte de la PEA varía de acuerdo a las leyes y/o acuerdos de cada país con relación a su información demográfica particular y características sociales propias. Actualmente, según la realidad del país, se podría considerar que la edad más baja de rango de los adolescentes que forman parte de la PEA es desde edades muy tempranas como los 10 años; no obstante, de acuerdo al reglamento de Ley N° 28518 "Ley sobre modalidades Formativas Laborales", artículo 28, De los adolescentes, solamente los adolescentes con edades entre los 14 y los 18 años pueden realizar actividades laborales siempre y cuando cuenten con un certificado de buena salud y con aprobación de sus padres

Al encontrarnos en una realidad en donde las y los adolescentes inician actividades laborales desde edades muy tempranas, hemos decidido analizar la actividad laboral de toda la población adolescente.

Según resultados del último CENSO Nacional realizado por el INEI, el 14,02% de la población total de adolescentes son parte de la Población Económicamente Activa y este grupo representa el 7,8% del total de la PEA.

Gráfico 12: Tipo de actividades económicas de las y los adolescentes según género



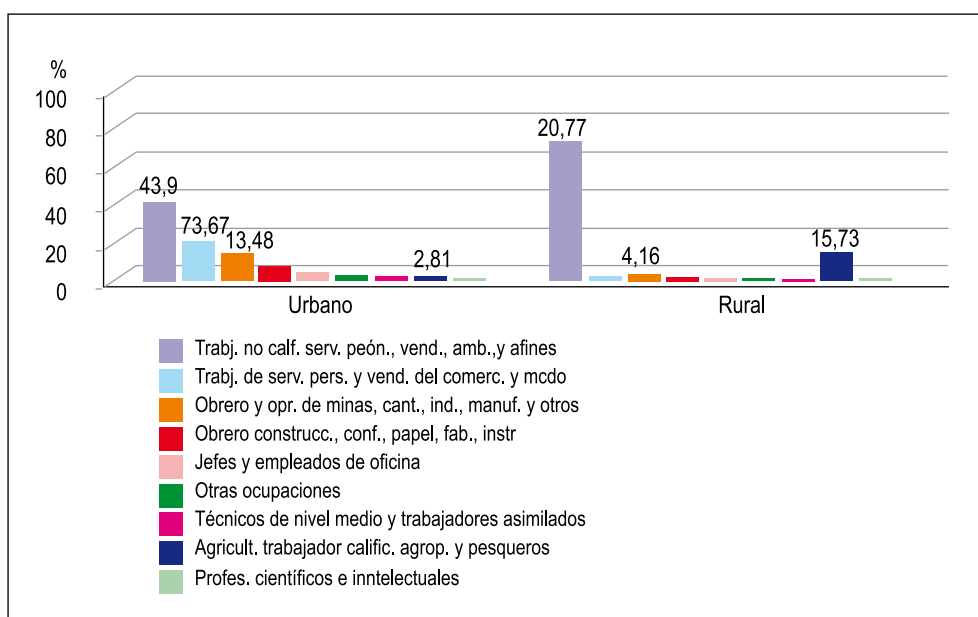
Fuente: INEI, CENSO 2007 / Elaborado por la Etapa de Vida Adolescente-MINSA

De acuerdo al gráfico N° 12, la principal actividad económica de las y los adolescentes es el trabajo no calificado. Al identificar la segunda actividad laboral más frecuente de la población adolescente según género, la situación varía. En los adolescentes la segunda principal actividad económica es la de obrero y operario de maquinaria en minas o en industrias manufactureras, a diferencia de las adolescentes cuya segunda principal actividad es la de vendedoras contratadas por servicios personales.

6.9 Participación de las y los adolescentes en la actividad económica por área de residencia y por tipo de actividad

Del total de población adolescente que pertenece a la PEA, la mayor parte se encuentra en el área urbana (73%), lo cual no significa que en el área rural pocos sean las y los adolescentes que trabajen, sino más bien se asocia a la existencia de un mayor porcentaje de población adolescente que reside en el área urbana.

Gráfico 13: Tipo de actividades de las y los adolescentes según área de residencia



Fuente: INEI, CENSO 2007 / Elaborado por la Etapa de Vida Adolescente-MINSA

En el gráfico N° 13 se identifica que la principal actividad económica de las y los adolescentes tanto del área urbana como del área rural, sigue siendo el del trabajo no calificado, (43,9% y 73,67% respectivamente), siendo mucho más frecuente en la población adolescente del área rural. No obstante en el caso de segunda actividad económica más frecuente realizada por las y los adolescentes según área geográfica, la situación varía.

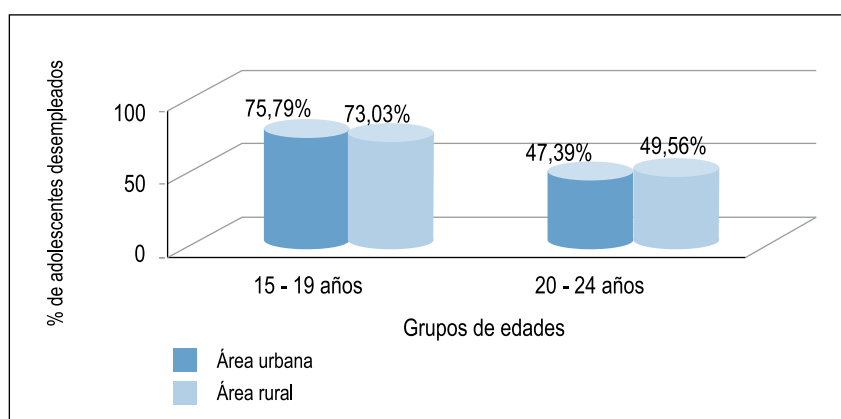
En el área urbana la segunda actividad económica más frecuente realizada por las y los adolescentes es *el servicio personal como vendedores del comercio o mercado*, seguido del trabajo como obreros de industria manufacturera o mineros, a diferencia de la segunda actividad más frecuente realizada por las y los adolescentes del área rural, cuya actividad es la agricultura y pesquería (15,73%).

Se concluye de los gráficos 12 y 13 que en el área urbana la mayor parte de la PEA adolescente son del sexo femenino, a pesar de que a nivel nacional existe mayor proporción de adolescentes varones tanto en el área urbana como en el área rural según los resultados del último CENSO realizado por el INEI.

6.10 Desempleo según área de residencia

Se considera como población desempleada a las personas de 14 o más años de edad que no se encuentran trabajando, estando en la capacidad para hacerlo, y dentro de este grupo se encuentran las personas pensionadas o jubiladas, personas que solamente se dedican a estudiar, personas en oficios del hogar y población discapacitada para trabajar.

Gráfico 14: Porcentaje de las y los adolescentes y jóvenes desempleados según área de residencia



Fuente: INEI, CENSO 2007 / Elaborado por la Etapa de Vida Adolescente-MINSA

De acuerdo a los resultados del CENSO 2007, realizado por el INEI, el 75,79% y el 73,03% de las y los adolescente entre las edades de 15 a 19 años, tanto del área urbana como del área rural respectivamente, se encontraban desocupados en el momento de la realización del CENSO; dentro de este grupo se encuentran tanto los adolescentes que estudian como los que no estudian.

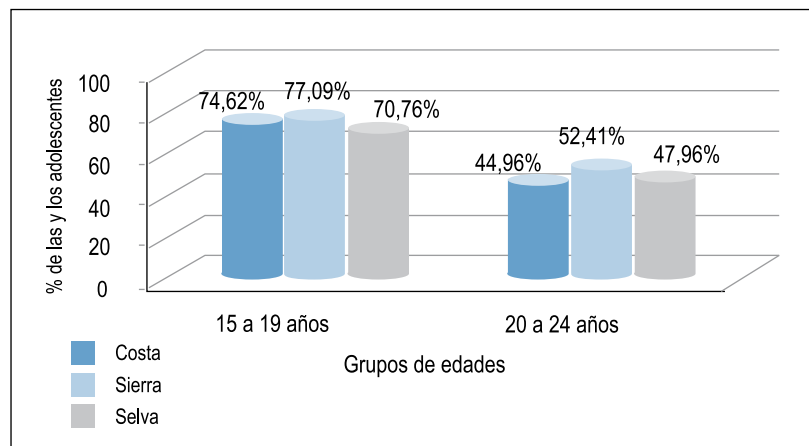
Al identificar la diferencia entre el nivel de desempleo de las y los adolescentes del área urbana y del área rural se observa una diferencia no muy significativa de 2,76%, habiendo mayor desempleo de adolescentes en el área urbana.

Tener un empleo es sumamente importante, porque garantiza contar con los medios para satisfacer las necesidades; por tanto, el no tener un empleo es un factor de vulnerabilidad para cualquier persona, más aún para las que provienen de hogares pobres y pobres extremos. Considerar que las y los adolescentes no forman parte de la PEA porque únicamente se dedican a estudiar, es una situación comprensible e ideal, pues son personas en proceso de desarrollo; sin embargo, el tener adolescentes que provienen de hogares pobres, no estudian y además no cuentan con un empleo digno, son factores condicionantes para el deterioro de su salud, ya sea mental y/o físico, realidad que es importante tener en consideración para abogar por intervenciones que mejoren sus oportunidades para el desarrollo.

Por otro lado la situación de los jóvenes de 20 a 24 años es más preocupante pues el nivel de desempleo, tanto en el área urbana como en el área rural, llega casi al 50%, siendo 47,39% en el área urbana y 49,56% en el área rural.

6.11 Desempleo en la población adolescente y joven según región

Gráfico 15: Porcentaje de las y los adolescentes y jóvenes desempleados según región



Fuente: INEI, CENSO 2007 / Elaborado por la Etapa de Vida Adolescente-MINSA

Si analizamos el nivel de desempleo por región podemos identificar que existe mayor desempleo en las y los adolescentes de la sierra (77,09%). Estos adolescentes respondieron que estaban desocupados desde la semana anterior a la realización del CENSO 2007.

En la selva es donde hay menor desempleo de las y los adolescentes en comparación con las otras regiones.

En el caso de los jóvenes de 20 a 24 años, la proporción de desempleo según región es semejante a la proporción de desempleo de las y los adolescentes, evidenciándose más desempleo en la sierra (52,41%), luego en la selva (47,96%) y finalmente en la costa (44,96%). Si consideramos que en la región de la sierra hay mayor área rural, se explica el porqué muchos jóvenes y adolescentes migran hacia la costa, región que cuenta con mayor área urbana y donde se cree que existen mayores oportunidades. Sin embargo en la costa el nivel de desempleo no varía mucho del de la sierra (74,62%).

Podemos concluir que el nivel de desempleo de las y los adolescentes y jóvenes entre regiones, no tiene una diferencia significativa en relación de años anteriores donde existía menos desempleo en la costa.

Actualmente esta situación es preocupante, sobre todo para la población joven debido a que no contar con un empleo significa no poder acceder a ingresos económicos que permitan satisfacer sus necesidades y lograr una mejor calidad de vida.

6.12 Actividades de las y los adolescentes que no trabajan ni acuden a institución educativa

Según los resultados del último CENSO Nacional de Población y Vivienda 2007, el 11,2% de las y los adolescentes de 10 a 19 años, no acuden a institución educativa alguna y a la vez no cuentan con alguna ocupación laboral (636 658 adolescentes). Del total de adolescentes que no trabajan y que no estudian, el 61,9% refirió encontrarse cuidando su hogar, situación sumamente preocupante debido a que no contar con los factores protectores como la educación o la interrelación con miembros de su comunidad, los predispone a las conductas de riesgo.

Cuadro 11: Actividades de las y los adolescentes que no trabajan ni acuden a alguna institución educativa

	Casos	%
Estuvo al cuidado de su hogar	401 889	61,9
Estuvo estudiando	108 240	16,7
Estuvo haciendo otra actividad no especificada	48 231	7,4
Estuvo buscando trabajo por primera vez	30 762	4,7
Estuvo buscando trabajo, habiendo trabajado antes	27 671	4,3
No estuvo haciendo nada, por ningún motivo en especial	12 409	1,9
Estuvo haciendo servicio militar	9 641	1,5
Estuvo viviendo de rentas	5 109	0,8
Estuvo sin hacer nada por su discapacidad	3 809	0,6
Estuvo de viaje	845	0,1
Estuvo viviendo de pensión	461	0,1
Total	649 067	100,00

Fuente: INEI- CENSO-2007/ Elaborado por la Etapa de Vida Adolescente-MINSA

6.13 Pobreza en las y los adolescentes

El INEI mide la situación de pobreza con un enfoque de pobreza monetaria, la cual considera solamente el gasto per cápita que no supera al monto mínimo necesario para satisfacer las necesidades alimentarias y no alimentarias. El presente análisis es realizado con dicho enfoque.

Según los resultados de la ENAHO – 2007, realizada por el INEI, los hogares más pobres son aquellos que cuentan con un mayor número promedio de miembros del hogar y una mayor proporción de niños, niñas y *adolescentes*, debido a los altos niveles de dependencia en dichos hogares¹¹.

Cuadro 12: Porcentaje de la composición de los hogares por condiciones de pobreza , 2007

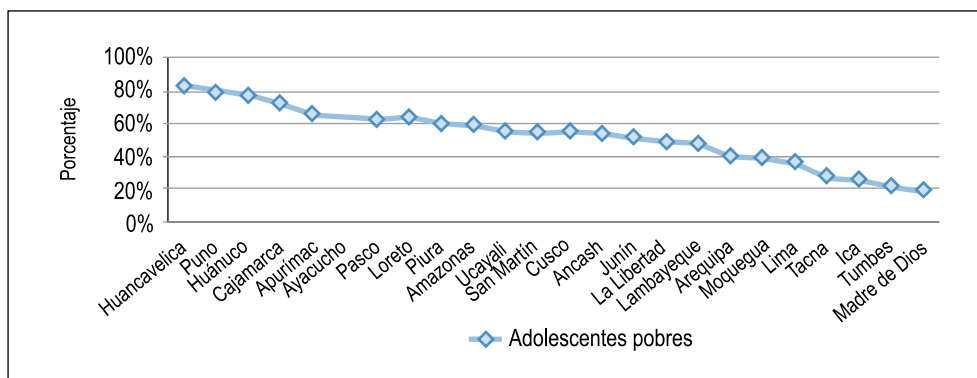
Composición de los hogares	Total	Pobre	Pobre extremo
Total	100	100	100
Con miembros menores de 18 años	63,7	83,3	84,4
Con al menos un niño menor de 12 años	29,0	34,1	33,3
Con al menos un adolescente de 12 a 17 años	15,1	11,8	8,2
Con al menos un niño y un adolescente	23,2	37,4	42,9
Sin ningún miembro menor de 18 años	32,7	16,7	15,6

Fuente: INEI- ENAHO 2007

Del total de los hogares en condición de pobreza extrema, el 84,4% cuenta con miembros menores de 18 años.

¹¹ INEI. Informe Técnico: La pobreza en el Perú en el año 2007, pág. 11.

Gráfico 16: Índice de pobreza en el adolescentes según departamento



Fuente: INEI- ENAHO 2007/ Elaboración de la Etapa de Vida Adolescente (EVA)-MINSA

De acuerdo al gráfico N°16, los departamentos que cuentan con mayor concentración de adolescentes pobres son: Huancavelica, Puno, Huánuco, Cajamarca, Apurímac, Ayacucho, Pasco y Loreto.

Es importante tener en cuenta que la pobreza y el bajo nivel educativo están estrechamente vinculados y que de acuerdo a los análisis anteriores las y los adolescentes que tienen menor nivel educativo son los que residen en el área rural; además, los departamentos en donde existe mayor concentración de adolescentes analfabetos son Amazonas, Huánuco, Loreto y Cajamarca. Por otro lado, los departamentos que cuentan con mayor concentración de adolescentes son Apurímac, Huancavelica y Ucayali.

Cabe resaltar que dichos departamentos pertenecen a las regiones de la sierra y selva, regiones donde hay mayor desempleo; por tanto, la población adolescente de estos departamentos sería la más vulnerable.

6.14 Índice de desarrollo

El desarrollo humano implica una serie de características como cambios físicos, emocionales, cognitivos y sociales, las cuales se interrelacionan entre sí por su naturaleza multidimensional¹².

Para determinar el desarrollo de una persona, el UNICEF considera que es necesario abordar algunas de las determinantes sociales y cruzarlas entre sí. Por otro lado se afirma que para fomentar el desarrollo del niño, niña y/o adolescentes es necesario cumplir con sus derechos.

Si bien es cierto son muchos los determinantes sociales que juegan un papel relevante en el desarrollo de las y los adolescentes, el UNICEF identifica tres dimensiones que limitan o potencian su desarrollo integral: la salud y la nutrición; el aprendizaje y educación; el entorno y el cumplimiento de sus derechos. Dichas dimensiones se diferencian según ciclo de vida: primera infancia (0-5años), niñez (6-11años), adolescencia (12-17años). Por tanto, la construcción del Índice de Desarrollo se ha organizado según ciclo de vida.

Tomando en cuenta las dimensiones mencionadas, según los datos del UNICEF, las y los adolescentes de departamentos que tienen un índice de desarrollo bajo son los que figuran en el grupo 5 del cuadro N° 13:

¹² UNICEF. Estado de la niñez en el Perú. Primera Edición. Abril 2008, pág. 22.

Cuadro 13: Índice de Desarrollo de adolescentes según departamento

Departamento	Índice de desarrollo	Grupos
Tacna	0,75	
Arequipa	0,74	
Tumbes	0,74	1
Ica	0,72	
Moquegua	0,71	
Lambayeque	0,7	
Lima	0,7	2
Madre de Dios	0,69	
Callao	0,67	
Piura	0,64	
Junín	0,64	
La Libertad	0,64	
Cusco	0,6	3
San Martín	0,59	
Áncash	0,59	
Ucayali	0,59	
Apurímac	0,58	
Pasco	0,58	
Amazonas	0,57	4
Puno	0,57	
Ayacucho	0,52	
Loreto	0,52	
Huancavelica	0,52	5
Cajamarca	0,51	
Huánuco	0,48	

Fuente: UNICEF-2008

Esta clasificación coincide con el análisis de índice de pobreza relacionado con el nivel de ingreso monetario, por lo que se hace necesario focalizar las intervenciones en los departamentos de los grupos 4 y 5. No obstante, también es necesario considerar la relevancia de intervenir en los departamentos con mayor población de adolescentes.

6.15 Estado civil según área geográfica

Tanto en la adultez como en la adolescencia, el cambio de estado civil es un factor relevante que conlleva una serie de modificaciones que influyen en el desarrollo personal. Para abordar la salud de las y los adolescentes, es sumamente importante conocer su estado civil debido a que las necesidades de esta población suelen ser diferentes entre los adolescentes solteros y los adolescentes que ya experimentan una vida conyugal.

Según los resultados obtenidos de la ENAHO-2007 realizados por el INEI y plasmados en los cuadros N° 14 y 15, tanto en el área urbana como en el área rural existe una gran población de adolescentes que se encuentran en estado civil de soltería; no obstante también hay una población representativa de adolescentes que se encuentran en estado civil de convivencia; en el área urbana (2,98 %) y el área rural (4,11%).

Cuadro 14: Estado civil de las y los adolescentes del área urbana según edad

Tipo de área	Edad en años	Conviviente	Casado (a)	Viudo (a)	Divorciado (a)	Separado (a)	Soltero (a)	Total
	12	-	-	-	-	-	391 641 (100%)	391 641
	13	171 (0,04%)	-	-	-	-	400 130 (99,96%)	400 301
	14	616 (0,14%)	-	-	-	203 (0,05%)	426 431 (99,81%)	427 250
Urbano	15	2 784 (0,71%)	-	-	-	176 (0,04%)	389 255 (99,25%)	392 215
	16	8 434 (2,22%)	642 (0,17%)	-	-	-	370 149 (97,61%)	379 225
	17	16 989 (4,35%)	442 (0,11%)	-	-	114 (0,03%)	373 288 (95,51%)	390 833
	18	24 515 (5,76%)	3 290 (0,77%)	-	-	1 968 (0,46%)	395 578 (93,00%)	425 351
	19	41 816 (10,75%)	6 356 (1,63%)	-	-	4 323 (1,11%)	336 505 (83,51%)	389 000
	Total	95 325	10730			6784	3 082 977	3 195 816
	%	2,98	0,34			0,21	96,47	100

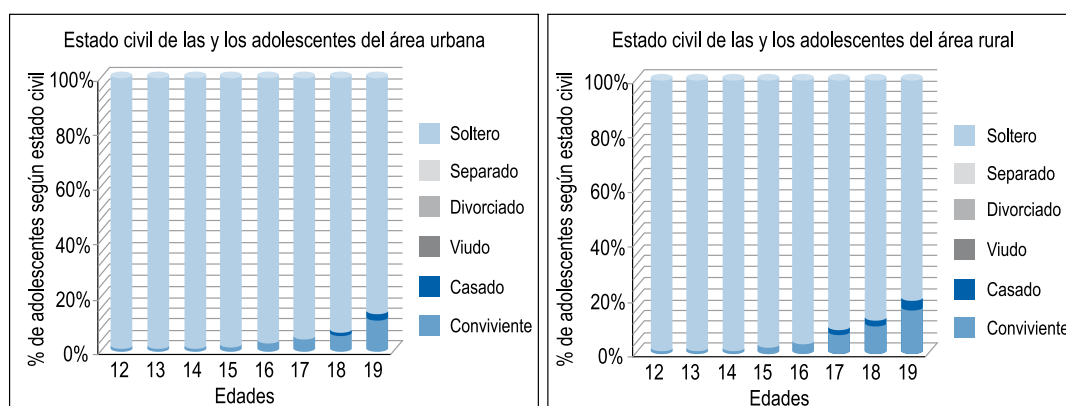
Fuente: INEI, ENAHO-2007/ Elaboración de la Etapa de Vida Adolescente-MINSA

Cuadro 15: Estado civil de las y los adolescentes del área rural según edad

Tipo de área	Edad en años	Conviviente	Casado (a)	Viudo (a)	Divorciado (a)	Separado (a)	Soltero (a)	Total
	12	171 (0,1%)	-	-	-	-	312 692 (99,9%)	312 863
	13	515 (0,2%)	-	-	-	-	293 659 (99,8%)	294 174
	14	735 (0,3%)	-	-	-	-	272 873 (99,7%)	273 608
Rural	15	5 306 (2,1%)	-	-	-	310 (0,1%)	244 423 (97,8%)	250 039
	16	9 289 (3,9%)	-	-	-	414 (0,2%)	227 667 (95,9%)	237 370
	17	16 184 (7,2%)	450 (0,2%)	205 (0,1%)	-	2 096 (0,9%)	204 401 (91,5%)	223 336
	18	20 139 (10,3%)	2 282 (1,2%)	-	-	1 638 (0,8%)	172 015 (87,7%)	196 074
	19	28 335 (16,1%)	3 965 (2,3%)	-	-	1 176 (0,9%)	142 581 (81,0%)	176 057
	Total	80 674	6 697	205	-	5 634	1 870 311	1 963 521
	%	4,11	0,34	0,01		0,29	95,25	100

Fuente: INEI, ENAHO-2007/ Elaboración de la Etapa de Vida Adolescente-MINSA

Gráfico 17: Estado civil de las y los adolescentes según área de residencia por edad



Fuente: INEI-ENAHO 2007/ Elaborado por la Etapa de Vida Adolescente-MINSA

El gráfico comparativo N° 17 representa el estado civil de las y los adolescentes tanto del área urbana como del área rural y de allí podemos identificar que tanto en una como en otra, el estado civil de convivencia va aumentando conforme aumenta la edad. Lo resaltante de este gráfico es que en el caso del área urbana el porcentaje de las y los adolescentes en estado civil de convivencia va aumentando conforme aumenta la edad a una constante de 2 a 5%, no muy significativo en comparación con el aumento más acelerado del área rural (4 a 6 %).

Algunos expertos afirman que el mayor nivel educativo contribuye a retardar el inicio de las relaciones conyugales^{13 14}, aseveración que guarda estrecha relación con los resultados del gráfico comparativo N° 17, donde se identifica que en donde existe más posibilidad para acceder a un mayor nivel educativo (área urbana), las relaciones conyugales se inician a una edad más tardía a diferencia del área rural, siendo esta última un área cuyas limitaciones se constituyen en condicionantes para adoptar patrones culturales diferentes.

6.16 Idioma con el que las y los adolescentes aprendieron a hablar

La interculturalidad es una determinante que no se puede dejar de lado en el presente análisis, sobre todo considerando que el Perú es un país pluricultural y alberga a una población de diversos orígenes y etnias.

La limitante es que no se cuenta con datos específicos de la población de 10 a 19 años de edad, según etnia a nivel nacional; no obstante podemos determinar el idioma con el que aprendieron a hablar las y los adolescentes según área de residencia.

Cuadro 16: Idioma o lengua con el que la/el adolescente aprendió a hablar

	Urbana	%	Rural	%	Total	%
Quechua	176 213	4,22	402 628	26,79	578 841	10,19
Aymara	17 385	0,42	47 392	3,15	64 777	1,14
Ashaninka	2 107	0,05	16 081	1,07	18 188	0,32
Otra lengua nativa	9 169	0,22	37 970	2,53	47 139	0,83
Castellano	3 965 770	94,95	996 466	66,29	4 962 236	87,37
Idioma extranjero	1 663	0,04	41	0,00	1 704	0,03
Es sordomudo	4 360	0,10	2 525	0,17	6 885	0,12
Total	4 176 667	100,00	1 503 103	100,00	5 679 770	100,00

Fuente: INEI-CENSO2007/ Elaborado por la Etapa de Vida Adolescente-MINSA

En el cuadro N° 16 podemos observar que el principal idioma con el que aprendieron a hablar las y los adolescentes, tanto del área urbana como del área rural, es el castellano (87,37%), aunque se da con mayor frecuencia en las y los adolescentes del área urbana (94,95%).

El segundo idioma más frecuente con el que las y los adolescentes aprendieron a hablar es el quechua (10,19%) y se da en mayor magnitud en las y los adolescentes del área rural en comparación con las y los adolescentes del área urbana (26,79% vs. 4,22%).

¹³ Bloom, David E., y David Canning, "Global Demographic Change: Dimensions and Economic Significance, 2004.

¹⁴ Peláez MJ. Conductas de riesgo y sus consecuencias durante la adolescencia. En: Ginecología Pediátrica y de la Adolescente. Temas para el médico de familia, Capítulo XVI, La Habana; 2007.

Cabe resaltar que el tercer idioma más frecuente con el que las y los adolescentes aprendieron a hablar, es el aimara (1,14%).

De acuerdo a estos resultados, es importante considerar que al momento de ejecutar intervenciones de promoción y prevención en las y los adolescentes, se debe tener en cuenta que un gran porcentaje de la población adolescente del área rural tiene como idioma de origen el quechua, razón por la cual los mensajes con los que se trata de llegar a esta población deben ser preparados no solamente en castellano. Además se requiere que el personal de salud que atiende a esta población, tenga la facilidad para comunicarse en castellano y quechua.

Una manera de lograr que las y los adolescentes puedan contar con una atención que respete su cultura, es formando redes con las distintas universidades del país, para que dentro de su currícula se pueda incluir un curso de quechua, el cual es relevante considerando que la mayoría de profesionales de salud que egresan, deben brindar el Servicio Rural – urbano marginal a la población que reside en los lugares ubicados en las zonas más lejanas y dispersas del país.

7. SALUD PSICOSOCIAL

Los estilos de vida pueden ser o no saludables, pero como se mencionó al inicio del presente análisis, vivimos en una cultura que promueve la salud desde la identificación del daño y no desde la salud en sí misma; por tanto los datos analizados están relacionados con estilos de vida no saludables, tales como el consumo de drogas y la violencia, que afectan el desarrollo psicosocial de las y los adolescentes. Cabe resaltar que dichos problemas inciden en el deterioro no sólo de la salud física sino sobre todo de la salud mental.

7.1 Prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas y drogas

Cuadro 17: Prevalencia del consumo de drogas en la población de 12 a 64 años

Tipo de droga	Grupo de edades				
	Drogas legales				
	12 – 18	19 – 25	26 – 35	36 -45	46 y más
Alcohol	36,0%	71,8%	74,0%	70,0%	58,5%
Tabaco	21,0%	46,9%	40,0%	36,5%	28,0%
Drogas ilegales					
Marihuana	1,2%	1,2%	0,5%	0,3%	0,3%
Cocaína	0,4%	0,3%	0,1%	0,1%	0,4%
PBC	0,5%	0,3%	0,3%	0,2%	0,4%
Inhalantes	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Éxtasis	0,2%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Drogas médicas					
Estimulantes	0,1%	0,3%	0,3%	0,1%	0,1%
Tranquilizantes	1,1%	2,3%	3,6%	3,7%	3,5%

Fuente: DEVIDA 2006

Según el cuadro N° 17, de acuerdo a los resultados de la III Encuesta Nacional del Consumo de Drogas en población general en el Perú, realizado en el 2006 por DEVIDA, el mayor consumo de alcohol se da entre los 26 y 35 años de edad (74 %). Sin embargo, cabe resaltar que la población

joven de 19 a 25 años tiene una alta prevalencia de consumo de alcohol (71,8%) y además la más alta prevalencia de consumo de tabaco (46,9%), sinergia que puede ser una bomba de tiempo para la salud de este grupo etario.

La población de adolescentes y jóvenes, presentan la más alta prevalencia de consumo de drogas ilegales, a diferencia de los demás grupos de edades, siendo la marihuana, la droga ilegal más consumida por ellos.

7.2 Edad de inicio del consumo de drogas

“El yo (auto-concepto) social del adolescente es extremadamente lábil, llevándolo a reaccionar de manera explosiva casi siempre con ideas negativas hacia su persona *cuando creen que no agradan a los demás*”. Dicha manera de reaccionar los predispone a adoptar conductas de riesgo para su desarrollo.

Una de las conductas de riesgo que suele adquirirse en la adolescencia es el consumo de sustancias adictivas, que no necesariamente se traduce en morbilidad o mortalidad durante la adolescencia misma, sino posteriormente comprometiendo su salud en la vida adulta¹⁵.

Cuadro 18: Edad de inicio del consumo de drogas en la población de 12 a 64 años

Tipo de droga	Grupo de edades				
	12 a 18	19 – 25	26 - 35	36 -45	46 y más
Drogas legales					
Alcohol	14,4	17,0	18,2	19,2	20,4
Tabaco	14,8	16,8	17,9	18,9	20,2
Drogas ilegales					
Marihuana	15,7	17,5	18,9	20,7	20,8
Cocaína	14,9	17,7	19,5	21,1	21,3
PBC	14,6	17,1	18,8	21,6	24,2
Inhalantes	14,8	13,6	17,3	14,0	19,3
Éxtasis	17,9	19,5	26,1	0,0	25,0
Drogas Médica					
Estimulantes	15,8	19,6	19,1	23,8	27,7
Tranquilizantes	13,6	18,5	23,7	28,2	35,7

Fuente: DEVIDA 2006

El consumo de alcohol y drogas se viene iniciando cada vez a edad más temprana, conclusión que se desprende del cuadro N° 18, al comparar la edad de inicio que declararon las personas de los diferentes grupos de edades. Esta situación nos refleja que si bien es cierto hemos ido avanzando en el desarrollo de la ciencia y la tecnología, hemos retrocedido en cuanto a conductas y estilos de vida saludables.

En el mismo cuadro también se puede ver que, en la población en general, el consumo de drogas, tanto legales como ilegales, se inicia a edades muy tempranas que oscilan entre los 13 y 24 años.

¹⁵ Mercado PR, Ramírez SM, Cortes PM. Misterios de salud, estudios Ancora. 4ª ed. Manual Educativo Edit. México 1991: 40.

La edad de inicio del consumo de *drogas legales* en las y los adolescentes fue a los 14 años, a diferencia de la población joven cuya edad de inicio fue a los 17 años.

La edad de inicio del consumo de *drogas ilegales* en el grupo de 12 a 18 años es diferente según el tipo de droga: para el consumo de PBC a los 14 años y a los 18 años para el consumo de éxtasis.

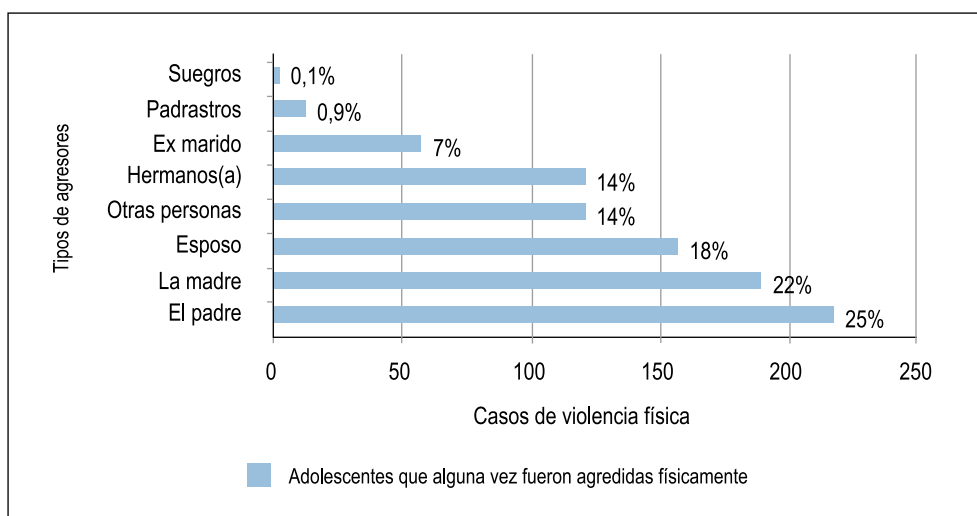
En el caso de la población joven, la edad inicio del consumo de drogas ilegales fue entre los 13 y 17 años y dentro de las drogas ilegales el consumo de inhalantes se inició a una edad mucho más temprana (13 años).

En los demás grupos etarios, también se evidencia que la edad inicio del consumo de drogas tanto legales como ilegales fue durante la adolescencia y la juventud, sin embargo fue a una edad más tardía en comparación con la edad inicio que declaró la población que actualmente es adolescente y joven.

7.3 Violencia física según tipo de agresor

Uno de los factores que puede dañar la salud mental de las y los adolescente es el maltrato, ya sea físico y/o psicológico, siendo importante identificar oportunamente a las y los adolescentes víctimas de maltrato para evitar mayores consecuencias en su salud; sin embargo esta tarea es difícil porque muchas de las agresiones son ocultadas por las víctimas, ya sea por sentimiento de culpa o por temor.

Gráfico 18: Adolescentes de 15 a 19 años que alguna vez fueron agredidas según tipo de agresor



Fuente: INEI –ENDES 2004-2007/ Elaborado por la Etapa de Vida Adolescente

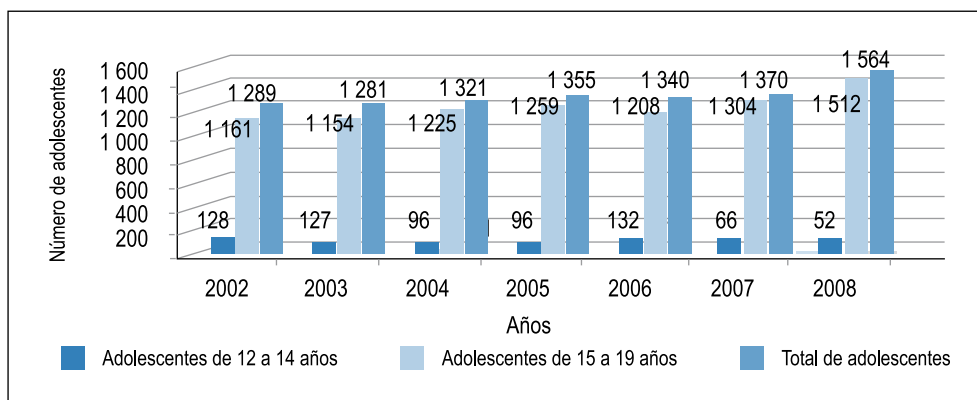
La violencia repercute de la misma manera en los adolescentes de ambos sexos, no obstante solamente contamos con datos nacionales de agresión física en adolescentes del sexo femenino, recopilados por la ENDES 2004-2007. Dichos datos plasmados en el gráfico N° 18 demuestran que el tipo de agresor más frecuente es el padre (25% de los casos de maltrato físico), seguido de la madre (22%) y el esposo en el caso de las adolescentes casadas (18%).

En conclusión, la mayoría de las adolescentes son víctimas de sus propias familias, situación alarmante considerando que la familia debería ser un "factor protector". Cabe resaltar que

según datos de la ENDES 2004-2007 esta situación afecta en la misma proporción a las familias de todos los quintiles de riqueza, a las familias de todas las regiones y a las familias que residen tanto en el área urbana como en el área rural.

7.4 Adolescentes privados de su libertad según grupo de edad

Gráfico 19: Adolescentes privados de su libertad según grupos de edades y por año desde el 2001 - 2008



Fuente: Poder Judicial/ Elaboración EVA-MINSA

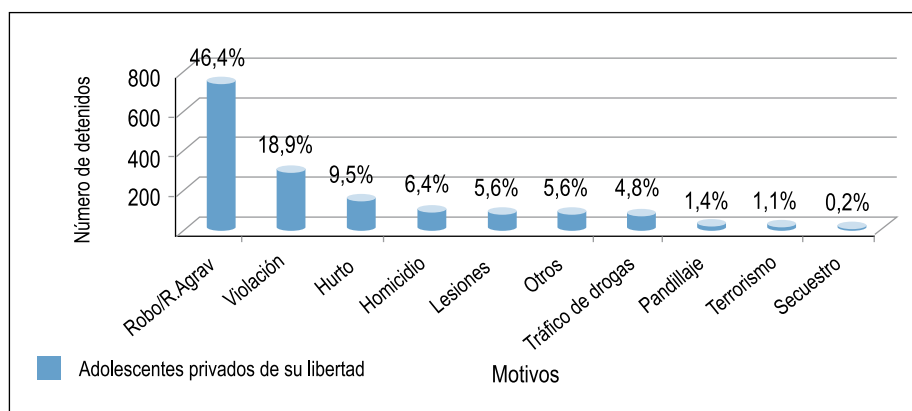
De acuerdo al gráfico N°19, la incidencia de adolescentes privados de su libertad ha aumentado desde el 2002 al 2008, situación que podría asociarse a que las conductas delictivas han aumentado en este grupo de edad.

Si bien es cierto ha disminuido la incidencia de adolescentes con edades comprendidas desde los 12 a los 14 años sentenciados a pena privativa de libertad, la incidencia de adolescentes privados de libertad con edades comprendidas entre los 15 a 19 años ha aumentado.

Según datos emitidos por el Poder Judicial, hasta diciembre del 2008, había un total de 1 564 adolescentes privados de su libertad por conductas delictivas. Cabe resaltar que estos adolescentes podrían reincidir en las mismas conductas al no contar con una atención diferenciada que resuelva sus necesidades considerando que ellos son aún más vulnerables que el común de adolescentes sin problemas delictivos.

7.5 Motivos por los cuales las y los adolescentes se encuentran privados de su libertad

Gráfico 20: Motivos por los cuales las y los adolescentes se encuentran privados de su libertad



Fuente: Poder Judicial/ Elaboración Etapa de Vida Adolescente-MINSA

En el gráfico N° 20 se identifica que el principal caso por el que las y los adolescentes se encuentran condenados a pena privativa de libertad es el robo agravado (46.4%), seguido de violación (18,9%), hurto (9,5%), homicidio (6,4%) y otras conductas violentas.

Todas estas conductas delictivas podrían ser una expresión producto de la desprotección en la que se encuentra este grupo poblacional, en relación a la necesidad de factores protectores.

Con respecto a la segunda conducta delictiva más frecuente de la población adolescente (violación sexual), la situación es muy preocupante considerando que muchos de los casos de agresión sexual se producen en adolescentes que también han sido víctimas de abuso sexual, reproduciéndose la violencia.

7.6 Magnitud de tensión frente a estresores, según región

Cuadro 19: Comparación entre las magnitudes de estrés por tipo de estresores entre la población adolescente de la Selva-Sierra-Lima

Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos en la población adolescente de la selva

Tipo de estresor psicosocial	Mucho (%)	Regular (%)	Nada o poco (%)
Delincuencia	54,0%	11,3%	34,7%
Salud	48,1%	14,3%	37,7%
Narcotráfico	46,8%	12,1%	41,0%
Terrorismo	41,4%	11,1%	47,5%
Parientes	31,5%	12,9%	55,6%
Estudio	30,6%	20,9%	48,5%
Dinero	19,2%	19,9%	60,9%
Trabajo	18,4%	21,2%	60,4%
Pareja	15,1%	14,3%	70,6%
La ley	9,2%	12,2%	78,6%

Fuente: Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado- Hideyo Noguchi 2004

Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos en la población adolescente de la sierra

Tipo de estresor psicosocial	Mucho (%)	Regular (%)	Nada o poco (%)
Delincuencia	57%	16%	27%
Salud	54%	20%	25%
Estudio	43%	24%	33%
Parientes	42%	17%	41%
Dinero	23%	26%	51%
Trabajo	22%	27%	51%
Pareja	15%	16%	69%
La Ley	11%	12%	77%

Fuente: Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado- Hideyo Noguchi 2003

Magnitud de tensión frente a estresores cotidianos en la población adolescente de Lima

Tipo de estresor psicosocial	Mucho (%)	Regular (%)	Nada o poco (%)
Salud	35,0%	21,4%	43,6%
Parientes	26,3%	21,0%	52,7%
Trabajo o estudio	20,7%	27,1%	52,2%
Dinero	15,6%	26,6%	57,8%
Pareja	9,6%	17,7%	72,7%
La Ley	2,8%	6,8%	90,3%

Fuente: Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado- Hideyo Noguchi 2003

Los datos del cuadro N°19 son resultados de estudios realizados por el Instituto de Salud Mental Hideyo Noguchi en adolescentes de ciudades específicas de la sierra (Ayacucho, Cajamarca, Huaraz), la selva (Iquitos, Pucallpa Tarapoto) y la costa (Lima), de donde se identifica que tanto en la sierra como en la selva el principal factor causante de mucho estrés en la población adolescente es la delincuencia seguido de la salud.

El primer factor que las y los adolescentes perciben como causante de mucho estrés en las diferentes regiones, refleja el grado de delincuencia que puede existir en dichos lugares y que además es considerado por ellos como un problema relevante.

Por otro lado es necesario recalcar que el acceso a la salud también es percibido por esta población como un factor que influye mucho en el estado de su salud mental; no obstante esta percepción es incompatible con el bajo nivel de concurrencia de las y los adolescentes a los establecimientos de salud. Es necesario identificar cuáles son las barreras que impiden la asistencia de éstos a los servicios de salud a pesar de ser la salud un factor que les ocasiona mucho estrés.

La población adolescente de Lima no considera como un factor de mucho estrés a la delincuencia, sino más bien a los parientes y al trabajo o estudio, concluyendo que a pesar de que en Lima también existe violencia, ésta no es percibida como un problema por la mayor parte de la población adolescente, por tanto no es un factor que les ocasione estrés.

Se identifica que solamente en los departamentos de la selva, el narcotráfico y el terrorismo son factores causantes de mucho estrés en la población adolescente.

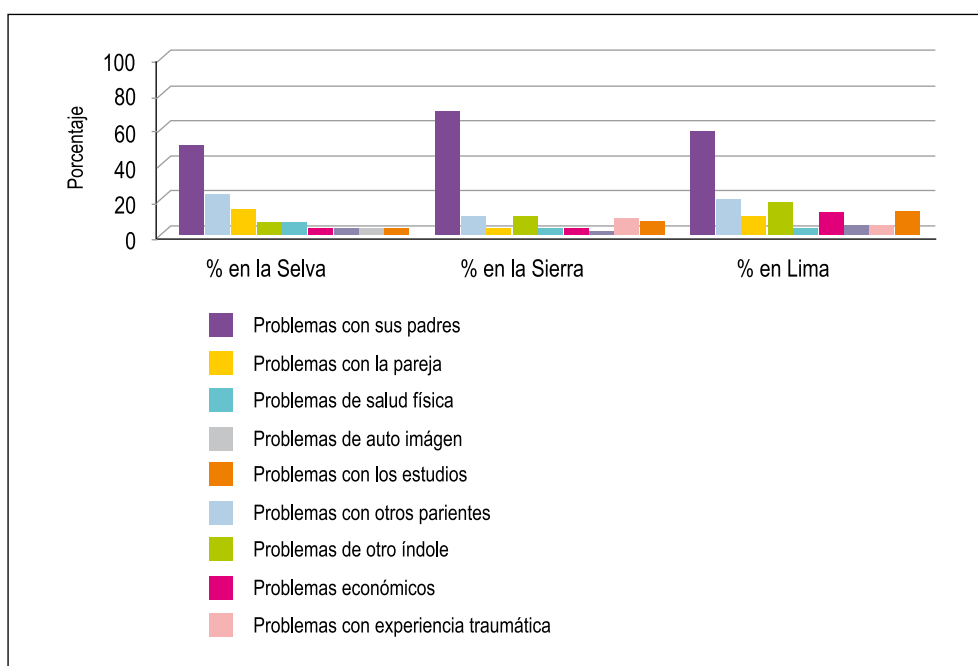
7.7 Motivos de intento de suicidio

Según el Instituto Nacional de Salud Mental Hideyo Noguchi, del total de adolescentes que participaron en los estudios, de los de la sierra (Ayacucho, Cajamarca, Huaraz) el 2,9% ha intentado suicidarse alguna vez en su vida y un 1,9% lo habría realizado en el último año del estudio. Las cifras son significativamente más elevadas en el grupo de adolescentes de 15 a 17 años¹⁶.

De los adolescentes de la selva (Iquitos, Pucallpa, Tarapoto), el 1,7% ha intentado suicidarse alguna vez en su vida y un 1,1% en el último año. Las cifras son significativamente más elevadas en el grupo de adolescentes de 15 a 17 años¹⁷.

De la población adolescente de la ciudad de Lima, el 3,6% ha intentado suicidarse alguna vez en su vida y un 2,4% lo habría intentado en el último año, siendo este último en mención superior a los intentos de la población adulta¹⁸.

Gráfico 21: Principales motivos de intento de suicidio en población adolescente según región



Fuente: INSM- Honorio Delgado Hideyo Noguchi, Estudios epidemiológicos de la salud mental en la Selva 2004 -Sierra 2003 -Lima 2002.

En el gráfico N° 21, se identifica que los principales motivos por los cuales las y los adolescentes intentaron suicidarse en la selva fueron: problemas con sus padres (51%), problemas con otros parientes (22%) y problemas con la pareja (13%).

¹⁶ Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Sierra Peruana 2003. Informe General. Anales de Salud Mental Vol. XIX. Año 2003, Número 1 y 2. Lima.

¹⁷ Instituto Especializado de Salud Mental (IESM) Honorio Delgado Hideyo Noguchi. Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Selva Peruana 2004. Informe General. Anales de Salud Mental Vol. XXI. Año 2005, Número 1 y 2. Lima.

¹⁸ Instituto Especializado de Salud Mental. Estudio Epidemiológico en Salud Mental en Lima Metropolitana 2002. Informe General. Anales de Salud Mental Vol. XVIII. Año 2002, Número 1 y 2. Lima.

Los principales motivos por los cuales las y los adolescentes de la costa intentaron suicidarse son: problemas con sus padres (59,1%), problemas con otros parientes (19,6%) y problemas de otro índole (16,1%).

Los principales motivos por los cuales las y los adolescentes de la sierra intentaron suicidarse fueron: problemas con sus padres (70%), problemas de otro índole (10%) y problemas con otros parientes (9,7%).

Del gráfico 21, se concluye que los principales factores por los cuales las y los adolescentes intentan suicidarse, son los mismos tanto para la población de la costa, sierra y selva; empero, los intentos de suicidio ocasionados por problemas con los padres, se presentan en mayor magnitud en las y los adolescentes que residen en la sierra.

Se concluye que la familia “factor protector”, puede convertirse en factor de riesgo, cuando surgen problemas dentro de ellas. Por tanto es indispensable que toda intervención involucre al núcleo familiar de las y los adolescentes.

7.8 Involucramiento de padres como medio preventivo contra las conductas de riesgo

El auto-concepto es una variable asociada con las conductas de riesgo en las y los adolescentes que tienen una autoestima baja¹⁹. Algunos expertos han afirmado que la autoestima en el hogar, en la escuela y entre los amigos, está inversamente relacionada con las conductas de riesgo en la adolescencia, aseveración que se confirma con los resultados de la Encuesta DEVIDA 2006 presentados en el gráfico N° 18.

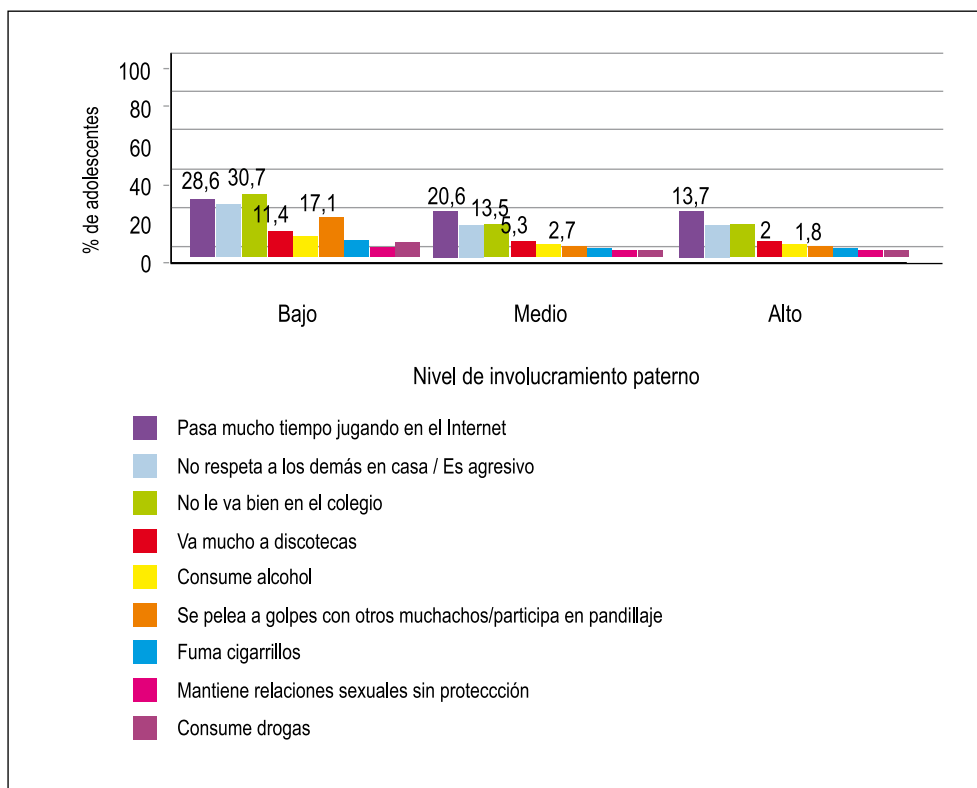
Para poder determinar el nivel de involucramiento de los padres, la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas consideró tomar como referencia en los padres encuestados:

- Tener conocimiento sobre el paradero de sus hijos cuando salen de casa
- Prestar atención a los programas televisivos que ven sus hijos
- Prestar atención a lo que hacen sus hijos en el colegio
- Sentarse a la mesa junto con sus hijos al menos 4 veces a la semana
- Controlar las salidas de los hijos los fines de semana
- Conocer a las amistades de sus hijos.

Estos criterios han sido tomados en cuenta a partir de otros estudios y han sido validados previos al estudio nacional.

¹⁹ Linares LD. El auto-concepto y las propiedades personales del valor. Revista Publicaciones de la Universidad de Murcia 2001; págs. 189-200.

Gráfico 22: Conductas de riesgo en adolescentes según nivel de involucramiento paterno



Fuente: DEVIDA 2006/ Elaboración EVA -MINSa

El gráfico N° 22 muestra que en los adolescentes cuyo nivel de involucramiento de los padres es mayor hay una menor tendencia de consumo de alcohol y drogas así como de otras conductas de riesgo, por tanto este factor protector es el más importante de reforzar.

8. SALUD FÍSICA Y NUTRICIONAL

La salud física y nutricional es una condición relevante en el crecimiento y desarrollo de las y los adolescentes. El no gozar de una buena salud física y nutricional predispone a un bajo rendimiento de sus potencialidades, por lo que es indispensable analizar cuál es el estado físico-nutricional de esta población, que posteriormente será parte del bono demográfico.

8.1 Prevalencia de anemia en adolescentes según sexo y por departamento

Cuadro 20: Prevalencia de anemia en adolescentes según sexo, por departamento

Departamentos	Total (%)	Varones (%)	Mujeres (%)
Amazonas	25	25	25
Áncash	31	30	32
Apurímac	34	30	37
Arequipa	31	28	33
Ayacucho	20	21	19
Cajamarca	32	33	32
Cusco	32	30	34
Huancavelica	30	31	28
Huánuco	44	49	39
Ica	25	20	30
Junín	40	45	36
La Libertad	26	23	28
Lambayeque	18	18	18
Lima	36	35	37
Loreto	30	28	31
Madre de Dios	22	19	23
Moquegua	36	34	38
Pasco	51	53	50
Piura	25	29	23
Puno	50	49	49
San Martín	15	15	15
Tacna	28	22	32
Tumbes	19	15	22
Ucayali	43	43	43
Total	33	32	33

Fuente: INS - CENAN-MONIN 2004

La prevalencia de anemia en adolescentes a nivel nacional es de 33%. Con respecto a la prevalencia de anemia en adolescentes según género se identifica que ésta es mayor en adolescentes del sexo femenino en comparación con la población adolescente del sexo masculino, aunque en una diferencia no muy significativa (33% vs. 32%).

El departamento que tiene mayor prevalencia de anemia entre los adolescentes de su jurisdicción es Pasco (51%), seguido de Puno (50%), Huánuco (44%), Ucayali (43%) y Junín (40%).

En la mayoría de departamentos, la prevalencia de anemia es mayor en las adolescentes en comparación con los adolescentes; sin embargo en 6 departamentos de la sierra y uno de la costa sucede todo lo contrario. Dichos departamentos son: Huánuco (49% en varones y 39% en mujeres), Junín (45% vs. 36%), Huancavelica (31% vs. 28%), Pasco (53% vs. 50%), Ayacucho (21% vs. 19%), Cajamarca (33% vs. 32%) y Piura (29% vs. 23%).

8.2 Prevalencia de déficit de peso y de sobrepeso en adolescentes, según sexo y por departamento

Cuadro 21: Prevalencia de déficit de peso y sobre peso en adolescentes según sexo y por departamento

Departamentos	Peso con déficit (%)			Peso normal (%)			Sobre peso (%)		
	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer
Amazonas	4	7	2	89	87	90	7	7	8
Áncash	4	7	1	87	87	87	9	6	12
Apurímac	3	4	2	90	92	89	7	5	9
Arequipa	4	5	3	84	84	85	12	11	12
Ayacucho	3	6	1	92	92	91	5	2	8
Cajamarca	3	3	3	89	90	87	8	7	10
Cusco	3	4	3	92	92	92	5	4	5
Huancavelica	4	4	3	92	92	93	4	3	4
Huánuco	4	4	3	88	88	89	8	7	8
Ica	2	2	2	84	86	82	14	13	16
Junín	5	7	4	89	87	91	6	6	5
La Libertad	3	3	2	84	82	86	13	15	12
Lambayeque	6	8	4	81	81	82	13	11	14
Lima	3	3	3	80	79	81	17	18	16
Loreto	5	7	3	89	88	90	6	5	7
Madre de Dios	2	3	1	81	84	78	14	13	21
Moquegua	2	3	1	84	83	84	14	14	15
Pasco	6	7	5	85	85	85	9	8	10
Piura	8	11	5	80	77	84	12	12	11
Puno	3	5	2	87	87	87	10	8	11
San Martín	5	6	3	90	88	91	5	5	6
Tacna	1	0,4	1	81	81	81	18	19	18
Tumbes	5	7	4	84	83	85	11	11	11
Ucayali	2	2	2	90	93	86	8	6	12
Total	4	5	3	85	85	86	11	11	11

Fuente: Instituto Nacional de Salud (INS) - CENAN- MONIN - 2004

Según los datos emitidos por el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN) del Instituto Nacional de Salud, existe prevalencia de 4% de déficit de peso y de 11% de sobrepeso en población adolescente, siendo esta última una probable consecuencia del estilo de vida que muchos de las y los adolescentes del área urbana han adoptado. Además cabe resaltar que muchos de los hogares de adolescentes, son hogares pobres que consumen productos de bajo precio, los cuales contienen muchas calorías.

Los departamentos con mayor prevalencia de sobrepeso en adolescentes son: Tacna (18%), Lima (17%), Ica, Moquegua y Madre de Dios con una misma prevalencia de 14%, y la Libertad y Lambayeque con una prevalencia de 13% c/u.

Del cuadro N°21, también se identifica que el problema de déficit de peso en la mayoría de departamentos, repercute con mayor gravedad en los adolescentes del sexo masculino, a diferencia del problema de sobrepeso que repercute casi con la misma magnitud en ambos sexos.

9. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La salud sexual y reproductiva es un componente fundamental de la salud de los seres humanos durante toda su existencia, siendo la adolescencia el momento más relevante para el reconocimiento de la sexualidad y con mucha frecuencia, para la toma de decisiones sobre su vida sexual.

Al analizar la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes peruanos, tomamos en cuenta los compromisos asumidos por el país en la Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo, sobre todo en el abordaje de cuestiones relacionadas a los embarazos, el aborto y las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA.

9.1. Edad de inicio de las relaciones sexuales

El inicio de la vida sexual se ve influenciado por las condiciones culturales, socioeconómicas y la presencia de los medios de comunicación, en las que se desenvuelven las y los adolescentes.

En general, en **América Latina y El Caribe** la edad de la primera relación coital es significativamente más temprana para los varones que para las mujeres. Un estudio de jóvenes en 11 países encontró que la edad promedio de la primera relación sexual para los varones varía de 12,7 años en **Jamaica** a 16 años en **Chile**; para las mujeres, varía de 15,6 años en **Jamaica** a 17,9 años en **Chile**²⁰.

En el Perú no contamos con información nacional sobre la edad de inicio de las relaciones sexuales según género, salvo algunos estudios en determinadas ciudades del país que demuestran que la edad inicio de relaciones sexuales según género es diferente, iniciándose más tempranamente los varones²¹.

²⁰ Organización Panamericana de la Salud. Lundgren R. Protocolos de Investigación para el Estudio de la Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes y Jóvenes Varones en América Latina. Washington, DC.2000.

²¹ Universidad Peruana Cayetano Heredia. Unidad de Investigación de ETS/ SIDA. Diagnóstico en adolescentes en el PERÚ. 2005, pág. 31.

Cuadro 22: Edad mediana a la primera relación sexual según características

Edad Quinquenal							
Área de residencia	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total
Urbana	18	18	18	18	18	18	18
Rural	16	17	17	17	17	17	17
Departamento							
Amazonas	16	17	17	16	17	17	17
Áncash	18	19	18	18	18	19	18
Apurímac	17	17	17	17	18	18	17
Arequipa	18	19	19	18	20	19	19
Ayacucho	17	17	18	18	17	17	17
Cajamarca	17	18	18	17	18	17	17
Callao	18	19	18	19	18,5	21,5	19
Cusco	17	18	18	17	17	18	17
Huancavelica	17	17	17	17	17	17	17
Huánuco	17	17	17	17	17	17	17
Ica	18	18	19	19	18	18	18
Junín	18	18	17	16	18	18	18
La Libertad	18	18	18	19	19	20	19
Lambayeque	18	18	19	19	19	18,5	19
Lima	18	18	19	19	19	19	19
Loreto	16	16	16	16	16	16	16
Madre de Dios	17	17	17	16	17	17	17
Moquegua	18	18	18	18	18	18	18
Pasco	17	18	17	17	17	17	17
Piura	17,5	17	19	19	19	20	18
Puno	18	17	18	18	18	18	18
San Martín	16	16	16	17	16	17	16
Tacna	18	18	19	18	18	18	18
Tumbes	18	18	18	18	18	18	18
Ucayali	16	16	16	16	16	16	16
Nivel educativo							
Sin educación	16	17	16	16	17	17	16
Primaria	16	16	17	16	17	17	16
Secundaria	17	17	18	18	18	18	18
Superior	19	20	20	21	21	21	20
Quintil de riqueza							
Quintil inferior	16	16	17	16	17	16	16
Segundo quintil	17	17	17	17	17	17	17
Quintil intermedio	17	18	18	17	18	18	17,5
Cuarto quintil	18	18	18	19	18	18	18
Quintil superior	18	20	20	19	20	19	19
Total	17	18	18	18	18	18	18

Fuente: ENDES 2004-2007

Según los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2004–2007, la edad media del inicio de las relaciones sexuales es más temprana en las mujeres del área rural que en las mujeres del área urbana (17 vs. 18), lo que coincide con el estado civil analizado en el punto 6.15.

Al analizar la edad media del inicio de las relaciones sexuales según departamento, se observa que en los departamentos de la selva es más temprana.

En cuanto a la edad media del inicio de las relaciones sexuales según nivel educativo, la edad inicio es más temprana en las adolescentes con un nivel educativo inferior (16 años).

La edad media de inicio de las relaciones sexuales en las adolescentes que provienen de hogares con un quintil de riqueza inferior es más temprana (16 años), en comparación con las adolescentes que provienen de hogares con un quintil de riqueza mayor (19 años).

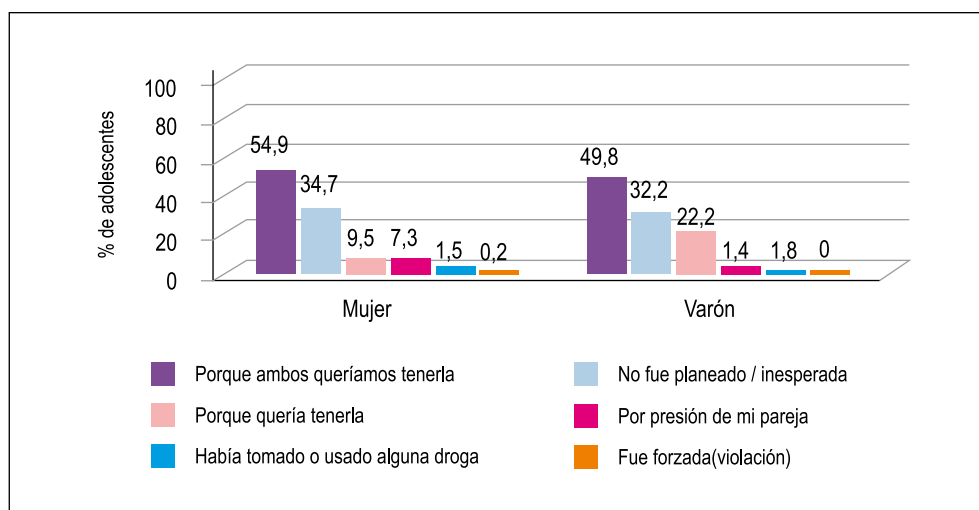
De los resultados analizados se puede concluir que la edad inicio de las relaciones sexuales se da en la adolescencia y que además este inicio es más temprano en las adolescentes cuya situación socioeconómica es desfavorable.

Es importante tener en consideración que la edad inicio de las relaciones sexuales puede ser mucho más temprana a la que declaran, ya que suelen alterar las fechas por pudor y/o por temor a ser estigmatizadas.

9.2 Motivos para el inicio de las relaciones sexuales

De acuerdo a los resultados del estudio realizado por la Unidad de Investigación de ITS /VIH-SIDA de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en las ciudades de Huancayo, Iquitos y Lima durante el 2005, existe una diferencia significativa entre algunos de los motivos de inicio de las relaciones sexuales según género.

Gráfico 23: Motivos para el inicio de las relaciones sexuales



Fuente: UPCH- Diagnóstico en adolescentes en el PERÚ-2005/ Elaboración EVA-MINSA

En el gráfico N° 23 se identifica que el 54,9% y el 49,8% de las y los adolescentes respectivamente, iniciaron su vida sexual por mutuo acuerdo y el 34,7% y 32,2% de las y los adolescentes respectivamente iniciaron su vida sexual sin haberla planeado, lo que hace que existan menores probabilidades de usar el condón como prevención contra las ITS, VIH/ SIDA.

El 22,2% de los adolescentes iniciaron su vida sexual porque ellos querían tenerla; cabe resaltar que esta afirmación no hace mención al consenso con la pareja. En el caso de las adolescentes solamente el 9,5% afirman que iniciaron su vida sexual porque querían tenerla. Si se compara el porcentaje de adolescentes que iniciaron su vida sexual porque querían, se evidencia que existe una inequidad de género, inequidad que muchas veces es construida desde la infancia y reforzada durante la adolescencia.

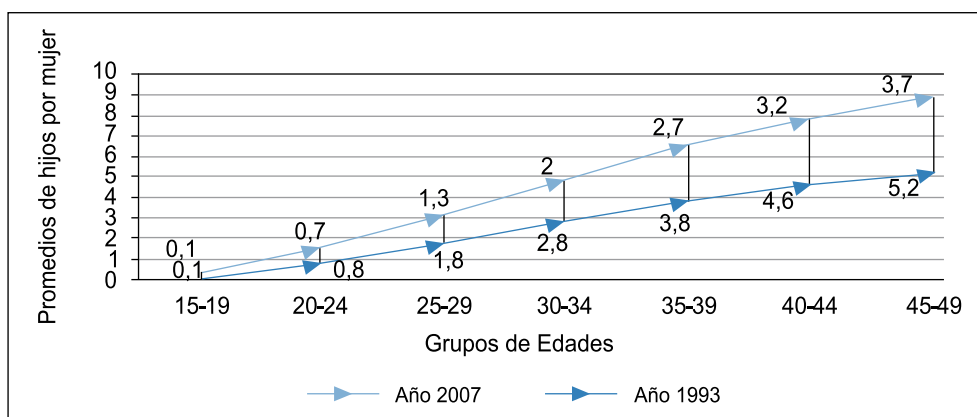
El 7,3% de las adolescentes iniciaron su vida sexual por presión de su pareja, y el 1,4% de los adolescentes refirieron lo mismo; por tanto, si bien es cierto que el porcentaje de los adolescentes que iniciaron su vida sexual por presión de su pareja es mucho menor en comparación con las adolescentes del sexo femenino, es necesario tener en cuenta que ellos también tienden a ceder a la presión de su pareja y no solamente las adolescentes como muchos mitos afirman.

El 1,8% de las y los adolescentes iniciaron su vida sexual bajo el efecto de consumo de alcohol y de este grupo los varones en especial reportaron haber tenido sexo bajo el efecto de drogas, entre ellas marihuana, PBC y éxtasis según el estudio realizado por la UPCH.

9.3 Fecundidad en las adolescentes

Según resultados del último CENSO realizado por el INEI, la población de mujeres en edad fértil asciende a 3 356 048, de la cual 1 357 411 son adolescentes, lo que equivale al 18,45%.

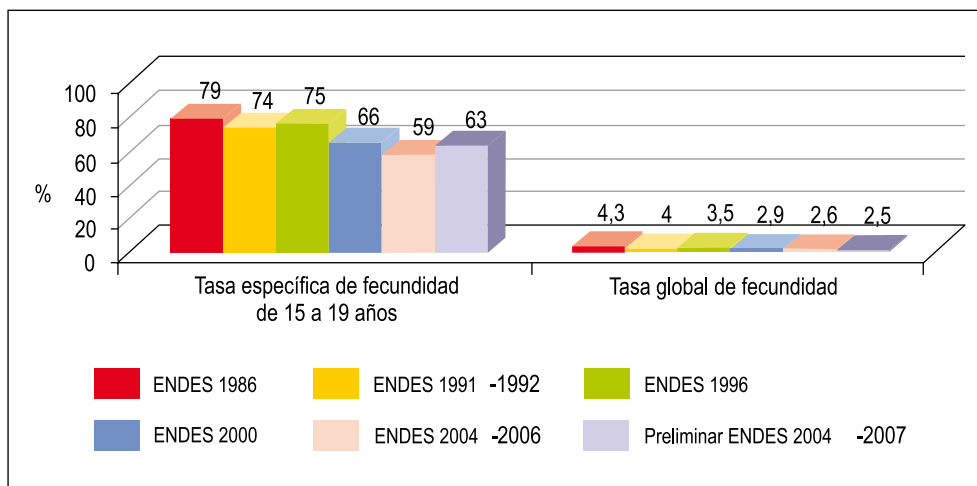
Gráfico 24: Nivel de fecundidad según grupos de edad y según años



Fuente: INEI, Perfil Socio demográfico 2007/ Elaboración de la Etapa de Vida Adolescente-MINSA

En el gráfico N° 24 se identifica que el nivel de fecundidad de las mujeres en edad fértil de los diferentes grupos de edades, ha disminuido desde 1993 al 2007; sin embargo, el nivel de fecundidad de las adolescentes se ha mantenido igual, lo que quiere decir que el número promedio de hijos que podían tener las adolescentes en 1993 es igual para el 2007. Por tanto, si bien es cierto que el proceso de urbanización y los mejores niveles educativos para determinados grupos de la población han contribuido a disminuir el nivel de fecundidad de las mujeres en edad fértil en general, esta situación no ha impactado de la misma manera en las adolescentes, lo cual puede asociarse a múltiples factores, siendo dos de ellos el poco énfasis que se le ha dado a la salud de las adolescentes en comparación con otras etapas de vida y, en segundo lugar, que en relación a la salud sexual y reproductiva las intervenciones específicas que se han realizado en este grupo etario, han sido muy limitadas.

Gráfico 25: Evolución de la tasa específica de fecundidad adolescente desde 1986 al 2007



Fuente: INEI, ENDES 2004- 2007/ Elaboración de la Etapa de Vida Adolescente-MINSA

Por otro lado, según el gráfico N° 25 elaborado en base a los datos emitidos por el INEI, la tasa específica de fecundidad adolescente se ha vuelto a incrementar, lo que quiere decir que el número de nacimientos por cada 1000 mujeres adolescentes en edad fértil se incrementó en el 2007, resultado que es compatible con los datos sobre el nivel de fecundidad de adolescentes, emitidos por el INEI en su publicación "Perfil socio demográfico 2007". Este indicador nos pone en alerta sobre la salud reproductiva de las adolescentes, debido a que la tasa de fecundidad de las adolescentes de nuestro país es mucho mayor que el promedio a nivel mundial (52,9)²². Si bien las estrategias utilizadas para disminuir la tasa de fecundidad tuvieron éxito desde 1986 al 2006, tal parece que en el 2007 no sucedió lo mismo para las adolescentes, siendo necesario considerar otras estrategias de intervención que promuevan de manera efectiva la salud sexual y reproductiva de las adolescentes.

Según algunos estudios, la fecundidad de las adolescentes y mujeres jóvenes que provienen de diversos estratos socioeconómicos presentan trayectorias de emancipación diferentes: una más tardía y con baja fecundidad, propia del sector medio y alto; otra con abandono temprano de los estudios, maternidad adolescente y mayores tasas de fecundidad, caracteriza a los sectores más pobres²³, aseveración que se confirma a través de datos obtenidos de la ENDES 2004-2007, realizada por el INEI, y que se muestra a continuación en el siguiente cuadro:

²² Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Maternidad Adolescente en América Latina y El Caribe. Desafíos N° 4, enero 2007.

²³ Organización de Naciones Unidas (ONU). Morlachetti A. Políticas de salud sexual y reproductiva dirigida a adolescentes y jóvenes: un enfoque fundado en los derechos humanos. En: CEPAL-CELADE. Notas de Población. Año XXXIV N° 85. Santiago de Chile; 2007.

Cuadro 23: Fecundidad de adolescentes de 15 a 19 años según características, 2004-2007

Características	Ya son madres	Embarazadas con el primer hijo	Alguna vez embarazadas	Número de mujeres
Área de residencia				
Urbana	7,5	1,4	8,9	2 991
Rural	16,7	3,7	20,4	1 374
Educación				
Sin educación	39,8	5,1	45,0	23
Primaria	28,9	5,5	34,4	554
Secundaria	8,5	1,8	10,3	3 114
Superior	2,9	0,7	3,6	674
Quintil de riqueza				
Quintil I	27,9	5,2	33,1	412
Quintil II	14,4	3,0	17,4	915
Quintil III	11,0	3,0	14,0	969
Quintil IV	6,8	0,6	7,4	989
Quintil V	3,0	0,8	3,8	1 079
Región natural				
Costa	7,5	1,1	8,6	2 332
Sierra	9,9	2,9	12,8	1 475
Selva	23,8	4,1	27,9	558
Total	10,3	2,1	12,4	4 365

Fuente: ENDES 2004-2007

En el cuadro N° 23, se identifica que existe mayor fecundidad en adolescentes del área rural, caracterizada por su condición de pobreza a pobreza extrema; en adolescentes que tienen un nivel educativo inferior propio del sector más pobre y en adolescentes de la selva, coincidiendo esta última con la edad inicio de las relaciones sexuales más tempranas en los departamentos de la selva.

9.4 Maternidad adolescente

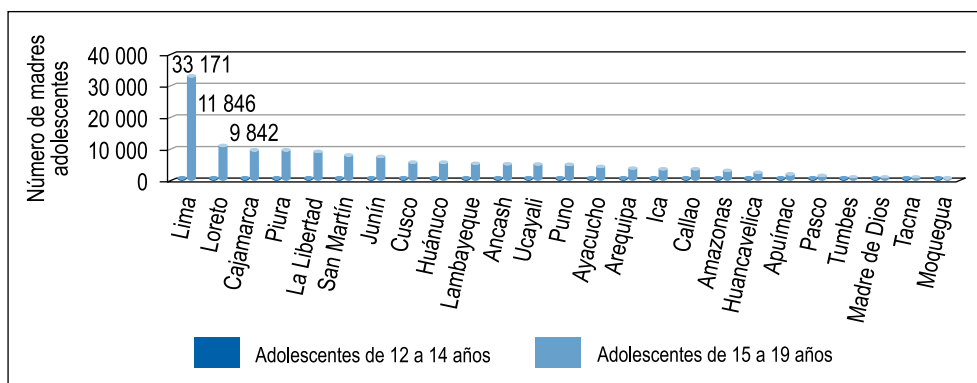
Al hablar de la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes no podemos dejar de abordar el tema de la maternidad en la adolescencia, situación que guarda estrecha relación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) debido a que la maternidad adolescente se da con mayor frecuencia entre las familias pobres, reproduciendo el círculo de pobreza y de falta de oportunidades.

Por otro lado, la maternidad adolescente implica mayores probabilidades de morbilidad infantil, así como complicaciones obstétricas y, además, se vincula con la deserción educativa temprana²⁴.

Según resultados del último CENSO realizado por el INEI durante el año 2007, en el Perú se registraron 2'203,348 mujeres adolescentes de 12 a 19 años, de las cuales el 7,3% ya son madres. Si analizamos esta situación por grupos de edades, del total de adolescentes en edad fértil el 11,7% son madres.

²⁴ Organización de Naciones Unidas (ONU). Morlachetti A. Políticas de salud sexual y reproductiva dirigida a adolescentes y jóvenes: un enfoque fundado en los derechos humanos. En: CEPAL-CELADE. Notas de Población. Año XXXIV N° 85. Santiago de Chile; 2007.

Gráfico 26: Distribución de las madres adolescentes por departamento



Fuente: INEI, CENSO 2007/ Elaborado por la Etapa de Vida Adolescente (EVA)- MINSA

En el gráfico N° 26 se identifica que Lima concentra la mayor cantidad de madres adolescentes, probablemente debido a la gran población adolescente con la que cuenta.

A pesar de que Loreto tiene menos población en comparación con otros departamentos como Cajamarca, Piura y la Libertad, es el segundo con mayor cantidad de madres adolescentes del total de madres adolescentes en el país.

Cuadro 24: Prevalencia de maternidad adolescente por departamento y según grupos de edades

Departamento	Mujeres adolescentes		Maternidad adolescente según grupo quinquenal (%)	
	12-14	15 – 19	12-14	15 – 19
Total	873 929	1 329 419	0,5	11,7
Loreto	33 581	47 949	0,9	24,7
Ucayali	15 965	23 080	1,2	23,5
San Martín	25 785	35 977	0,9	23,1
Madre de Dios	3 230	5 573	1,1	21,0
Amazonas	14 023	17 742	0,3	20,5
Tumbes	6 056	8 973	0,6	16,2
Ayacucho	23 143	29 046	0,5	15,8
Huánuco	29 845	38 184	0,4	15,7
Cajamarca	51 518	67 366	0,5	14,6
Huancavelica	18 265	22 195	0,4	13,4
Apurímac	16 668	19 368	0,5	12,5
Junín	42 384	62 310	0,5	12,1
Pasco	10 183	14 693	0,6	12,1
La Libertad	53 335	80 514	0,5	11,9
Ica	21 203	33 828	0,4	11,8
Piura	57 423	82 971	0,4	11,7
Áncash	36 119	50 478	0,3	10,9
Cusco	42 606	55 860	0,5	10,8
Moquegua	4 348	6 653	0,6	10,0
Lambayeque	36 857	56 997	0,3	9,9
Callao	24 110	40 083	0,6	9,7
Puno	44 240	63 140	0,4	8,6
Tacna	8 212	13 877	0,5	8,4
Lima	222 071	396 737	0,5	8,4
Arequipa	32 759	55 825	0,4	7,2

Fuente: INEI, CENSO 2007/ Elaborado por la Etapa de Vida Adolescente

En el cuadro N° 24 se identifica que los departamentos que cuentan con la más alta prevalencia de maternidad adolescente son los de la selva, situación que puede seguir con la misma tendencia si no se realizan prontas intervenciones, ya que como se pudo observar en el análisis de la edad de inicio de las relaciones sexuales, también ésta es más temprana en los departamentos de la selva.

Los departamentos con mayor prevalencia de madres adolescentes con edades comprendidas entre los 12 a 14 años son Ucayali (1,2%) seguido de Madre de Dios (1,1%), Loreto y San Martín (0,9%) cada uno.

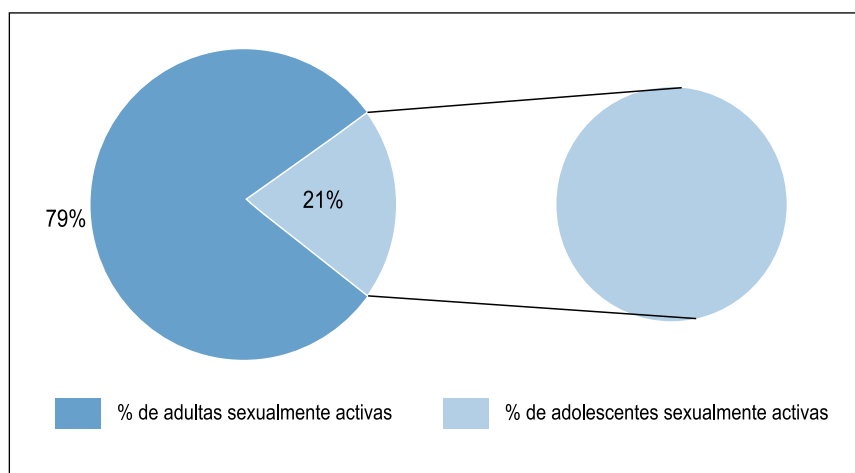
Loreto ocupa el primer lugar como departamento con mayor prevalencia de madres adolescentes con edades comprendidas entre los 15 a 19 años (24,7 %), seguido de Ucayali (23,5%), San Martín (23,1%) y Madre de Dios (21%).

9.5 Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en las adolescentes según estado civil y por tipo de método anticonceptivo

El concepto de que las responsables de planificar o cuidarse con algún método anticonceptivo (MAC), son las mujeres, se ve reflejado hasta en los datos estadísticos expresados a nivel nacional, ya que no se cuenta con antecedentes sobre usuarios de MAC según género, lo que dificulta analizar la demanda y/o la necesidad de la población adolescente de los servicios de planificación familiar con enfoque de género.

Asimismo, solamente se cuenta con datos de la demanda de los métodos anticonceptivos por las mujeres, siendo importante analizar cuántas mujeres sexualmente activas son adolescentes, cuántas de ellas se cuidan con algún MAC, cuál es el tipo de método que más usan y qué cantidad de la población adolescente sexualmente activa no se cuida con ningún MAC.

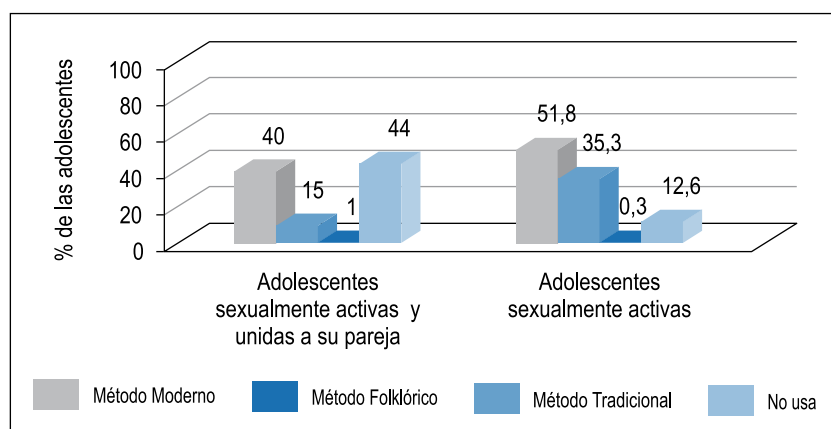
Gráfico 27: Porcentaje de adolescentes sexualmente activas en relación al total de mujeres sexualmente activas



Fuente: ENDES Continua 2004- 2007 / Elaboración de la Etapa de Vida Adolescente

Del total de mujeres sexualmente activas, encuestadas por la ENDES Continua 2004-2007 (906 mujeres), más de la quinta parte fueron adolescentes.

Gráfico 28: Prevalencia de métodos anticonceptivos en las adolescentes según estado conyugal y tipo de método usado



Fuente: ENDES Continua 2004- 2007 / Elaboración de la Etapa de Vida Adolescente-MINSA

Del gráfico N° 28, se concluye que el 12,6% de las adolescentes sexualmente activas no usan ningún MAC, por tanto, esta población corre el riesgo de cursar un embarazo no deseado o no planificado además del peligro de contraer el VIH/SIDA. Esta cifra es aún más preocupante en las adolescentes sexualmente activas que están unidas o conviven con su pareja, debido a que el 44% no usa ningún método anticonceptivo.

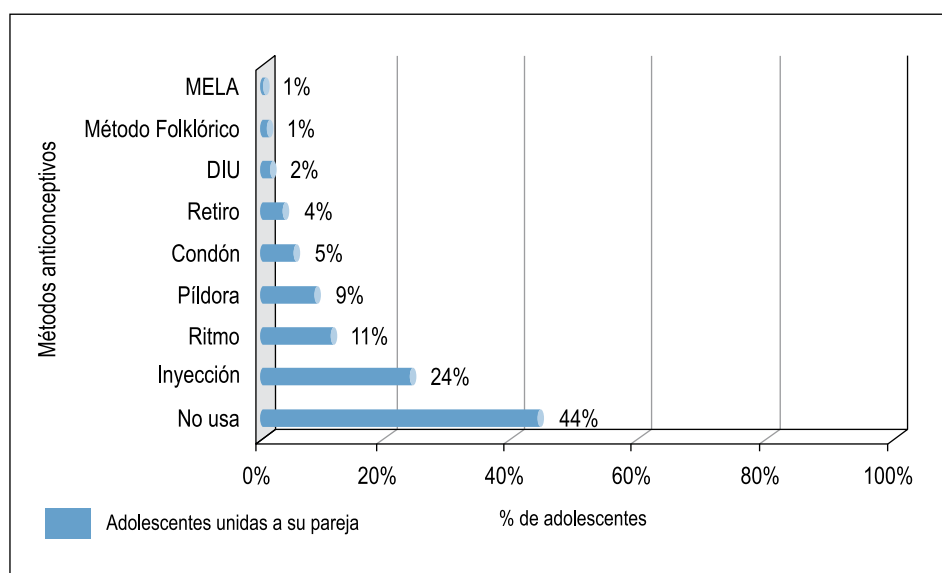
Los métodos más usados por las adolescentes son los métodos modernos, tanto por las adolescentes sexualmente activas sin unión, como por las adolescentes sexualmente activas que están unidas a su pareja, siendo la proporción 51,8% y 40% respectivamente

Existe una población significativa de adolescentes que usan métodos anticonceptivos tradicionales, siendo las sexualmente activas sin unión quienes más los usan, en comparación con las sexualmente activas unidas a su pareja (35,3% vs. 15%).

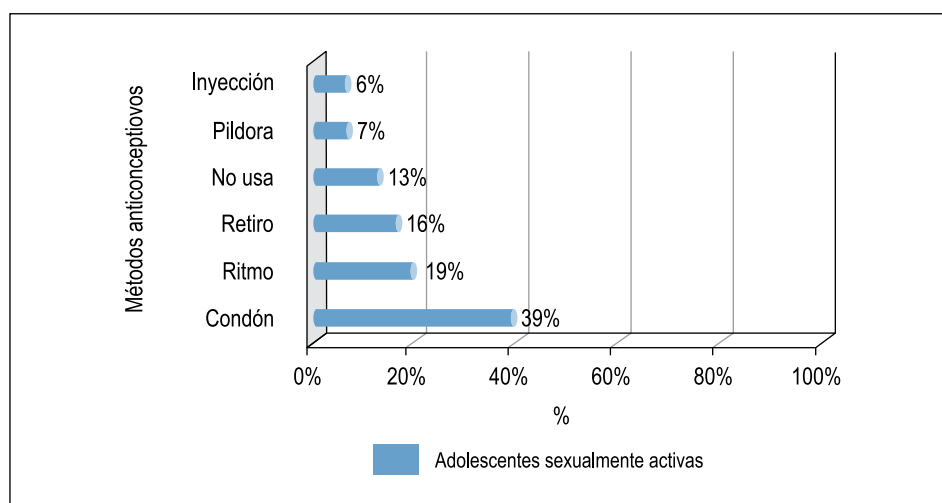
- **Tipo de método específico usado por las adolescentes**

Gráfico 29: Diferencia en la elección de tipo de método anticonceptivo específico más usado entre las adolescentes sexualmente activas en o sin unión con su pareja

Métodos anticonceptivos específicos más usados por las adolescentes sexualmente activas y unidas a sus parejas



Métodos anticonceptivos más usados por las adolescentes sexualmente activas



Fuente: ENDES Continua 2004- 2007 / Elaboración de la Etapa de Vida Adolescente

En el gráfico N° 29 se observa que según los resultados de la ENDES 2004-2007 realizada por el INEI, el método moderno más usado por las adolescentes sexualmente activas sin unión, es el preservativo (39% de las usuarias), a diferencia de las adolescentes sexualmente activas y unidas a su pareja de las cuales sólo el 5% usa el preservativo, lo que refleja el gran riesgo que corren estas últimas de contraer infecciones de transmisión sexual y SIDA, sobre todo considerando

que diversos estudios a nivel mundial han demostrado la efectividad del uso del condón en la reducción de las ITS y prevención del VIH ²⁴.

En necesario recalcar que con respecto al uso del condón, deben considerarse los siguientes aspectos:

- a) Su uso involucra al menos a dos personas, lo que implica que ellos deben poseer las capacidades de negociación para proponerlo y finalmente usarlo.
- b) Se requiere tener clara la información de su utilidad ("creer en el condón") y saber cómo se usa consistentemente, es decir, en todas las relaciones sexuales y desde el inicio de los juegos sexuales.
- c) Se requiere que deseen usarlo.
- d) Finalmente se requiere tener acceso al condón.

El método anticonceptivo más usado por las adolescentes sexualmente activas y unidas a su pareja, es el inyectable (24% de usuarias), seguido del método del ritmo y las píldoras anticonceptivas (11%) y (9%) respectivamente.

En el caso de la elección de las adolescentes sexualmente activas que no están unidas a su pareja, la situación varía ya que ellas después del preservativo y el método del ritmo, el método que más usan es el *coitus interruptus* (16%), considerado como método tradicional por el INEI, aunque *en la actualidad no se le considera un método anticonceptivo por haberse demostrado que es un acto de planificación muy inseguro*.

Si bien es cierto, las adolescentes sexualmente activas unidas a su pareja se cuidan con métodos modernos que tienen menor tasa de falla, hay una baja prevalencia en cuanto al uso del preservativo. Esta situación puede estar relacionada no solamente con el menor uso de preservativos por parte de las mujeres adolescentes sino también con el menor uso de preservativos por parte de los adolescentes hombres probablemente debido a la idea de que sólo el hombre es quien puede disponer de su uso.

En relación a los datos analizados sobre el uso de los demás métodos anticonceptivos, se puede identificar que solamente se ha evaluado la demanda de las mujeres, probablemente porque aún existe la idea de que la mujer es la única responsable de la protección sexual y la planificación familiar, concepto que se ve fortalecido por los servicios de salud sexual y reproductiva brindados, debido a que en dichos servicios solamente se registra el número de usuarias y no se toma en cuenta a los posibles usuarios.

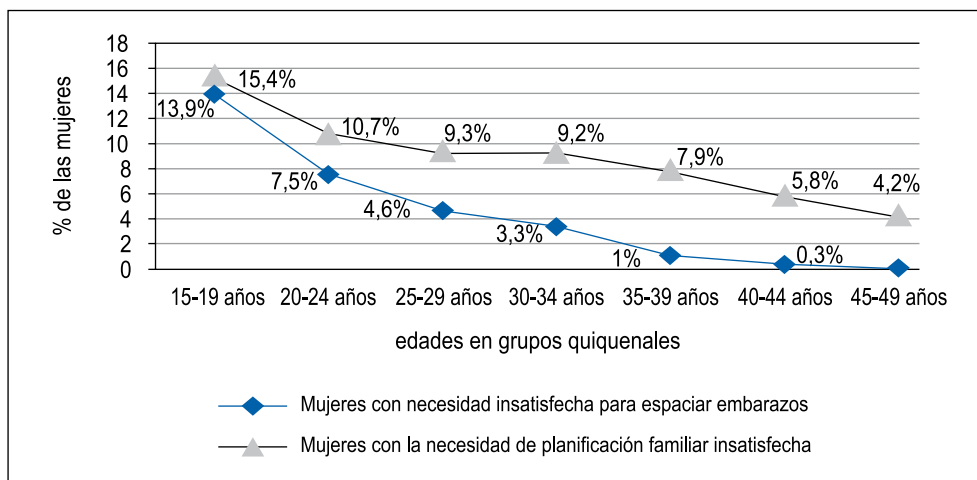
9.6 Necesidad insatisfecha de servicios de planificación familiar en las adolescentes en unión con su pareja

Según la ENDES Continua 2004-2006, del total de la población femenina usuaria de métodos anticonceptivos, el 8,1% no está satisfecha con los servicios de planificación familiar.

En el gráfico N° 30 se identifica que las *adolescentes son las usuarias menos satisfechas con los servicios de planificación familiar* en comparación con el porcentaje de insatisfacción por parte de las mujeres adultas. La necesidad insatisfecha de las adolescentes, está relacionada principalmente con la necesidad de espaciar su embarazo.

²⁴ Holmes K, Levine R, Weaver M. NIAID Workshop Summary: Scientific evidence on condom effectiveness for STD prevention 2001. Bull of the World Health Organization 2004; 82:454-61.

Gráfico 30: Porcentaje de necesidad insatisfecha por grupos de edades y por tipo de necesidad insatisfecha

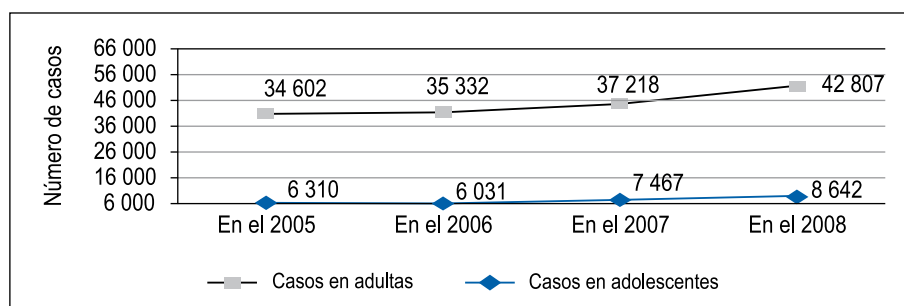


Fuente: INEI-ENDES Continua 2004-2006/ Elaboración de la Etapa de Vida Adolescente

Estos resultados de usuarias insatisfechas, reflejan las expectativas de las adolescentes respecto a los servicios de planificación familiar; no obstante, en este grupo no se ha considerado a las adolescentes sexualmente activas que no están en unión con su pareja pero que también requieren de los servicios y no acuden por diversos motivos, como por ejemplo *la barrera de acceso implícita indirectamente por modificación del artículo 173 del código penal*, modificación donde se estipula la pena de 25 a 30 años privativos de libertad a cualquier persona que tenga relaciones sexuales con adolescentes mayores de 14 años y menores de 18 años, independientemente de si fue con o sin consentimiento del adolescente, limitando no solamente a las y los adolescentes a acceder a los servicios de planificación familiar, sino también limitando la capacidad resolutoria de los profesionales de salud que se encuentran confundidos en cuanto a la actitud que deben tomar frente a esa situación incongruente entre lo que fundamenta la normatividad nacional y lo que se acordó en la Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo en 1994, sobre garantizar los derechos sexuales y reproductivos de la población, en especial de la población adolescente. Cabe resaltar que dicho compromiso fue asumido por el Perú.

9.7 Incidencia de abortos registrados en adolescentes

Gráfico 31: Número de casos de abortos registrados en adolescentes según año desde el 2005 al 2008



Fuente: Oficina General de Estadística e Informática (OGEI)- MINSA 2008/ Elaboración EVA

De acuerdo al gráfico N° 31 elaborado en base a los resultados emitidos por la Oficina General de Estadística e Informática (OGEI) del MINSA, los casos de abortos registrados tanto en adolescentes como en mujeres adultas se han ido incrementado desde el año 2005 al 2008, siendo los casos de abortos en adolescentes el 16,8% del total de casos para el año 2008. Esto es sumamente alarmante considerando que la mayoría de los casos de abortos son inducidos, por tratarse de embarazos no planificados ni deseados y, además, muchos de ellos son realizados por mujeres con un bajo nivel socioeconómico, en lugares que no reúnen las condiciones necesarias de salubridad^{25 26}.

Es importante tener en cuenta que todo lo mencionado anteriormente pone en riesgo la vida de la población femenina y sobre todo de las adolescentes, que si bien es cierto no se encuentran preparadas para ser madres, mucho menos lo están para vivir un proceso tan impactante como el aborto. Estas cifras pueden ser aun mucho más altas, considerando que existen casos que no son adecuadamente registrados.

- **Incidencia de abortos registrados en adolescentes, según departamento**

Cuadro 25: Incidencia de abortos registrados en adolescentes, según departamento-2008

Departamentos	Total de abortos registrados en adolescentes en relación al total de casos por departamento (%)	Total de abortos registrados en adolescentes en relación al total de casos a nivel nacional (%)
Amazonas	53,0%	4,0
Lambayeque	41,0%	9,0
Madre De Dios	25,0%	1,0
San Martín	24,0%	5,0
Loreto	24,0%	4,0
Pasco	21,0%	1,0
Ucayali	20,0%	3,0
Ica	19,0%	4,0
Huánuco	18,0%	3,0
Junín	17,0%	6,0
Áncash	17,0%	4,0
La Libertad	17,0%	6,0
Apurímac	15,0%	2,0
Piura	15,0%	3,0
Lima	14,0%	30,0
Moquegua	14,0%	0,0
Cajamarca	14,0%	3,0
Callao	13,0%	2,0
Tumbes	13,0%	1,0
Cusco	12,0%	3,0
Huancavelica	12,0%	1,0
Arequipa	11,0%	3,0
Tacna	10,0%	1,0
Puno	9,0%	1,0
Ayacucho	0,0%	0
% Total		100,0

Fuente: Oficina General de Estadística e Informática- MINSA 2008/ Elaboración de la EVA-MINSA

²⁵ El aborto clandestino, Delicia Ferrand, 2004. Lima- Perú.

²⁶ Canadian Medical Association or its licensors. Clandestine induced abortion: prevalence, incidence and risk factors among women in a Latin American country. Febrero, 2009.

En el cuadro 25 se identifica que la mayor cantidad de casos de abortos de adolescentes en relación al total de casos a nivel nacional, han sido registrados en el departamento de Lima, lo cual está relacionado con la sobre población adolescente que tiene este departamento; sin embargo, este hecho no justifica que el 30% del total de casos se concentren en este departamento.

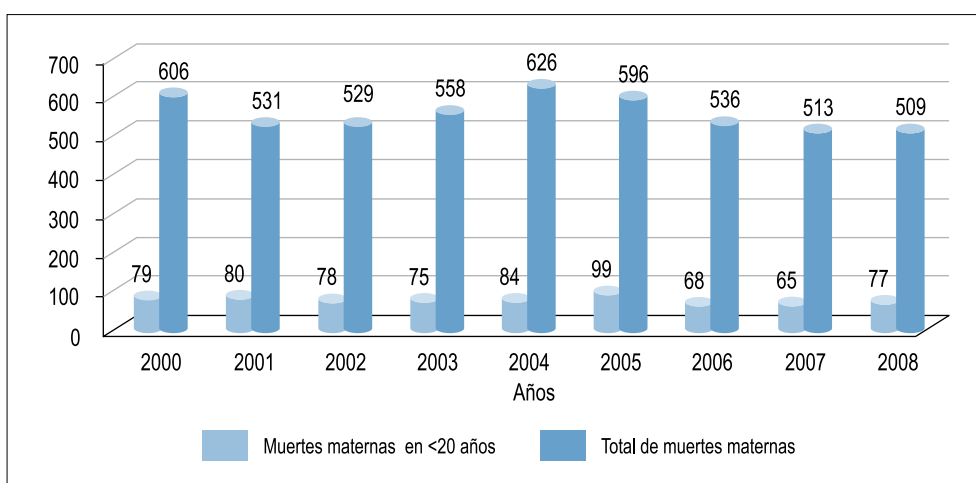
Si analizamos el porcentaje de casos de abortos de adolescentes según departamento en relación al total de casos por departamento, identificamos que los departamentos con mayor número de casos registrados de abortos en mujeres adolescentes son: Amazonas (51%) seguido por Lambayeque (41%), Madre de Dios (25%), San Martín y Loreto (24%), Pasco (21%) y Ucayali (20%). Estos resultados demuestran que los departamentos que tienen el mayor porcentaje de casos de abortos de adolescentes registrados en relación al total de casos de abortos registrados por departamento, son en su mayoría los de la selva, salvo algunas excepciones, coincidiendo con los factores de riesgo para la salud sexual y reproductiva identificados en los cuadros anteriores, las edades más tempranas de inicio de las relaciones sexuales y la maternidad adolescente. Por otro lado, Ayacucho no ha registrado ningún caso de aborto de adolescentes, pudiendo explicarse de dos maneras: o Ayacucho no ha tenido ningún caso de aborto registrado, hay un mal sistema de información y/o no son registrados.

9.8 Mortalidad materna en adolescentes

Si bien es cierto, el cursar un embarazo es un proceso fisiológico y no patológico, el embarazo, el parto y el puerperio ameritan mucho cuidado, sobre todo en el caso de las adolescentes, debido a que no están preparadas psicológica ni fisiológicamente para ellos, teniendo por tanto, mayor riesgo de posibles complicaciones obstétricas y neonatales.

Aparentemente, las medidas para disminuir la mortalidad materna en general han contribuido en algo; no obstante, en el caso de la mortalidad materna adolescente lamentablemente no ha sucedido lo mismo. Según el gráfico N° 32, los casos de muerte materna adolescente se han incrementado para el año 2008, situación preocupante que puede estar asociada a que las intervenciones en la salud sexual y reproductiva han sido realizadas sin tener un enfoque por etapa de vida.

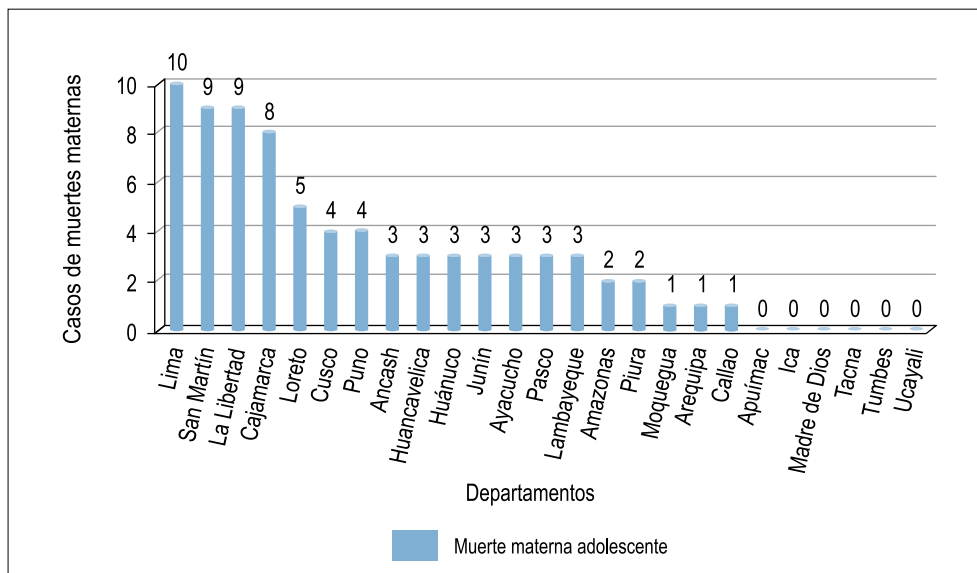
Gráfico 32: Comparación entre los casos de muerte materna en adolescentes y adultas según año desde el año 2000 al 2008



Fuente: Oficina General de Estadística e Informática- MINSA 2008/ Elaboración de la EVA-MINSA

- **Mortalidad materna en adolescentes según departamento**

Gráfico 33: Número de casos de muertes maternas registrados en adolescentes durante el año 2008



Fuente: Oficina General de Estadística e Informática- MINSA 2008/ Elaboración de la EVA-MINSA

De acuerdo a los resultados observados en el gráfico N° 33, Lima ocupa el primer lugar como departamento con mayor número de casos registrados de muertes maternas adolescentes (10 casos), seguido por San Martín y la Libertad con 9 casos cada uno, Cajamarca (8 casos) y Loreto con 5 casos, volviendo a recalcar que el nivel de concentración poblacional adolescente en el departamento de Lima no justifica que haya mayor número de casos de muertes maternas adolescentes.

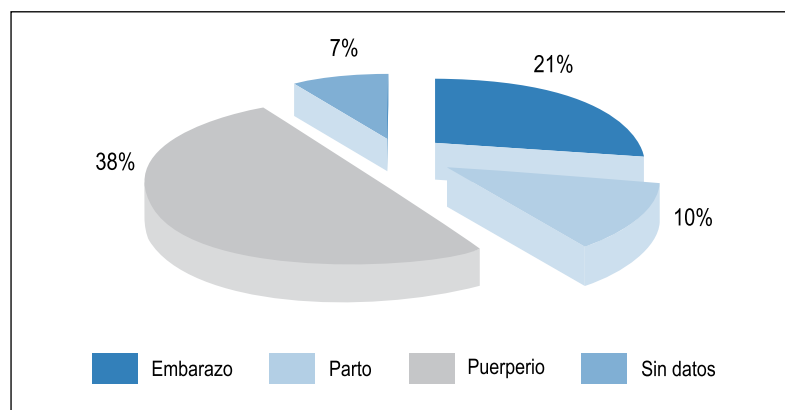
Un factor relevante que puede estar asociado, y que no se puede descartar, es que quizás en estos departamentos existe un mejor registro de casos.

Por otro lado, es necesario tener en cuenta que muchos de los casos de muertes maternas no son registrados, sobre todo los suscitados en áreas geográficas con población dispersa, lo que nos lleva a pensar que el número de muertes maternas adolescentes puede ser aún mucho mayor.

- **Mortalidad materna en adolescentes según momento de fallecimiento**

Al igual que en las mujeres adultas, las muertes maternas de adolescentes tienen como principal momento de fallecimiento el puerperio (38%), seguido del embarazo (21%) y el parto (10%); el 7% de los casos no han sido bien registrados no pudiendo especificar el momento de la muerte materna adolescente.

Gráfico 34: Mortalidad materna en adolescentes según momento de fallecimiento



Fuente: Oficina General de Epidemiología - MINSA 2008/ Elaboración de la EVA-MINSA

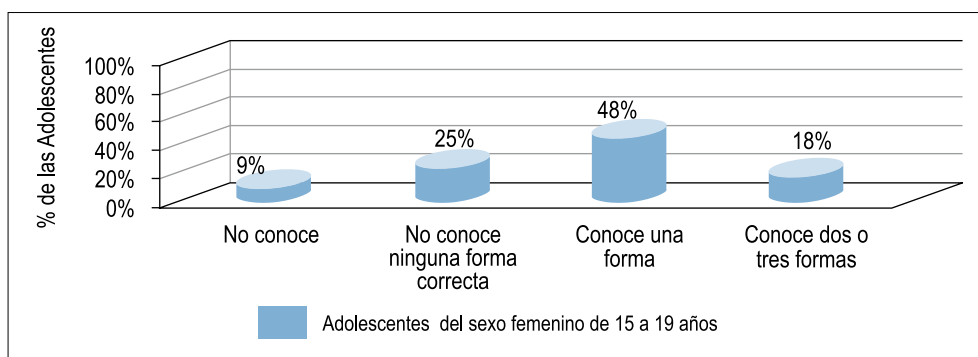
10. ANÁLISIS DE LAS ITS Y VIH EN LAS Y LOS ADOLESCENTES PERUANOS

10.1 Conocimiento de las adolescentes sobre las vías de transmisión del VIH/SIDA

El desconocimiento sobre el VIH hace más vulnerables a las y los adolescentes, sobre todo considerando lo vulnerables que son de por sí por su poca o ninguna capacidad de decisión en el uso del condón.

Según la ENDES Continua 2004-2006 los conocimientos sobre medios de prevención del VIH en adolescentes, son en su mayoría insuficientes. Solamente el 18% de las adolescentes conocen las tres vías de transmisión del VIH.

Gráfico 35: Nivel de conocimiento de las adolescentes sobre las formas de evitar el VIH / SIDA por vía de transmisión



Fuente: INEI-ENDES Continua 2004-2006/ Elaborado por la Etapa de Vida Adolescente

10.2 Conocimiento de las adolescentes sobre las medidas de prevención del VIH/SIDA

A nivel nacional el 44,7% de las adolescentes considera relevante el uso de preservativos para prevenir el VIH.

Cuadro 26: Conocimientos específicos de las adolescentes entre 15-19 años para evitar el contagio de VIH

Abstenerse de tener relaciones sexuales	19%
Usar condones	44%
No tener más de una pareja	12%
Tener una sola pareja sexual	20%
Evitar sexo con personas promiscuas	4%
No tener sexo con prostitutas	3%
No tener sexo con homosexuales	1%
Evitar transfusiones de sangre	16%
Evitar compartir inyecciones o navajas de afeitar	19%
Otra forma	12%
No conoce formas de evitar	6%
No sabe si se puede evitar	8%
No hay forma de evitarlo	2%

Fuente: INEI-ENDES Continua 2004-2007

El 20% de las adolescentes sigue asociando el tener VIH a la promiscuidad, y consideran que para prevenirlo es necesario tener solamente una pareja sexual.

El 19% de las adolescentes considera la abstinencia como una forma para prevenir el VIH, seguido de evitar las transfusiones sanguíneas (16%).

Aún existen adolescentes que consideran que para evitar el VIH se debe evitar los besos.

Lo más preocupante es que aún existe población adolescente femenina que no sabe si se puede evitar el VIH (8%), no conoce formas de evitar el VIH (6%), y un 2% considera que no hay forma de evitarlo.

10.3 Conocimiento sobre medidas de prevención contra el VIH/SIDA, según género

Según el estudio "Diagnóstico en adolescentes en el Perú" realizado por la Unidad de Investigación de ITS/ VIH-SIDA de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) durante el año 2005 en tres ciudades del país, tanto las y los adolescentes de 12 a 14 años como entre los 15 y 19 años, consideran que la mejor manera de prevenir el VIH-SIDA es con el uso de preservativos, identificando que los adolescentes del sexo masculino tienen mayor conocimiento sobre cómo prevenirlo que las del sexo femenino.

Estos resultados son contradictorios con el porcentaje de las y los adolescentes que usan el preservativo, que si bien es cierto es el método más usado, al menos por las adolescentes sexualmente activas no unidas a su pareja, no lo es en el mismo porcentaje de las y los adolescentes que lo consideran como medio de prevención contra el VIH, concluyendo que, a pesar de que *muchos de las y los adolescentes tienen conocimientos sobre el VIH y el preservativo como medio*

preventivo, omiten su uso probablemente por dos factores: su creencia de invulnerabilidad que los lleva a asumir el riesgo en terceras personas mas no en ellos mismos y/o las barreras de acceso al condón.

Cuadro 27 : Nivel de conocimiento sobre formas de prevención del VIH/SIDA en población adolescente según género y grupos de edad

Conocimiento de formas de prevenir el VIH/ SIDA	Total de adolescentes			
	Mujeres		Varones	
	12-14 años (n=1192)	15-19 años (n=1192)	12-14 años (n=999)	15-19 años (n=999)
Vacuna	14,2%	8,9%	13,7%	7,2%
Buena higiene	29,4%	27,8%	33,2%	30,9%
Comer bien	4,9%	3,0%	5,4%	2,2%
No tener relaciones sexuales	48,0%	43,5%	41,0%	31,2%
No besar	4,9%	1,8%	7,3%	3,2%
Evitar mosquitos	5,9%	4,0%	5,9%	3,7%
Usar Condón	50,0%	70,0%	62,9%	80,0%

Fuente: UPCH –Unidad de Investigación de ETS/ SIDA – 2005

Otro aspecto que se identifica en el cuadro N° 27 es la creencia de que el no tener relaciones sexuales como medio preventivo para evitar el contagio del VIH, es algo más reconocido por las adolescentes que por los adolescentes tanto en los grupos de edades de 12 a 14 años como en los grupos de edades de 15 a 19 años. Por otro lado, hay un gran grupo de adolescentes tanto de 12 a 14 años como de 15 a 19 años, que consideran que una buena higiene puede prevenir el VIH.

También existen adolescentes que creen que hay una vacuna para prevenir el VIH, siendo esta creencia mayor en las adolescentes de ambos grupos de edades.

10.4 Prevalencia de VIH /SIDA

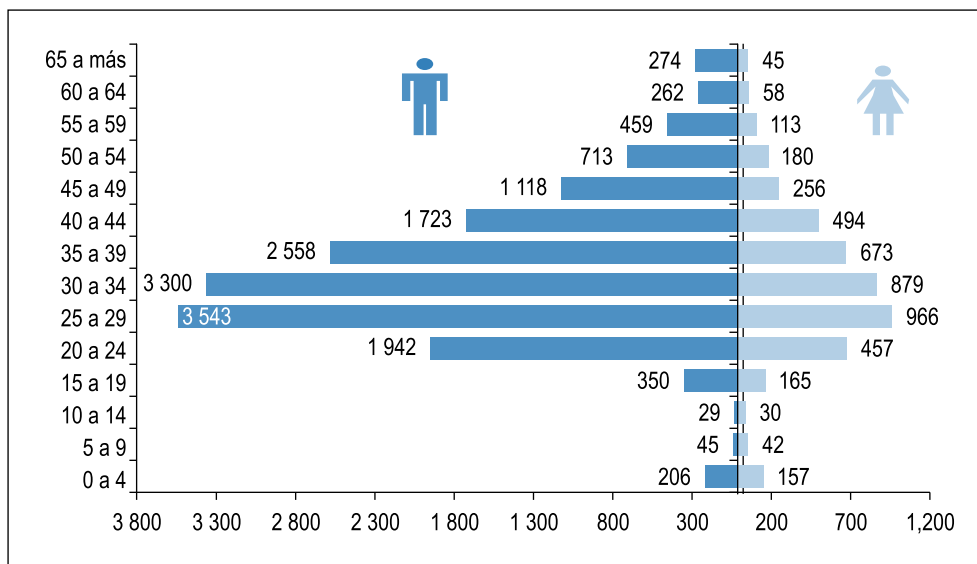
Desde que fue diagnosticado el primer caso en 1983, han sido reportados al MINSA 22,327 casos de SIDA hasta el 31 de agosto del 2008²⁷. En el caso del VIH, 32,282 casos han sido notificados desde 1983 hasta el 31 de agosto del 2008.

De acuerdo al Gráfico N° 36, los casos reportados de VIH/SIDA se encuentran principalmente en personas jóvenes de 25 a 35 años constituyendo el 21,9% de todos los casos de VIH/ SIDA notificados, lo cual significa que probablemente gran parte de los casos reportados se han infectado antes de los 25 años, considerando el tiempo que transcurre desde la infección al desarrollo del estadio SIDA²⁸.

²⁷ Ministerio de Salud del Perú. Dirección General de Epidemiología. Situación del VIH SIDA en el Perú. En: Boletín epidemiológico mensual. 2008.

²⁸ Dirección General de Epidemiología. Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú: Bases epidemiológicas para la prevención y control. Cap. 5, pág. 77. 2006.

Gráfico 36: Casos notificados de VIH/SIDA por grupos de edad, sexo, en el Perú, 1983 - 2008



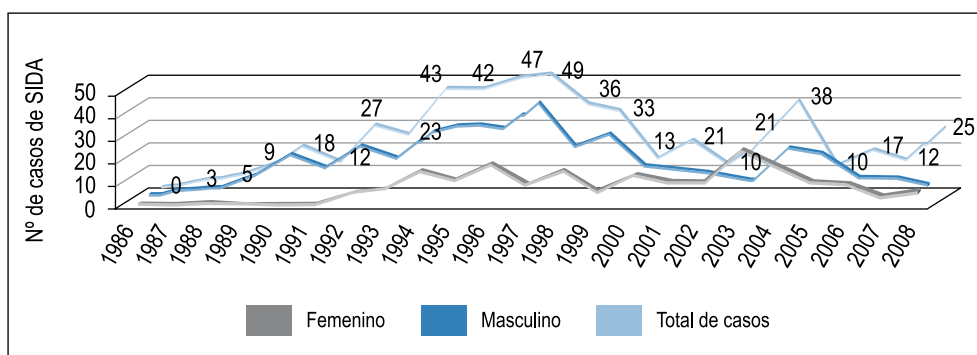
Fuente: Dirección General de Epidemiología del MINSA. Situación del VIH/ SIDA en el Perú. 2008

10.5 Casos reportados de VIH /SIDA desde 1986 al 2008

Tal como se observa en el gráfico N° 37, los casos de SIDA se han incrementado desde 1986 al año 2008, situación que está asociada a la administración del Tratamiento Antirretroviral de Gran Amplitud (TARGA). Hay que tener en consideración que para que estos adolescentes hayan presentado el SIDA, probablemente han sido contagiados de VIH por transmisión vertical, es decir, transmisión de madre a hijo durante el embarazo o parto. También es necesario tener en cuenta la posibilidad de que algunos casos de adolescentes con SIDA pueden estar asociados a la infección de VIH en la infancia por alguna transfusión sanguínea con sangre contaminada

En el gráfico N° 37 también se puede identificar que los casos notificados de SIDA, son mayores en adolescentes del sexo masculino en comparación con los casos notificados en adolescentes del sexo femenino.

Gráfico 37: Número de casos notificados de SIDA en adolescentes desde 1986 al 2008

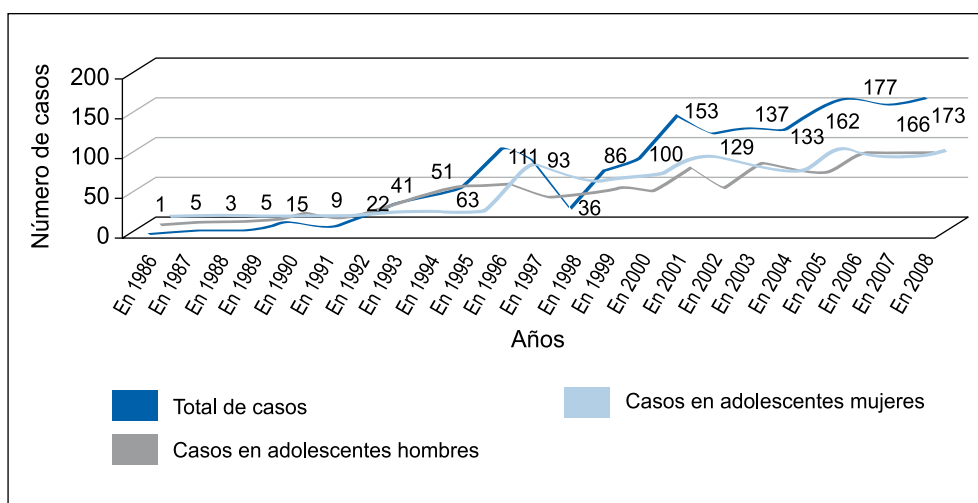


Fuente: Dirección General de Epidemiología del MINSA. Elaborado por la Etapa de Vida Adolescente

Los casos notificados de VIH, tal como se observa en el gráfico N° 38, se han incrementado al igual que los casos notificados de SIDA, situación asociada al mayor acceso de pruebas rápidas que facilitan el proceso de diagnóstico. Hay que tener en cuenta que la mayoría de las y los adolescentes no acuden a los establecimientos de salud pública, siendo muy probable que estos casos notificados de VIH hayan sido detectados en la consulta externa por otro motivo, por tanto las cifras reales pueden ser aún mayores que las notificadas.

Por otro lado se identifica que durante los últimos años, los casos de VIH en adolescentes del sexo femenino se han ido incrementado a un número mayor que los casos notificados de VIH en adolescentes del sexo masculino, situación que guarda estrecha relación con los resultados del nivel de conocimiento sobre VIH presentados en el cuadro 27, donde se hace evidente que quienes menos conocimientos tienen sobre los medios de prevención contra el VIH son las adolescentes.

Gráfico 38: Número de casos notificados de VIH en adolescentes según sexo, desde 1986 al 2008



Fuente: Dirección General de Epidemiología del MINSA. Elaborado por la EVA-MINSA

10.6 Casos de ITS en las y los adolescente y jóvenes según sexo y tipo de ITS

En América Latina un 15% de las y los adolescentes entre 15 y 19 años adquieren cada año alguna ITS: tricomoniasis, clamidia, gonorrea y sífilis (Alan Guttmacher Institute, 1998). Algunos estudios más recientes demuestran que en la población joven, casi una de cada diez mujeres tiene infección por *Chlamydia trachomatis*, tres de cada diez, vaginosis bacteriana y la prevalencia de herpes es de casi de 24%²⁹.

En una encuesta realizada en una escuela secundaria del Perú se encontró que el 23% de los adolescentes varones tenían una ITS. Comparado con cualquier otro grupo etario, los adolescentes sexualmente activos tienen las tasas más altas de ITS, incluyendo el VIH³⁰.

²⁹ Carcamo C, Hughes J, García P, Campos P, Garnett G, White P, et al. Sexually transmitted disease (STD). Prevalences from the 2002 National Household-Based General Population Survey of young urban adults in Peru. In: 15th ISSTD Congress. Ottawa: International Society of Sexually Transmitted Diseases Research; 2003. Abstract 0589.

³⁰ UNFPA. State of World Population 2004: The Cairo consensus at ten - population, reproductive health and the global effort to end poverty. 2004.

Según los resultados del estudio PREVEN realizado en 24 ciudades del Perú por la Universidad Peruana Cayetano Heredia durante los años 2002 y 2003 en mujeres que acudían a centros de salud con flujo vaginal, se encontró que la prevalencia de **gonorrea** era casi 3 veces mayor en mujeres entre los 18 y los 24 años de edad, comparada con mujeres por encima de los 25 años (6% vs. 2%) y en el caso de la infección por **clamidia** (la causa más frecuente de infertilidad en el mundo), se encontró una tasa de 9,8% en jóvenes de 18 a 24 años, mientras que la tasa fue de 1,8 para las otras edades, 5 veces más alto en las más jóvenes.

Al analizar los casos de ITS en la población adolescente, en el cuadro N° 28 se observa que el mayor porcentaje es diagnosticado en las adolescentes del sexo femenino, lo cual podría estar asociado a la mayor asistencia de ellas a los servicios de salud para la atención diagnóstica y de tratamiento de las ITS en comparación con la poca asistencia de los adolescentes del sexo masculino, debido a que la mayor parte de la población femenina es sintomática ante la presencia de cualquier ITS a diferencia de los varones.

Cuadro 28: Casos de ITS en adolescentes según sexo

	Infección de transmisión sexual	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
1	Enfermedad de transmisión sexual no especificadas	37 931	97,6	939	2,4	38 870	88,7
2	Tricomoniasis	1 662	97,2	48	2,8	1 710	3,9
3	Otras enfermedades de transmisión predominantemente sexual, no clasificadas en otra parte	1 029	82,3	221	7,7	1 250	2,9
4	Infección gonocócica	162	33,3	324	66,7	486	1,1
5	Otras enfermedades de transmisión sexual debidas a clamidias	263	74,3	91	25,7	354	0,8
6	Sífilis precoz	212	66,3	108	33,7	320	0,7
7	Infección anogenital debida a virus del herpes [herpes simple]	130	50,6	127	49,4	257	0,6
8	Otras sífilis y las no especificadas	147	62,0	90	48	237	0,5
9	Sífilis congénita	89	65,4	47	34,6	136	0,3
10	Granuloma inguinal Donovanosis	29	40,8	42	59,2	71	0,2
11	Linfogranuloma (venéreo) por clamidias Bubón climático o tropical	11	20,4	43	79,6	54	0,10
12	Sífilis tardía	20	50,0	20	50	40	0,09
13	Chancro blando	3	17,6	14	82,4	17	0,04
	TOTAL	41 688	95,2	2 114	4,8	43 802	100,00

Fuente: Oficina General de Estadística e Informática- MINSA 2008/ Elaboración de la EVA-MINSA

11. MORBILIDAD – DISCAPACIDAD – MORTALIDAD

11.1 Principales enfermedades en las y los adolescentes según sexo a nivel nacional

Cuadro 29: Principales causas de morbilidad según género

Causas	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
Infecciones agudas de las vías resp. sup.	676 622	54,6	562 951	45,4	1 239 573	24,67
Enfermedades de la cavidad bucal	434 613	60,4	284 737	39,6	719 350	14,31
Helmintiasis	129 555	53,7	111 529	46,3	241 084	4,80
Enfermedades infecciosas intestinales	108 809	52,6	98 105	47,4	206 914	4,12
Trastornos de otras glándulas endocrinas	81 520	53,6	70 514	46,4	152 034	3,03
Micosis	73 519	58,2	52 814	41,8	126 333	2,51
Enfermedades gastrointestinales	85 655	68,2	39 923	31,8	125 578	2,50
Otras enfermedades del sistema urinario	97 206	77,9	27 560	22,1	124 766	2,48
Otras infecciones agudas de las vías resp. inf.	51 194	49,9	51 403	50,1	102 597	2,04
Infecciones de la piel	50 686	49,8	51 040	50,2	101 726	2,02
Las demás causas	1 137 660	60,3	747 706	39,7	1 885 366	37,52
Total	2 927 039	58,2	2 098 282	41,8	5 025 321	100,00

Fuente: Oficina General de Estadística e Informática- MINSA 2008/ Elaboración EVA-MINSA

De acuerdo al cuadro N° 29, las principales causas de morbilidad identificada en las y los adolescentes son las infecciones de las vías respiratorias superiores (24,67%), seguidas por las enfermedades de la cavidad bucal (14,31%) y la parasitosis (4,80%). La presencia de parasitosis guarda estrecha relación con el gran porcentaje de adolescentes que residen en hogares que no cuentan con abastecimiento de agua potable: adolescentes de 10 a 14 años (48,4%) y adolescentes de 15 a 19 años (42,9%).

Al analizar las principales enfermedades según género, la situación varía. Del total de morbilidad identificada en las y los adolescentes a nivel nacional, el mayor porcentaje de las enfermedades han sido diagnosticadas en adolescentes del sexo femenino, probablemente porque son las que más acuden a los establecimientos de salud, pudiendo también existir otros factores que sería importante investigar.

11.2 Hogares de adolescentes con algún miembro discapacitado según tipo de discapacidad

Del total de población adolescente a nivel nacional, el 11% tienen en sus hogares algún miembro con discapacidad, según los resultados del último CENSO realizado por el INEI, siendo relevante tener conocimiento sobre los principales tipos de discapacidad que se presentan en estas familias.

Cuadro 30: Discapacidad en hogares de adolescentes según tipo de discapacidad

Tipo de discapacidad	Total	%
Dificultad solamente para ver	246 292	40,02
Otra dificultad o limitación	141 057	22,92
Dificultad solamente para usar brazos y manos/piernas y pies	90 413	14,69
Dificultad solamente para hablar	51 060	8,30
Dificultad solamente para oír	34 149	5,55
Dificultad para ver y oír	9 671	1,57
Dificultad para ver y usar brazos/manos/piernas/pies	6 764	1,10
Dificultad para ver y alguna otra dificultad	6 524	1,06
Dificultad para oír y hablar	5 522	0,90
Dificultad para hablar y usar brazos/manos/piernas/pies	4 569	0,74
Dificultad para usar brazos/manos/piernas/pies y alguna otra dificultad	3 988	0,65
Dificultad para ver y hablar	3 545	0,58
Dificultad para hablar y alguna otra dificultad	2 419	0,39
Dificultad para oír y usar brazos/manos/piernas/pies	1 337	0,22
Dificultad para ver, oír y usar brazos/manos/piernas/pies	1 259	0,20
Dificultad para oír y alguna otra dificultad	1 059	0,17
Dificultad para ver, oír y hablar	837	0,14
Dificultad para ver, oír y alguna otra dificultad	657	0,11
Dificultad para ver, hablar y usar brazos/manos/piernas/pies	695	0,11
Dificultad para hablar, usar brazos/manos/piernas/pies y alguna otra dificultad	643	0,10
Dificultad para ver, usar brazos/manos/piernas/pies y alguna otra dificultad	520	0,08
Dificultad para oír, hablar y usar brazos/manos/piernas/pies	476	0,08
Dificultad para oír hablar y alguna otra dificultad	190	0,03
Dificultad para oír hablar y alguna otra dificultad	86	0,01
Dificultad para ver, hablar y alguna otra dificultad	420	0,07
Dificultad para ver, oír, hablar y usar brazos/manos/piernas/pies	515	0,08
Dificultad para ver, oír, hablar, usar brazos/manos/piernas/pies y alguna Otra dificultad	203	0,03
Dificultad para ver, oír, usar brazos/manos/piernas/pies y alguna otra dificultad	210	0,03
Dificultad para ver, hablar, usar brazos/manos/piernas/pies y alguna otra dificultad	170	0,03
Dificultad para ver, oír, hablar y alguna otra dificultad	137	0,02
Dificultad para oír, hablar y usar brazos/manos/piernas/pies	67	0,01
Total	615 454	100,00

Fuente: INEI-CENSO 2007/ Elaborado por la Etapa de Vida Adolescente-MINSA

Dentro de las principales discapacidades que presentan algunos de los miembros de los hogares de las y los adolescentes, la dificultad para ver, ocupa el primer lugar (40%), seguido por otros tipos de dificultades no específicas (22,92%), la dificultad para usar los brazos, manos, piernas y pies (14,69%), la dificultad para hablar (8,30%), la dificultad para oír (5,55%) y finalmente otras combinaciones de discapacidades. Estos resultados son evidencia de que una de las principales necesidades en los hogares de las y los adolescentes es contar con exámenes diagnósticos y tratamiento adecuado para los problemas visuales que disminuyen la posibilidad de desarrollar sus potencialidades al máximo, sobre todo si se identifica que la discapacidad se presenta en algún estudiante.

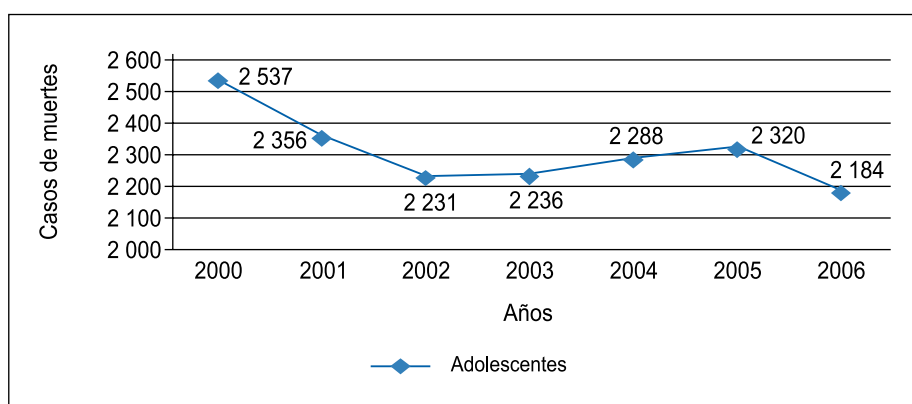
La identificación del tipo de discapacidad podrá ser una gran herramienta para poder determinar la carga de enfermedad en la población según edades, en un posterior análisis.

Los únicos datos con los que contamos de adolescentes discapacitados son los emitidos en el 2007 en la publicación del Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) "Análisis de situación de la discapacidad en el Perú 2007", en donde del total de adolescentes discapacitados atendidos en el INR, la mayoría son adolescentes del sexo masculino siendo la deficiencia intelectual la mayor discapacidad atendida.

11.3 Mortalidad en adolescentes

Desde el 2000 al 2006, los casos notificados de muertes de adolescentes según la Oficina General de Estadística e Informática del MINSA, han disminuido de 2 537 a 2 184 casos.

Gráfico 39: Casos registrados de muertes de adolescentes, desde el 2000 al 2006



Fuente: Oficina General de Estadística e Informática-MINSA/ Elaboración EVA-MINSA

En el cuadro N° 31, se identifica que los casos registrados de muertes de adolescentes según género no han tenido variaciones significativas, evidenciando que el mayor porcentaje de muerte en adolescentes se da en los del sexo masculino.

Cuadro 31: Porcentaje de muertes de adolescentes según género y por año

Año	Masculino (%)	Femenino (%)
2000	59	41
2001	54	46
2002	57	43
2003	58	42
2004	54	46
2005	58	42
2006	57	43

Fuente: Oficina General de Estadística e Informática-MINSA

11.4 Principales causas de muerte en adolescentes

Cuadro 32: Principales causas de mortalidad en adolescentes según sexo

ORD	DIAGNÓSTICO	TOTAL	(%)	MASCULINO (%)		FEMENINO (%)	
	TOTAL	2,184	100,00	1,254	57,4	930	42,6
1	Accidentes de tránsito	224	10,26	158	12,60	66	7,10
2	Enfermedades cerebro vasculares	176	8,06	104	8,29	72	7,74
3	Eventos de intención no determinada	148	6,78	78	6,22	70	7,53
4	Influenza (gripe) y neumonía	127	5,82	65	5,18	62	6,67
5	Tumores (neoplasias) malignos	123	5,63	75	5,98	48	5,16
6	Otras enfermedades bacterianas	113	5,17	60	4,78	53	5,70
7	Exposición accidental a otros factores	78	3,57	60	4,78	18	1,94
8	Tuberculosis	75	3,43	35	2,79	40	4,30
9	Ahogamiento y sumersión accidentales	73	3,34	68	5,42	5	0,54
10	Accidentes que obstruyen la respiración	72	3,30	43	3,43	29	3,12
11	Las demás causas	975	44,64	508	40,51	467	50,22

Fuente: Oficina General de Estadística e Informática 2006

En el cuadro N° 32, se identifica que la principal causa de mortalidad en población adolescente, es el accidente de tránsito (10,26%), siendo más frecuente en los adolescentes del sexo masculino que en las del sexo femenino (8,29% vs. 7,74%).

Las enfermedades cerebro vasculares ocupan el segundo lugar como causa de mortalidad adolescente (8,06%), seguido de los eventos de intención no determinada (6,78%), neumonía (5,82%), neoplasias (5,63%), otras enfermedades bacterianas (5,17%), exposición accidental a otros factores (3,57%), tuberculosis (3,43%), los casos de ahogamiento (3,34%) y accidentes que obstruyen la respiración (3,30%).

Es relevante resaltar que a pesar de ser la tuberculosis una de las principales causas de mortalidad en adolescentes, sobre todo en las adolescentes del sexo femenino, esta enfermedad no figura como principal causa de morbilidad, pudiendo asociarse a las siguientes causas:

- Muchos de las y los adolescentes no acuden a tiempo a los servicios de salud,
- Las y los adolescentes no están siendo bien diagnosticados, o
- Los casos de morbilidad por TBC son pocos, no obstante estos pocos pueden ser TBC resistentes.

12. RESPUESTA SOCIAL

Las sociedades han desarrollado algunas formas de respuesta ante la necesidad percibida en la situación de salud, la que es denominada "respuesta social".

Para satisfacer las necesidades de salud, es indispensable ejecutar intervenciones diferenciadas con una mirada intersectorial que aborde las determinantes sociales, garantizando de esta manera su efectividad. No obstante, el siguiente análisis aborda la respuesta social desde los sectores salud, educación y desde la sociedad civil organizada, con una mirada sectorial debido a que muchas de las intervenciones son sectoriales y muy pocas intersectoriales.

Cabe resaltar que la participación de otros sectores también es relevante, no obstante no ha sido tomada en cuenta en el presente análisis.

12.1 Respuesta del sector salud

El sector salud en un inicio ha respondido a las necesidades de la población adolescente prestando servicios que partían desde la identificación del daño. Considerando que la población adolescente generalmente no expresa morbilidad, durante mucho tiempo esta población ha sido invisible a las políticas y prioridades del sector salud.

No obstante, actualmente la visión del ente rector en salud es abordar las determinantes sociales que influyen en la salud de las y los adolescentes a través de su modelo de atención integral de salud, que se traduce en los siguientes documentos normativos: Lineamientos de Política de Salud de los/las Adolescentes, Norma Técnica para la Atención Integral de Salud Integral en la Etapa de Vida Adolescente, Orientaciones para la Atención Integral de Salud del Adolescente en el Primer Nivel de Atención, Protocolos de Consejería para la Atención Integral del Adolescente, Implementación de Redes Locales Multisectoriales de Desarrollo Juvenil, Centros de Desarrollo Juvenil y otros documentos que están en proceso de oficialización.

Cabe resaltar que en el aspecto normativo, la ruta de intervención en la salud de las y los adolescentes está definida; no obstante, el nudo crítico es el proceso de implementación y su sostenibilidad, que de acuerdo a la realidad actual hoy depende de las regiones.

Otra respuesta del sector público de salud, es el proceso de descentralización, que fue considerado como un proceso que facilitaría la gestión a nivel regional y local. Sin embargo, algunas regiones no estuvieron lo suficientemente preparadas para la transferencia de funciones, lo cual ha limitado la efectividad de la respuesta del sector público.

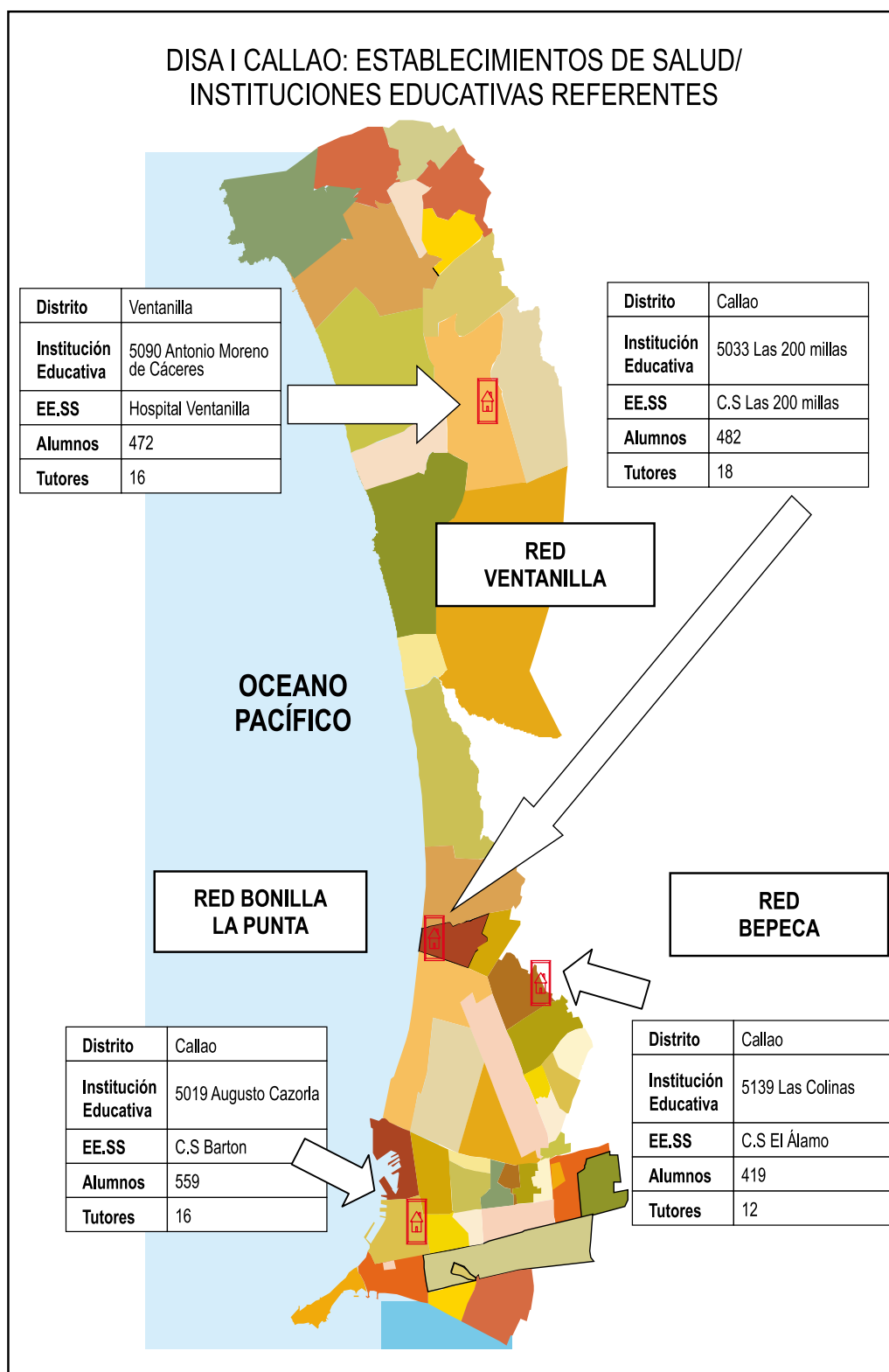
Si hacemos referencia a la oferta de los servicios de salud para la atención de las y los adolescentes, es necesario focalizar el análisis en los servicios de salud sexual y reproductiva debido a que según ENDES 2004-2006, es una necesidad percibida como insatisfecha en este grupo poblacional.

Si bien es cierto que el MINSA como ente rector ha implementado normas técnicas que no limitan el derecho de las y los adolescentes para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva, existe un marco legal que es barrera para *el mismo*, haciendo imposible cumplir con el compromiso asumido en la "Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo", compromiso en el que se afirma que para satisfacer las necesidades de salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes, se debe brindar información y atención que los ayude a alcanzar la madurez necesaria para adoptar decisiones en forma responsable.

El sector salud desde el MINSA ha tenido múltiples iniciativas para cambiar esta situación, sin embargo no generaron el impacto deseado, por lo que durante el año 2008 se elaboró un balance normativo sobre el acceso de las y los adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva, con la finalidad de contar con las estrategias que permitan abogar por el cambio de la situación actual.

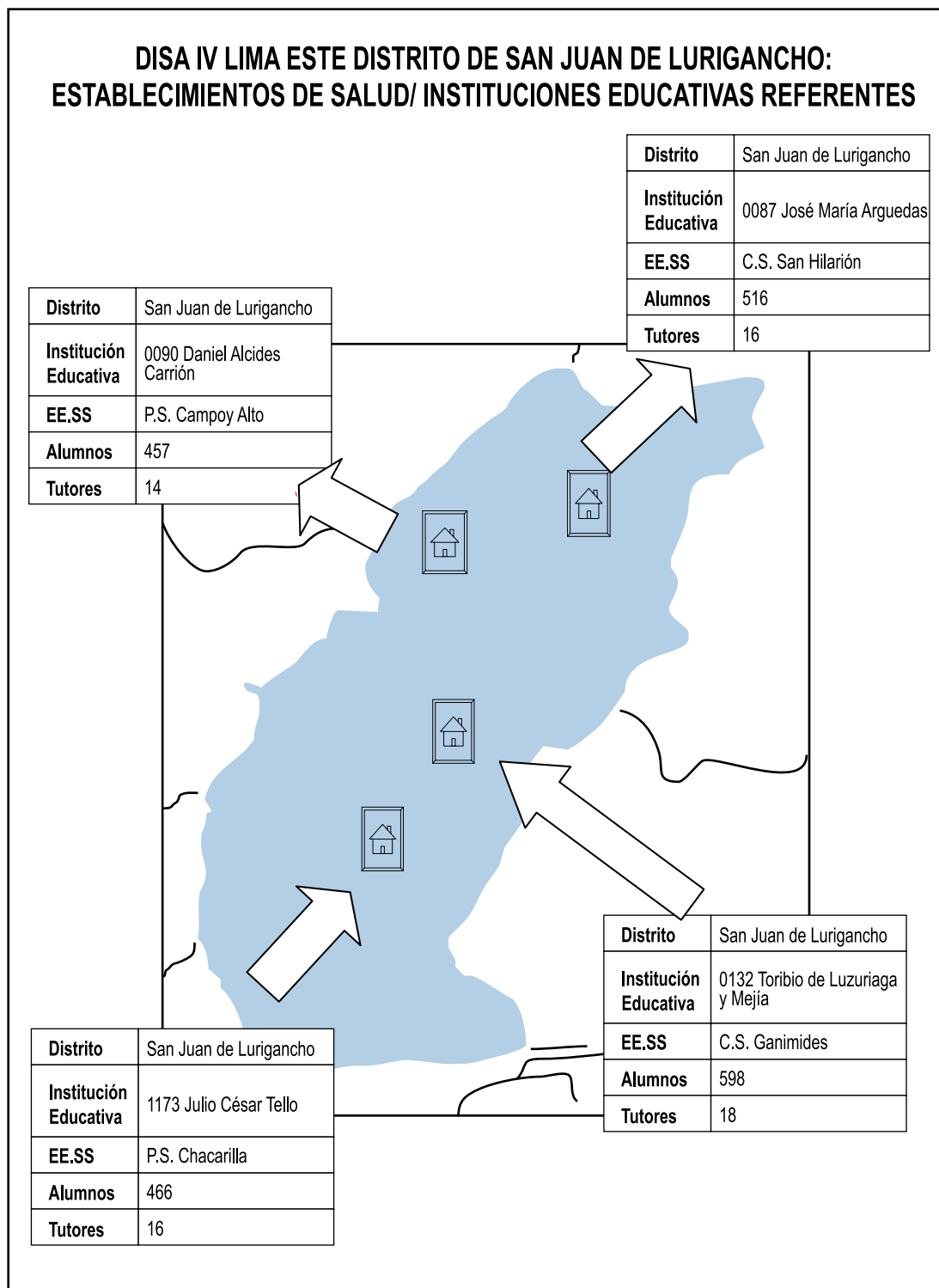
Una intervención intersectorial realizada desde el 2007 al 2009 con el MINEDU, fue el proyecto de "Armonización de Políticas Públicas para la Educación Sexual y la Prevención del VIH-SIDA y Drogas en el Ámbito Escolar" realizado en la provincia constitucional del Callao, en Ucayali, Ica, Junín y en el distrito de San Juan de Lurigancho en Lima. En los siguientes gráficos se detallan las intervenciones en algunos departamentos;

Gráfico 40: Establecimientos e instituciones del Callo beneficiarias del proyecto

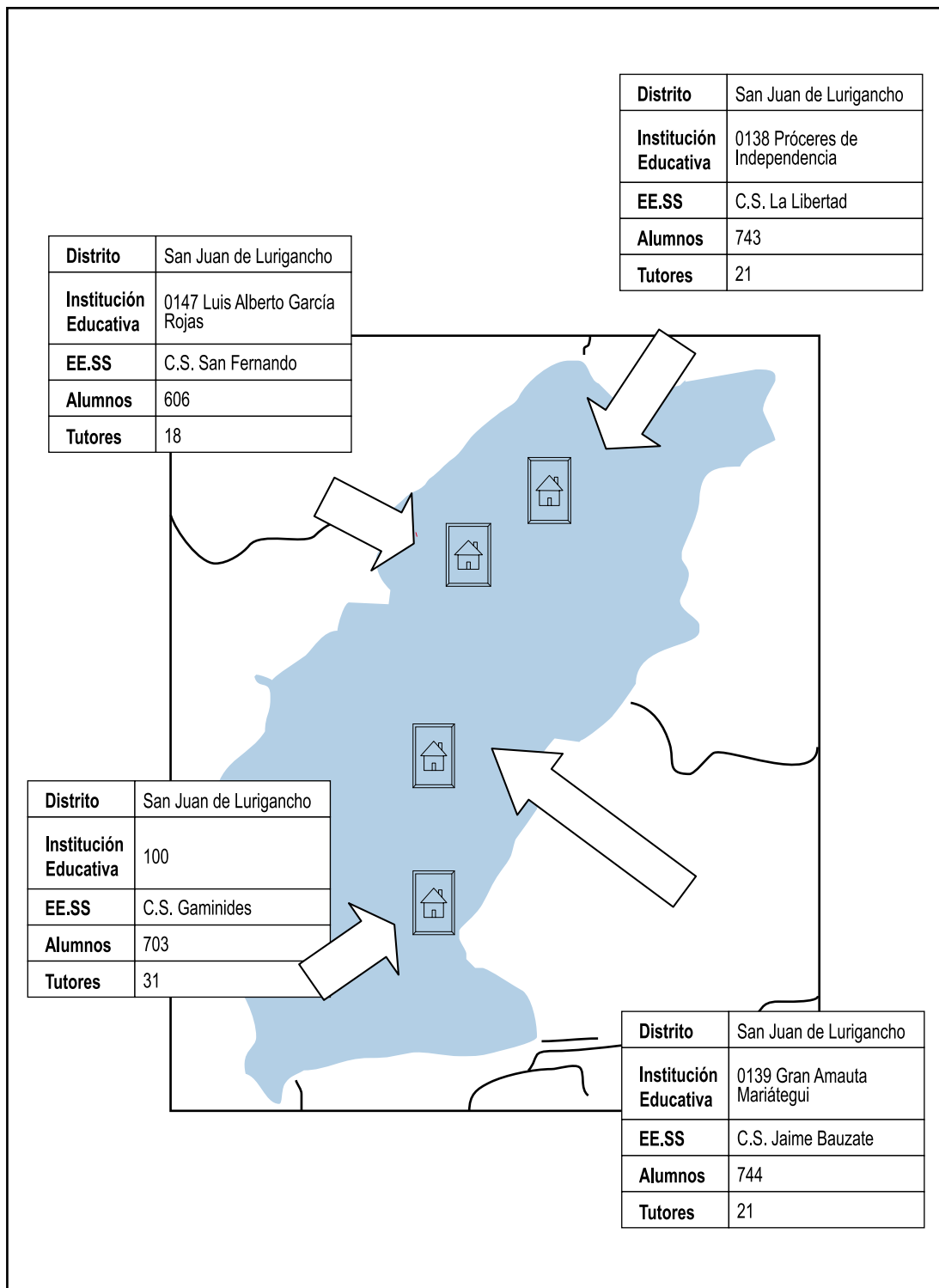


Fuente: Etapa de Vida Adolescente –MINSA

Gráfico 41: Establecimientos e instituciones de Lima Este beneficiarias del proyecto

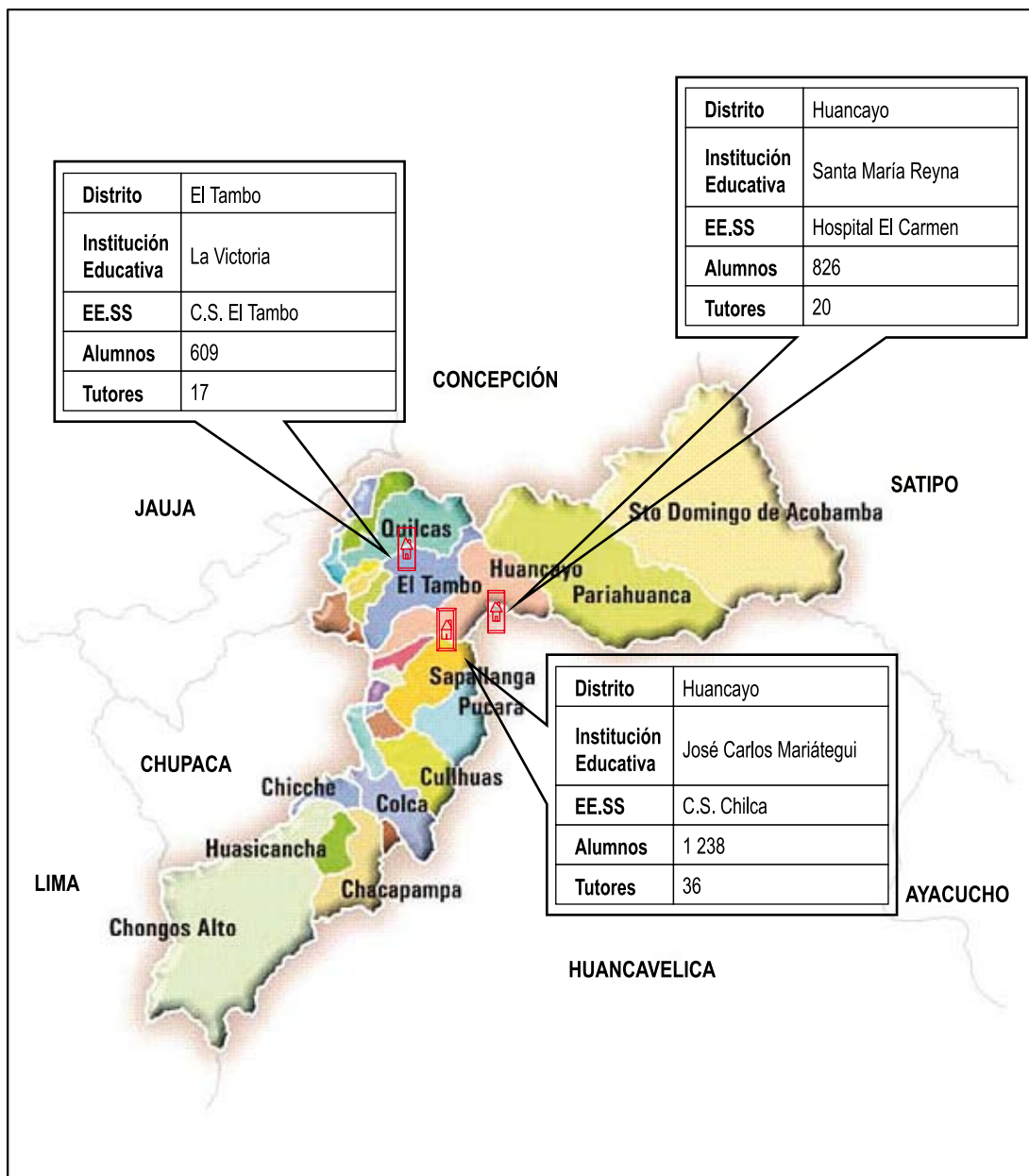


Fuente: Etapa de Vida Adolescente-MINSA



Fuente: Etapa de Vida Adolescente-MINSA

Gráfico 42: Establecimientos e instituciones de Junín beneficiarias del proyecto



Fuente: Etapa de Vida Adolescente - MINSA

El objetivo del proyecto fue lograr, fue lograr la existencia de un programa de educación sexual integral orientado al desarrollo de valores, actitudes y comportamientos saludables, que favorezcan el ejercicio de una sexualidad responsable que permita prevenir las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA en la población adolescente.

Para cumplir con este objetivo, se convocó y fortaleció al personal de salud de los establecimientos ubicados en el ámbito del proyecto y a los docentes que deberían responder a la demanda de salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes, generada en las instituciones educativas seleccionadas para la intervención del proyecto. Dicho proyecto logró beneficiar a 37,331 estudiantes.

A continuación se presentan algunas de las intervenciones sectoriales específicas del sector salud desde el MINSA:

12.1.1 Adolescentes afiliados a algún seguro

Cuadro 33: Condición de afiliación a algún seguro de salud en la población adolescente

Adolescentes c/s seguro	Adolescentes	%
Solamente está asegurado al SIS	1 517 817	26,72
Está asegurado en el SIS, ESSALUD y otro	319	0,01
Está asegurado en el SIS y ESSALUD	2 147	0,04
Está asegurado en el SIS y otro	2 610	0,05
Está asegurado en ESSALUD y otro	15 505	0,27
Sólo está asegurado en ESSALUD	737 279	12,98
Sólo está asegurado en otro	290 078	5,11
No tiene ningún seguro	3 114 015	54,83
Total	5 679 770	100,00

Fuente: CENSO 2007, INEI / Elaboración de la Etapa de Vida Adolescente-MINSA

Según resultados del CENSO 2007, el 54,83% de la población adolescente no cuenta con ningún seguro de salud.

La mayor parte de la población adolescente asegurada se encuentra afiliada al Seguro Integral de Salud (26,72%), seguido de los afiliados a EsSALUD (12,98%) y solamente un 5,11% de las y los adolescentes están afiliados a seguros privados.

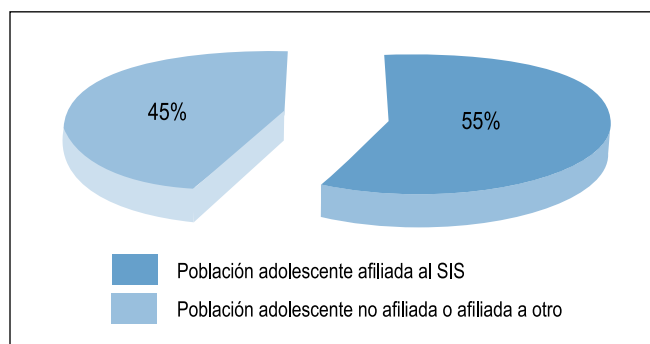
Gran parte de la población adolescente que cuenta con un seguro, cuenta con el Seguro Integral de Salud, existiendo un gran número de las y los adolescentes dependientes de sus regiones, siendo necesario condicionar los establecimientos con servicios diferenciados de acuerdo al nivel de atención, a fin de que puedan atender las necesidades de las y los adolescentes para promover su salud.

12.1.2 Adolescentes afiliados al Seguro Integral de Salud

El Ministerio de Salud, en su afán de velar por la salud de las personas ha considerado dentro de su grupo de beneficiarios al Seguro Integral de Salud a las y los adolescentes menores de 18 años.

De acuerdo a los resultados emitidos en el informe técnico de la ODSIS, hasta agosto del 2008, se ha cubierto al 45% de la población adolescente. Al compararlo con los resultados del CENSO 2007 realizado por el INEI, se concluye que la cobertura de adolescentes afiliados al SIS se ha incrementado para el 2008. Cabe resaltar que aún queda una brecha significativa por cubrir.

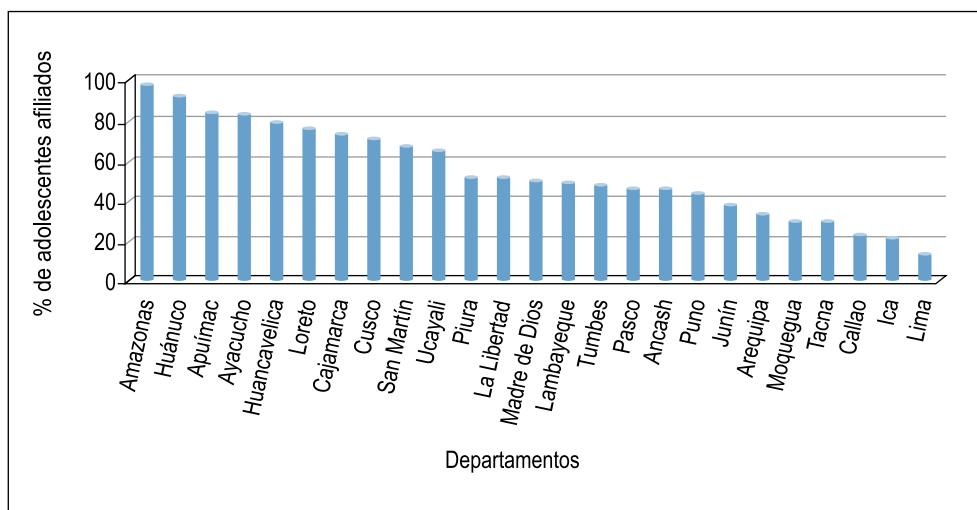
Gráfico 43: Porcentaje de la población adolescente afiliada al Seguro Integral de Salud



Fuente: Informe técnico 2008 de la ODSIS

12.1.3 Adolescentes afiliados al Seguro Integral de Salud según departamento

Gráfico 44: Porcentaje de las y los adolescentes afiliados por departamento en relación a su población total de adolescentes



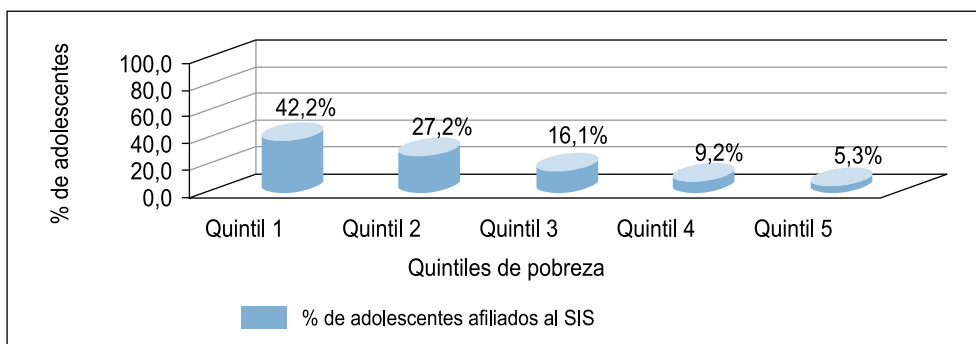
Fuente: Informe técnico de la Oficina central del SIS 2008/ Elaboración EVA-MINSA

Según el gráfico N° 44, la población adolescente menos afiliada al Seguro Integral de Salud, es la que reside en el departamento de Lima (12,82%), a pesar de ser el departamento más poblado por las y los adolescentes. El departamento con mayor cobertura de adolescentes afiliados al SIS, es el departamento de Amazonas (97,99%), probablemente debido a que su población es más pequeña y además cuenta con una mayor población en situación de pobreza extrema en comparación con otros departamentos menos pobres; no obstante es necesario resaltar

que Amazonas tiene más adolescentes afiliados que los departamentos en donde residen adolescentes mucho más pobres como Huncavelica, Ayacucho, Huánuco, Cajamarca, Apurímac, Pasco y Puno, según resultados del INEI- ENAHO 2007.

12.1.4 Adolescentes afiliados al Seguro Integral de Salud según quintil de pobreza

Gráfico 45: Adolescentes afiliados al SIS según quintil de pobreza

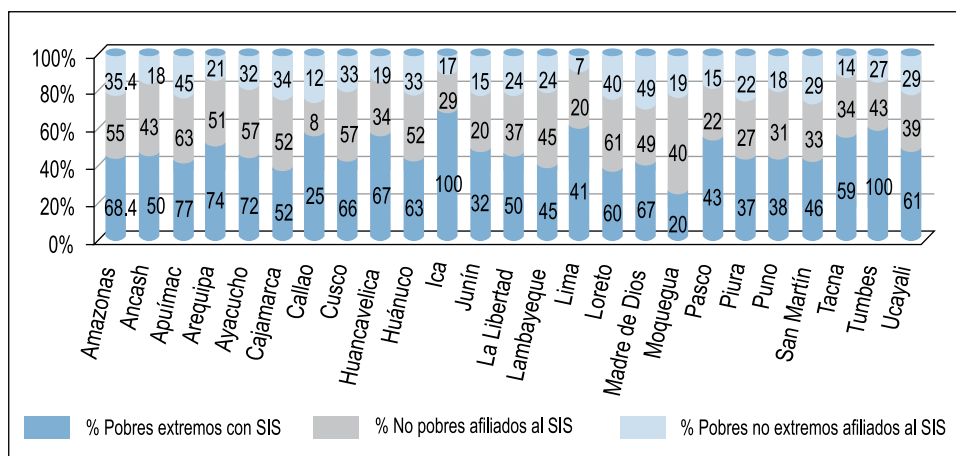


Fuente: Informe técnico de la oficina central del SIS 2008/ Elaboración EVA-MINSA

Del gráfico 45, se concluye que menos del 50% de la población adolescente más pobre (quintil de pobreza 1), está afiliada al SIS, existiendo aún una brecha significativa por cubrir. También se identifica que existe un 5,3% de población adolescente que no es pobre (Quintil 5), afiliada al SIS, incurriendo en el error de Tipo 2, entendiéndose como error Tipo 2 cuando se ha afiliado a población que no necesita del Seguro Integral tanto como sí lo necesitan las y los adolescentes del quintil de pobreza 1.

Este tipo de análisis nos demuestra que aún siguen existiendo fallas en el proceso de afiliación de la población adolescente, fallas que terminan excluyendo a la población que verdaderamente necesita el Seguro Integral de Salud, y se afilia a población adolescente que quizás no necesita el seguro y que tal vez muchos de ellos tengan otro seguro de salud.

Gráfico 46: Adolescentes afiliados al SIS según índice de pobreza



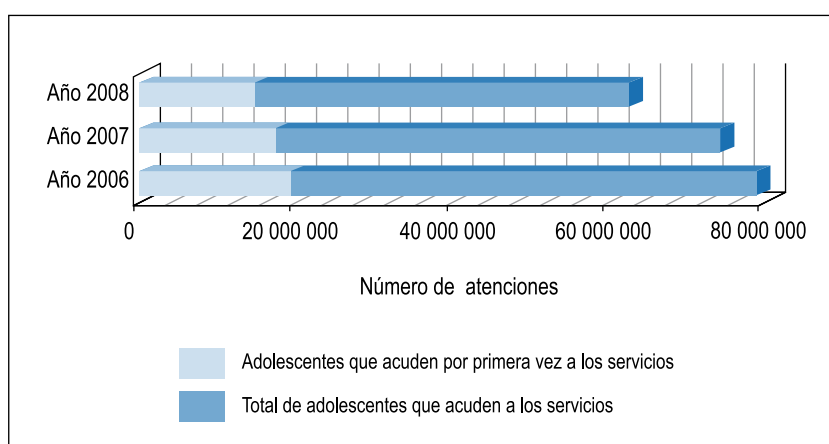
Fuente: INEI-ENAHO 2007/ Elaboración Etapa de Vida Adolescente -MINSA

En el gráfico 46, se identifica que los departamentos que tienen al 100% de sus adolescentes pobres extremos afiliados al SIS son Ica y Tumbes. Por otro lado los departamentos que tienen menos del 50% de sus adolescentes pobres extremos afiliados al SIS son: Callao (Provincia Constitucional), Junín (32%), Lambayeque (45%), Moquegua (20%), Pasco (43%), Piura (37%), Puno (38%), San Martín (46%).

Es relevante recalcar que los departamentos que han tenido mayor error Tipo 2, por afiliar al SIS a adolescentes que no son pobres son: Madre de Dios (49%), Apurímac (45%), Loreto (40%), Amazonas (35,4), Cusco y Huánuco (33% cada uno). Moquegua es el departamento que tiene menos población adolescente pobre extrema afiliada al SIS y, además, en el mismo porcentaje ha afiliado a adolescentes que no son pobres.

12.1.5 Demanda de las y los adolescentes a los servicios del MINSA

Gráfico 47: Demanda de las y los adolescentes a los servicios MINSA



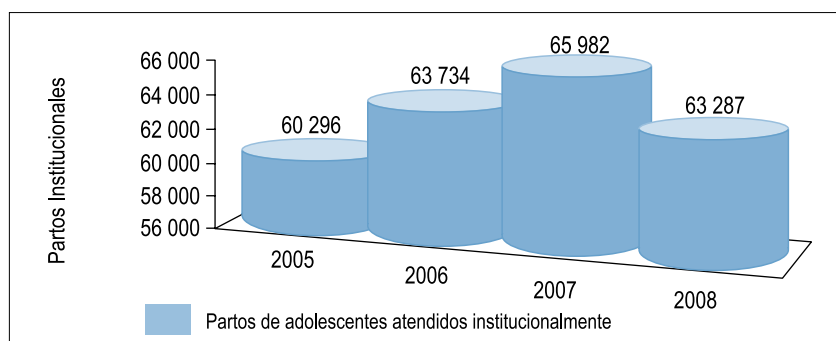
Fuente: Oficina General de Estadística e Informática –MINSA/ Elaboración EVA-MINSA

De acuerdo a los datos emitidos por la Oficina General de Estadística e Informática, desde el año 2006 al 2008 ha disminuido la demanda de las y los adolescentes a los servicios ofertados por el Ministerio de Salud, a pesar de que actualmente, según el perfil demográfico del país, la población adolescente ha aumentado y que además la cobertura de afiliación a este grupo poblacional es mayor que años anteriores.

Este descenso de la demanda de las y los adolescentes a los servicios del MINSA podría ser un indicador de que los servicios ofertados son considerados como ajenos para las y los adolescentes y/o que pueden estar existiendo otras barreras para el acceso a los mismos.

12.1.6 Partos de adolescentes atendidos institucionalmente

Gráfico 48: Partos de adolescentes atendidos institucionalmente



Fuente: Oficina General de Estadística e Informática –MINSA/Elaboración EVA

Según el gráfico 48, al igual que en los resultados de demanda de adolescentes a los servicios ofertados por el MINSA, la cobertura de partos institucionales de adolescentes ha disminuido, situación que puede estar asociada a la barrera de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva que implica la modificación del Código Penal. Dicha normatividad no sólo ha limitado el acceso de las y los adolescentes a los servicios de planificación familiar sino también a los servicios de salud reproductiva, debido a que muchos de los casos de las adolescentes que acuden a su control prenatal o parto, de *acuerdo a ley*, deben ser notificados a la fiscalía, porque dicho embarazo es considerado como *producto de una violación*.

Considerando que muchos de los embarazos adolescentes son producto de la relación entre adolescentes, el tener que notificar todos los casos de embarazos adolescentes, ocasiona el temor de esta población, por lo que muchas veces prefieren no asistir a los servicios brindados por el sector, situación que explicaría el descenso de la cobertura de parto institucional.

12.1.7 Número de servicios diferenciados para adolescentes a nivel nacional

Prevenir determinados hábitos no saludables y reforzar los estilos de vida saludables, ayudaría a evitar daños identificados en la adultez temprana, lo cual disminuiría gastos no solamente para el sector salud, sino para el país. Por lo tanto, es indispensable asegurar la salud promoviendo y/o reforzando los buenos hábitos que pueden ser identificados desde la oferta de los servicios de atención diferenciada en los diferentes espacios donde se encuentren las y los adolescentes.

La actual misión de acercar a las y los adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva con respeto no solamente a sus derechos reproductivos, sino también a sus derechos sexuales, es difícil debido a la contradictoria normatividad nacional; no obstante, la estrategia de ofertar una atención diferenciada que incluya no solamente servicios sino también el seguimiento de riesgos, puede ayudar en gran forma, siempre y cuando esta atención sea realizada en un ambiente diferenciado y por un factor humano con competencias específicas para brindar este tipo de atención.

Algunos de los establecimientos de salud del MINSA tienen un tipo de servicio diferenciado denominado "Centro de Desarrollo Juvenil" (CDJ), el cual representa un modelo innovador de servicio diferenciado que contribuye a mejorar su acceso a los servicios de salud integral, mediante una atención holística e integrada que responde a sus características y necesidades de desarrollo personal y atiende la demanda de este grupo etario por espacios propios, para el

ejercicio de la creatividad, la autonomía y para recibir atención clínica, consejería, información y orientación. Este enfoque busca, principalmente, promover y preservar la salud desde el fortalecimiento de habilidades para la vida como factores protectores y una temprana detección de situaciones de riesgo, para prevenir vulnerabilidades de salud más frecuentes, con énfasis en aquellas relacionadas con la salud sexual y reproductiva.

El modelo CDJ plantea cuatro áreas básicas de trabajo: consejería, talleres formativos, animación sociocultural, atención clínica. También se pueden contemplar otras áreas, según las necesidades y recursos locales. Actualmente se está implementando la articulación de este servicio diferenciado con los gobiernos locales a fin de lograr su sostenibilidad.

En nuestro país contamos todavía con muy pocos servicios que brindan atención diferenciada para adolescentes (13,2% del total de establecimientos a nivel nacional).

Según los datos de la Etapa de Vida Adolescente – MINSA, los departamentos que cuentan con mayor porcentaje de servicios diferenciados en relación al total de establecimientos según departamento son: Callao como provincia constitucional (89,5%), Tumbes (81,4%), Huánuco (49,2%), Tacna (29,2%) y Lima (27,4%).

Sin embargo si analizamos el porcentaje de servicios diferenciados en relación al total de servicios diferenciados para adolescentes a nivel nacional quienes ocupan los primeros lugares son: Lima (19,3%), Huánuco (12,5%), Cajamarca (8,2%) y Huancaavelica y Junín (6,7% cada uno). Cabe resaltar que la mayoría de los servicios son de horario diferenciado.

Cuadro 34: Distribución porcentual de los servicios diferenciados por departamento

Departamento	Total de Establecimientos	Total de servicios diferenciados	Servicios diferenciados en relación al total de establecimientos por departamento (%)	Servicios diferenciados según departamento al total de servicios diferenciados a nivel nacional (%)
Callao	57	51	89,5	5,2
Tumbes	43	35	81,4	3,6
Huánuco	248	122	49,2	12,5
Tacna	72	21	29,2	2,2
Lima	686	188	27,4	19,3
Ica	139	31	22,3	3,2
Moquegua	59	12	20,3	1,2
Huancavelica	327	65	19,9	6,7
Cusco	286	43	15,0	4,4
Junín	465	65	14,0	6,7
Arequipa	251	32	12,7	3,3
La Libertad	277	34	12,3	3,5
Lambayeque	172	20	11,6	2,0
Pasco	261	29	11,1	3,0
Cajamarca	724	80	11,0	8,2
Piura	386	41	10,6	4,2
Madre de Dios	110	11	10,0	1,1
Ucayali	192	18	9,4	1,8
Apurímac	299	20	6,7	2,0
San Martín	356	16	4,5	1,6
Ancash	398	16	4,0	1,6
Ayacucho	360	9	2,5	0,9
Amazonas	431	8	1,9	0,8
Loreto	346	5	1,4	0,5
Puno	443	4	0,9	0,4
Total	7388	976	13,2	100,0

Fuente: Etapa de Vida Adolescente-MINSA-2009

12.2 Respuesta desde el sector educación

En los últimos años el sector educativo ha unido esfuerzos con otros actores de cooperación internacional (UNFPA, ONUSIDA, GTZ, Fondo Mundial), así como con la participación de la sociedad civil para responder a las necesidades de los educandos en materia de salud sexual y reproductiva.

Al igual que en otros sectores, institucionalizar una política de salud sexual y reproductiva es muy controversial por tratarse de estudiantes niñas/os, adolescentes y jóvenes, pues al país le resulta difícil reconocerlas/os como sujetos de derecho en materia de sexualidad.

El lento avance de las políticas educativas en materia de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) ha estado signado por aspectos ideológicos y religiosos al interior del sector, convirtiéndose en barreras para la implementación de políticas e intervenciones a nivel local.

Desde el Ministerio de Educación han surgido respuestas como la emisión de la Resolución Ministerial N° 1073-2002-ED sobre el "Procedimiento de investigación y protección de maltratos físicos, psicológicos o de violencia sexual en agravio de educandos, cometidos por personal del sector educación" (2002). En esta Resolución Ministerial, el Ministerio de Educación asume la responsabilidad de la dación de normas nacionales que contribuyan a brindar a los educandos un servicio educativo de calidad en las mejores condiciones posibles. Resalta el establecimiento de disposiciones que coadyuven a la intervención oportuna de las autoridades educativas a nivel nacional, con el objetivo de prevenir y proteger a los estudiantes de actos de maltrato físico y/o psicológico, hostigamiento sexual y violación de la libertad sexual por parte del personal directivo, docente y administrativo de las instituciones educativas. Como medida normativa complementaria se dio otra Resolución Ministerial N° 0405-2007-ED, mediante la cual se aprueban los "Lineamientos de acción en caso de maltrato físico y/o psicológico, hostigamiento sexual y violación de la libertad sexual a estudiantes de instituciones educativas emitido en el año 2007".

Por otro lado, cabe resaltar que durante el gobierno de Alberto Fujimori existió el Programa Nacional de Educación Sexual, el cual durante el periodo 2001-2005, pasó a ser dirigido desde el Área de Prevención Psicopedagógica, bajo la responsabilidad de la Oficina de Tutoría y Prevención Integral – OTUPI, hoy denominada Dirección de Tutoría y Orientación del Educando (DITOE). Este programa recogía varios compromisos de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo y contenía un enfoque de habilidades para la vida; sin embargo hoy tiene un enfoque que incide en la abstinencia, la fidelidad, el retraso del inicio sexual, sin hacer referencia al uso del condón y otros métodos anticonceptivos³¹.

En el 2005, el Ministerio de Educación aprobó el Diseño Curricular Nacional-DCN y el Reglamento de Educación Básica Regular-EBR. El DCN de la EBR que incorpora la educación sexual, *como temas transversales en el currículo*: "Educación para el amor, la familia y la sexualidad; Educación para la equidad de género; Educación para la convivencia, paz y ciudadanía; Educación en y para los derechos humanos; Educación en valores y formación ética; Educación intercultural y Educación ambiental y también *Como contenidos básicos de las áreas curriculares*.

En el año 2008, durante la actual gestión del Presidente Alan García, se han dado avances más objetivos a través de la Dirección de Tutoría y Orientación Educativa. Se han trabajado documentos importantes que pasan a constituir parte de las políticas de salud sexual y reproductiva desde este sector. Se trata de la elaboración de los "Lineamientos Educativos y Orientaciones Pedagógicas para la Educación Sexual Integral" y de los "Lineamientos Educativos y Orientaciones Pedagógicas para la Prevención de las ITS VIH Y SIDA".

³¹ Artículo: El Perú a 10 años de la Conferencia de Población y Desarrollo. Situación y compromisos pendientes. Flora Tristán. En internet <http://www.flora.org.pe/cairo10.htm>. Fecha de visita: 7 de enero 2009.

Desde el Ministerio de Educación se afirma que los lineamientos educativos y orientaciones pedagógicas para la educación sexual integral en el sistema educativo se han elaborado con el objetivo de brindar una educación sexual integral de calidad científica, ética y con equidad, que contribuya a la formación personal y social de los estudiantes, mujeres y hombres sin exclusiones de ningún tipo. Se trata de favorecer el desarrollo de conocimientos, capacidades, actitudes y valores que promuevan su desarrollo sexual saludable, placentero y responsable.

En lo que respecta a los Lineamientos Educativos y Orientaciones Pedagógicas para la Prevención de las ITS VIH Y SIDA, éstos tienen como objetivo contribuir al proceso formativo de las y los estudiantes a través del desarrollo de aprendizajes significativos que les permitan asumir comportamientos saludables y responsables, orientados a prevenir el contagio de ITS, VIH y SIDA³².

A partir de estos lineamientos aprobados, se está elaborando el Plan Multisectorial de Educación Sexual, liderado por MINEDU. Este proceso cuenta con la cooperación técnica y financiera de GTZ.

12.3 Respuesta desde la sociedad civil

Desde la sociedad civil organizada, se viene realizando una serie de intervenciones a nivel local. Dichas intervenciones van desde abogar la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes a nivel de las autoridades, hasta las intervenciones locales mediante proyectos de intervención.

En la actualidad existen espacios de abogacía, incidencia y vigilancia por la Salud Sexual y Reproductiva, como la **Mesa de Vigilancia por los Derechos Sexuales y Reproductivos**, integrada por varias Organizaciones No Gubernamentales como; Movimiento Manuela Ramos, FOVIDA, PROMSEX, INPPARES; APROPO, CESIP y Pathfinder, que demandan la modificatoria del Código Penal que penaliza las relaciones sexuales entre y con adolescentes independientemente de si fue con o sin consentimiento.

13. CONCLUSIONES

- El Perú tiene una población significativa de adolescentes y jóvenes, lo cual garantiza que el país sea beneficiario de un bono demográfico que, de ser aprovechado, podría cambiar la situación del país.
- Del total de adolescentes que habitan el país, la mayor parte se encuentra en los departamentos de la costa y en el área urbana, sobre todo en Lima, siendo necesario priorizar las intervenciones en la población adolescente de estos departamentos por su impacto cuantitativo.
- Los departamentos que tienen mayor concentración de adolescentes en relación a su población departamental son los siguientes: Apurímac, Huánuco, Huancavelica, Ucayali y Loreto, razón por la cual dichos departamentos deberán priorizar intervenciones en su población adolescente y joven desde sus gobiernos regionales.
- Del total de adolescentes, el mayor porcentaje tiene edades comprendidas entre los 10 y los 14 años, lo cual significa que en ellos se puede reforzar al máximo sus potencialidades, dado que se puede intervenir desde el inicio de la adolescencia. No obstante, en los departamentos de Arequipa, Tacna y Lima la situación es diferente, ya que el mayor porcentaje de sus

³² Lineamientos Educativos y Orientaciones Pedagógicas para la Educación Sexual Integral. Manual para profesores y tutores de la Educación Básica Regular. Ministerio de Educación – Dirección de Tutoría y Orientación Educativa-Octubre 2008.

adolescentes tiene edades comprendidas entre los 15 y los 19 años, situación que hace que estos departamentos sean los primeros en recibir los efectos del bono demográfico; por tanto, dicha situación debe ser tomada en cuenta para definir el tipo de intervenciones a ejecutar en base a los grupos de edades y demás necesidades.

- La distribución de la población según género y por grupos de edades, nos demuestra que la existencia de una mayor población femenina en comparación con la población masculina recién se empieza a evidenciar al iniciar la juventud temprana, debido a que los adolescentes del sexo masculino son quienes más emigran del país en comparación con el nivel de emigración de las adolescentes del sexo femenino, situación que determina el mayor grado de vulnerabilidad e intolerancia de los adolescentes a la falta de oportunidades en el país.
- Existe una gran población de adolescentes que reside en viviendas que no cuentan con abastecimiento de agua potable, lo que los predispone a ser portadores de cualquier enfermedad infecciosa o de parasitosis.
- Del total de adolescentes se ha identificado que con relación a la determinante social de educación, los menos favorecidos son los que viven en el área rural; por otro lado, el nivel educativo de las y los adolescentes según género nos demuestra que la inequidad de género para acceder a la educación no es un problema en la población adolescente; sin embargo, en el área rural aún se puede estar evidenciando esta inequidad por patrones culturales condicionados por el medio en el que se desarrollan.
- Es relevante tener en cuenta que la quinta parte de población adolescente no acude a institución educativa alguna, incluyendo en este grupo tanto a los que nunca acudieron como a los que desertaron del sistema educativo. El principal motivo de deserción escolar es el problema económico que los obliga a trabajar; además, otro de los principales motivos de deserción es el embarazo adolescente y considerando que muchas de las relaciones son entre adolescentes, se explica la deserción escolar en ambos sexos lo que hace evidente la desprotección en la que se encuentran.
- Las tasas de analfabetismo son mayores en los departamentos de Amazonas, Loreto, Huánuco y Cajamarca, departamentos que pertenecen a las regiones de la selva y sierra, las que presentan mayor porcentaje de desempleo en adolescentes y jóvenes.
- Del total de adolescentes, el 14% son parte de la población económicamente activa (PEA), representando el 7,8% del total de la PEA. La mayor parte de esta población realiza servicios no calificados. Además del total de adolescentes que trabajan, quienes conforman el mayor porcentaje de la PEA en el área urbana son las de sexo femenino, lo que significa que ellas tienen mayor oportunidad de conseguir un trabajo en el área urbana.
- Si bien es cierto legalmente en el Perú la edad mínima para trabajar es de 14 años, la realidad es otra debido a la condición de pobreza y pobreza extrema en la que se encuentra gran parte de las y los adolescentes. Muchos de ellos comienzan a trabajar desde el inicio de la adolescencia (10 años), incluso algunos desde la infancia.
- De los adolescentes que no están acudiendo a alguna institución educativa y a la vez no trabajan (11,2%), el 62% se encuentra solamente cuidando su hogar, situación que los hace más vulnerables por la falta de factores protectores en su entorno.
- Todos los determinantes antes mencionados, influyen de manera trascendental en la salud de las y los adolescentes. Muchos de estos determinantes no se encuentran en condiciones de garantizar la salud de este grupo etario; por tanto, los estilos de vida adoptados no son los mejores siendo el consumo de alcohol y drogas la conducta adoptada más frecuentemente por las y los adolescentes, sobre todo por los adolescentes que no cuentan con un sólido factor protector como deberían ser las familias, en especial los padres.

- Según el Instituto de Estadística e Informática, los departamentos en donde reside la mayor cantidad de adolescentes pobres son Huancaavelica, Puno, Huánuco, Cajamarca, Apurímac, Ayacucho, Pasco y Loreto, coincidiendo con los departamentos clasificados como los de menor índice de desarrollo según el UNICEF. Son éstos los departamentos donde se deben enfatizar las intervenciones intersectoriales.
- La prevalencia del consumo de drogas ilegales es mayor en la población adolescente en comparación a otros grupos. La droga ilegal más consumida por las y los adolescentes es la marihuana, razón por la cual se hace necesario orientar las intervenciones de prevención hacia este tipo de droga en especial.
- No existen estudios nacionales de agresión física a adolescentes según sexo, solamente se cuenta con datos del tipo de agresor a adolescentes del sexo femenino, de los cuales se identifica que los principales agresores son los padres y demás miembros de la familia. Esta situación es un indicador de lo mucho que hay que trabajar con las familias.
- La población adolescente más vulnerable es la que se encuentra privada de su libertad. Los casos de adolescentes privados de su libertad han aumentado, lo que podría ser un indicador de la magnitud de violencia identificada en este grupo poblacional, considerando que el principal motivo por el que esta población se encuentra detenida es por robo agravado.
- El segundo motivo principal por el que los adolescentes se encuentran privados de su libertad es la violación, situación que amerita un estudio para determinar si estos casos son consecuencia de la modificación del artículo 173 del Código Penal o por aumento de la violencia entre adolescentes. Cabe resaltar que la violencia sexual muchas veces es ejercida por personas que también fueron víctimas de abuso sexual.
- La salud mental es el eje fundamental para garantizar el óptimo desarrollo de las y los adolescentes; sin embargo se identifica que es el eje temático menos estudiado o menos priorizado.
- Al analizar los factores que son condicionantes de mucho estrés en las y los adolescentes se identifica que la delincuencia es uno de ellos tanto para las y los adolescentes de la sierra como de la selva, razón que amerita intervenciones intersectoriales con las autoridades de cada región. Por otro lado, la salud también es percibida como un factor que ocasiona mucho estrés en los adolescentes de la costa, sierra y selva, no obstante esta situación es incongruente con la demanda de éstos a los servicios de salud, siendo un indicador de las múltiples barreras de acceso a los servicios de salud para las y los adolescentes.
- Se identifica un alto porcentaje de intento de suicidio en población adolescente de la costa (3,6%) en comparación con el porcentaje de intentos de suicidio de las y los adolescentes de la sierra (2,9%) y selva (1,7%). El principal motivo es el problema con los padres, identificando nuevamente que la familia, si bien es cierto es un factor protector, también puede ser un riesgo para la salud de las y los adolescentes.
- Es necesario realizar intervenciones para mejorar la salud mental de las y los adolescentes, sobre todo de los que residen en grandes ciudades de la costa como por ejemplo Lima. Es necesario recalcar que Lima es el departamento que cuenta con la mayor población adolescente a nivel nacional.
- Si bien es cierto en los análisis de las determinantes sociales e índice de desarrollo de la población adolescente se identifican determinados departamentos como prioritarios para ser intervenidos, también se puede concluir que es relevante realizar intervenciones según las necesidades de las y los adolescentes de cada región y según el impacto cuantitativo que represente la población adolescente de un departamento.
- Los departamentos que presentan una alta prevalencia de anemia son los mismos que tienen menor índice de desarrollo humano, siendo necesario focalizarlos para intervenciones


de administración de suplementos vitamínicos como hierro y empezar actividades de prevención y promoción junto con otros sectores, de manera que se pueda garantizar la mejoría de esta situación.

- El principal problema nutricional presentado por las y los adolescentes a nivel nacional, es el sobrepeso, situación que según algunos estudios se presenta con mayor frecuencia en la población pobre debido al mayor consumo de alimentos baratos que tienen un alto contenido de carbohidratos. En las ciudades de la costa abundan los centros comerciales que ofertan este tipo de alimento, por lo que se explica el porqué los departamentos que tienen mayor prevalencia de sobrepeso son en su mayoría los de la costa.
- La salud sexual y reproductiva es el nudo crítico en la salud de las y los adolescentes, debido a que las relaciones sexuales se inician durante esta etapa.
- Las ENDES, no recogen datos sobre la salud sexual y reproductiva de la población adolescente según género, a pesar de que según los resultados del presente análisis, la población adolescente de ambos sexos es vulnerable en este tema.
- La edad de inicio de las relaciones sexuales es más temprana en las adolescentes que no cuentan con el factor protector de la educación, en las que son más pobres, en las que residen en el área rural y, sobre todo, en las adolescentes de la selva. Estos resultados son compatibles con la alta prevalencia de maternidad adolescente en los departamentos de la selva y el mayor número de casos de abortos registrados también en los departamentos de la selva. Situación que amerita que las intervenciones priorizadas en estos lugares sean con énfasis en la salud sexual y reproductiva.
- Las adolescentes más expuestas a tener un embarazo no planificado o a portar una ITS o VIH/SIDA, son las que se encuentran unidas a sus parejas, debido a que son las que menos usan métodos anticonceptivos y menos aún el preservativo.
- Las usuarias más insatisfechas con los servicios de planificación familiar son las usuarias adolescentes unidas a su pareja, faltando conocer la necesidad insatisfecha de las adolescentes sexualmente activas que no están unidas a su pareja.
- Los conocimientos sobre el VIH/SIDA, en la población adolescente son insuficientes para garantizar la prevención de las ITS, sobre todo en las adolescentes del sexo femenino que son quienes menos conocen sobre las ITS/ VIH –SIDA, en comparación con el nivel de conocimiento de los adolescentes del sexo masculino.
- La mortalidad materna adolescente ha aumentado, razón que indica que muchas de las intervenciones realizadas no han sido eficaces para las adolescentes; por tanto es indispensable ejecutar intervenciones estratégicas en materia de salud sexual y reproductiva, con un enfoque específico por etapa de vida.
- Las cifras de los casos registrados de VIH y SIDA en adolescentes y jóvenes, son cada vez mayores y es importante considerar que dichas cifras no se aproximan a la cifra real, debido a que muchos de los casos diagnosticados en esta población, que en su mayoría no acuden a los servicios de salud, pueden haber sido diagnosticados en una consulta realizada por otro motivo. Además, es necesario recalcar que las pruebas de diagnóstico y/o tratamiento de las ITS/ VIH/ SIDA solamente pueden ser realizadas con autorización de los padres y/o apoderado en el caso de las y los adolescentes; situación que implícitamente significa otra barrera de acceso para el diagnóstico oportuno.
- Las adolescentes del sexo femenino presentan mayor morbilidad, lo que está asociado a que son ellas quienes más acuden a los servicios de salud. Es necesario empezar a trabajar con la población adolescente y joven a fin de lograr que los adolescentes del sexo masculino acudan también a los servicios de salud.

- Existe una gran población adolescente en cuyo hogar algún miembro de su familia presenta algún tipo de discapacidad (11%), siendo la principal el problema visual, situación que les imposibilita desarrollar al máximo su potencialidad sobre todo en el caso de que el miembro que presenta la discapacidad sea un estudiante.
- Las principales causas de mortalidad adolescente repercuten en mayor magnitud en los adolescentes del sexo masculino, siendo las principales causas de muerte los accidentes de tránsito, seguido de las enfermedades cerebro vasculares. La tuberculosis figura como una de las principales causas de mortalidad, sin embargo no figura entre las primeras causas de morbilidad. Es necesario realizar estudios que profundicen esta situación porque puede explicarse por varios factores como la llegada tardía a los servicios de salud, aumento de casos de TBC resistente en esta población, entre otros factores.
- Las respuestas sociales ante la problemática de las y los adolescentes en su mayoría son sectoriales y muy pocas veces intersectoriales, razón que explica la poca sostenibilidad de muchas de las intervenciones.
- Desde el sector salud se han realizado muchas intervenciones, sobre todo desde el nivel rector. Se han elaborado múltiples documentos técnicos normativos que direccionan las intervenciones con una mirada intersectorial y de atención integral. No obstante, el nudo crítico se encuentra en el proceso de implementación en las regiones.
- La prestación de servicios de salud es la principal respuesta desde el sector salud. Para llegar a cubrir las necesidades de salud de la población, el Ministerio de Salud, ha lanzado la ley de aseguramiento universal, ley cuyo proceso de implementación se encuentra en la fase inicial.
- La cobertura de adolescentes afiliados al Seguro Integral de Salud ha aumentado, no obstante, la demanda de las y los adolescentes a los servicios del MINSA, ha disminuido. Es necesario reevaluar la oferta de los servicios de salud para responder a las necesidades de esta población.
- Existen errores en el proceso de afiliación de adolescentes al Seguro Integral de Salud, existiendo mayor error tipo I y II. Se entiende por error Tipo I cuando se deja de afiliar a los adolescentes más pobres y error Tipo II cuando se afilia a la población adolescente menos pobre. Los departamentos que presentan mayor error en el proceso de afiliación son Madre de Dios, Apurímac, Loreto, Amazonas, Cusco y Huánuco. Moquegua es el departamento que tiene menos población adolescente en situación de pobreza extrema afiliada al SIS y además en el mismo porcentaje ha afiliado a adolescentes que no son pobres.
- Una de las estrategias del sector salud para atender las necesidades de esta población, es la implementación de servicios diferenciados. No obstante, solamente el 13% de los establecimientos del MINSA, cuenta con servicios diferenciados para adolescentes, siendo los departamentos con mayor número de servicios diferenciados en relación al total de sus establecimientos Callao, Tumbes, Huánuco, Tacna y Lima. Es relevante recalcar que los departamentos con peores indicadores de salud o con menor índice de desarrollo son los que menos cuentan con servicios diferenciados para adolescentes: Puno, Loreto y Amazonas.
- La respuesta del sector educación con respecto a la situación de salud de las y los adolescentes ha tenido ciertos avances aunque a paso lento, sin embargo se viene intentando realizar acciones intersectoriales.
- La sociedad civil ha realizado incidencia por la salud de las y los adolescentes sobre todo en temas de salud sexual y reproductiva, ejecutando intervenciones locales y abogando ante las diferentes autoridades en defensa de los derechos de las y los adolescentes.

14. ¿DÓNDE PONER LOS ESFUERZOS?

- Es necesario orientar los esfuerzos a mejorar los sistemas de recopilación de información, coordinando con el INEI, para que en la realización del CENSO o ENDES, se puedan obtener datos de adolescentes con un enfoque de género que permita un análisis más objetivo, de tal manera que sirva como fuente para mejorar las intervenciones desde los diferentes sectores.
- Existe la necesidad de coordinar con los diferentes sectores la posibilidad de organizar un sistema de información intersectorial, de manera que sea útil para realizar intervenciones intersectoriales, sobre todo con el Ministerio de Educación y con el Ministerio de Justicia que brinda asistencia a los adolescentes privados de su libertad.
- Es necesario que el ente rector del sector salud (MINSA), fortalezca las actividades de asesoría técnica a las diferentes Direcciones Regionales de Salud en los siguientes temas: análisis de situación y sistematización de información, de manera que les permita identificar las principales necesidades de salud de su población.
- Se deben realizar estudios de investigación en temas en los que no se tiene datos y que son necesarios para poder intervenir en la población adolescente más vulnerable como son los adolescentes que residen en las calles, adolescentes víctimas de abuso sexual, adolescentes que sufren de explotación laboral.
- Se considera conveniente revisar y reestructurar algunos de los indicadores de evaluación de la Etapa de Vida Adolescente y de algunas de las Estrategias Sanitarias Nacionales del MINSA, de manera que no solamente evalúen los servicios que brindan sino también la situación de salud en los diferentes departamentos del país.
- Es necesaria la coordinación constante entre la Etapa de Vida Adolescente y las diferentes Estrategias Sanitarias Nacionales del MINSA, para poder contar con datos específicos de adolescentes, como por ejemplo, adolescentes infectados de VIH según vía de transmisión, adolescentes usuarios de métodos anticonceptivos, adolescentes con diagnóstico de depresión, trimestre de gestación en el que acuden las adolescentes para el primer control prenatal, entre otros datos importantes.
- Es necesario que la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, proponga la recolección de datos de planificación familiar con un enfoque de género.
- Se considera importante que los tipos de intervenciones desde las diferentes Estrategias Sanitarias Nacionales del MINSA, estén orientadas a actuaciones específicas para cada etapa de vida y no de manera general.
- Si bien es cierto todas las intervenciones en salud deben cruzar todos los ejes temáticos, las intervenciones priorizadas deben ser de acuerdo a las necesidades de cada departamento; por ejemplo, las intervenciones para mejorar la salud sexual y reproductiva se deben priorizar en los departamentos de la selva; las intervenciones para mejorar la salud mental, sobre todo los casos de depresión e intento de suicidio por problemas familiares deben ser priorizadas en los departamentos de la costa. Asimismo, las intervenciones de habilidades para la vida deben priorizarse en los departamentos cuya mayor población adolescente tiene edades comprendidas entre los 15 y los 19 años y están a punto de formar parte de la población joven.
- Es necesario realizar estudios sobre los casos de muerte de adolescentes por tuberculosis, para identificar si la población adolescente está siendo atendida oportunamente o si es necesario mejorar el sistema de vigilancia y seguimiento de casos diagnosticados a nivel nacional, regional y local.

- 
- Es necesario implementar más servicios diferenciados que cuenten con el recurso humano lo suficientemente capacitado para atender las necesidades de las y los adolescentes. Además es indispensable que este recurso humano disponga del tiempo necesario para cumplir con las actividades de prevención y de promoción.
 - La implementación de servicios diferenciados debe ser priorizada en los departamentos con menor índice de desarrollo en adolescentes y en los departamentos con mayor población adolescente.
 - Es necesario que al elaborar los planes de intervención en la salud de las y los adolescentes, se cuente con la participación de los diferentes sectores y actores involucrados, siendo necesario también contar con la participación de adolescentes para garantizar la eficacia de los mismos.
 - Una manera de lograr que las y los adolescentes puedan contar con una atención que respete su cultura, es formando redes con las distintas universidades del país, para que dentro de su currícula se pueda incluir un curso de quechua, el cual es relevante considerando que la mayoría de profesionales de salud que egresan, deben brindar el Servicio Rural – Urbano marginal a la población que reside en los lugares ubicados en las zonas más lejanas y dispersas del país y que en muchos casos no hablan castellano.
 - Es necesario que desde el Ministerio de Salud se presente una propuesta que abogue por la modificatoria del marco normativo del Código Penal que implícitamente limita el acceso de las y los adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva.

15. BIBLIOGRAFÍA

1. United Nations Population Fund (UNFPA), Key Future Actions. Report of the Round Table on Adolescent Sexual and Reproductive Health celebrate en New York, April 14-17, 1998, pág. 2.
2. CELADE - Boletín Demográfico, América Latina: Proyecciones de Población Urbana y Rural 1970-2025.Lima- Perú.
3. Camacho V. Perfil de salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes y jóvenes de América Latina y El Caribe: revisión bibliográfica, 1988-1998. Washington D.C: OPS/OMS, 2000.
4. Boyd A et al. The World's Youth 2000 Data Sheet. Washington, DC: Population Reference Bureau, 2000.
5. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas, 1998-2001. Washington, D.C.: OPS/OMS, 1998.
6. Comisión Económica para América Latina y El Caribe. Panorama Social de América Latina 1999-2000. Nueva York: Naciones Unidas, 2000.
7. Matilde Maddaleno, MD, MPH, Salud Sexual y Desarrollo de Adolescentes y jóvenes en Las Américas; Implicancias en programas y políticas. Washington, D.C.: OPS/OMS. 2003.
8. INEI, Perú; Estadísticas de migración Internacional de peruanos ,1990-2007. Segunda Edición. Febrero 2008.Perú.
9. CEPAL. Patricia Cortés Castellanos. Mujeres migrantes de América Latina y El Caribe: Derechos humanos, mitos y duras realidades. Santiago de Chile. 2005.
10. SECRETARIAT Commission on Social Determinants of Health, Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Draft discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. Washington, D.C.: May 5, 2005.
11. INEI. Informe Técnico: La pobreza en el Perú en el año 2007, pág. 11. Lima, Perú, 2007.
12. UNICEF. Estado de la niñez en el Perú. Primera Edición. pág. 22. Lima, Abril 2008.
13. Bloom, David E., y David Canning. Global Demographic Change: Dimensions and Economic Significance. Washington DC. 2004.
14. Peláez MJ. Conductas de riesgo y sus consecuencias durante la adolescencia. En: Ginecología Pediátrica y de la Adolescente. Temas para el médico de familia, Capítulo XVI, La Habana; 2007.
15. Paz MA, Rueda NE, Peña GR. Déficit del autoestima evacuación, tratamiento y prevención en la infancia y la adolescencia. 3ª ed. Pirámide edit. Madrid 2002: 74-79
16. Mercado PR, Ramírez SM, Cortes PM. Misterios de salud, estudios Ancora. 4ª ed. Manual Educativo Edit. México 1991: 40.
17. Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Sierra Peruana 2003. Informe General. Anales de Salud Mental Vol. XIX. Año 2003, Número 1 y 2. Lima.
18. Instituto Especializado de Salud Mental. Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Selva Peruana 2004. Informe General. Anales de Salud Mental Vol. XXI. Año 2005, Número 1 y 2. Lima.
19. Instituto Especializado de Salud Mental. Estudio Epidemiológico en Salud Mental en Lima Metropolitana 2002. Informe General. Anales de Salud Mental Vol. XVIII. Año 2002, Número 1 y 2. Lima.

20. Linares LD. El auto-concepto y las propiedades personales del valor. Revista Publicaciones de la Universidad de Murcia 2001; pág.; 189-200. México.
21. Organización Panamericana de la Salud. Lundgren R. Protocolos de Investigación para el Estudio de la Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes y Jóvenes Varones en América Latina. Washington, DC.2000.
22. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Unidad de Investigación de ETS/ SIDA. Diagnóstico en adolescentes en el PERÚ. 2005, pág. 31. Lima.
23. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Maternidad Adolescente en América Latina y El Caribe. Desafíos Nº 4.Chile. 2007.
24. Organización de Naciones Unidas (ONU). Morlachetti A. Políticas de salud sexual y reproductiva dirigida a adolescentes y jóvenes: un enfoque fundado en los derechos humanos. En: CEPAL-CELADE. Notas de Población. Año XXXIV Nº 85. Santiago de Chile; 2007.
25. Holmes K, Levine R, Weaver M. NIAID Workshop Summary: Scientific evidence on condom effectiveness for STD prevention 2001. Bull of the World Health Organization 2004; 82:454-61. Stockholm, Sweden.
26. El aborto clandestino, Delicia Ferrand. Lima- Perú. 2004.
27. Canadian Medical Association or its licensors. Clandestine induced abortion: prevalence, incidence and risk factors among women in a Latin American country. Lima, febrero, 2009.
28. Ministerio de Salud del Perú, Oficina General de Epidemiología. Situación del VIH SIDA en el Perú. En: Boletín epidemiológico mensual. Lima, 2008.
29. Dirección General de Epidemiología. Análisis de la Situación epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú: Bases epidemiológicas para la prevención y control. Cap. 5, pg. 77. Lima, 2006.
30. Cárcamo C, Hughes J, García P, Campos P, Garnett G, White P, et al. Sexually transmitted disease (STD). Prevalences from the 2002 National Household-Based General Population Survey of young urban adults in Peru. In: 15th ISSTD Congress. Ottawa-Canadá: International Society of Sexually Transmitted Diseases Research; 2003. Abstract 0589.
31. UNFPA. State of World Population 2004: The Cairo consensus at ten - population, reproductive health and the global effort to end poverty. New York, 2004.
32. Artículo: El Perú a 10 años de la Conferencia de Población y Desarrollo. Situación y compromisos pendientes. Flora Tristán. Lima- Perú. En internet <http://www.flora.org.pe/cairo10.htm>. Fecha de visita 7 de enero 2009.
33. Lineamientos Educativos y Orientaciones Pedagógicas para la Educación Sexual Integral. Manual para profesores y tutores de la Educación Básica Regular. Ministerio de Educación – Dirección de Tutoría y Orientación Educativa. Lima, octubre 2008.
34. Cecilia Breinbauer, Matilde Maddaleno. Jóvenes: Opciones y cambios. Washington, D.C.: OPS/OMS. 2008.
35. Marcela Huaita, Catalina Hidalgo, Alicia Quintana. Balance Político Normativo sobre el acceso de las y los adolescentes a los servicios de salud sexual, salud reproductiva y prevención del VIH-SIDA. Ministerio de Salud del Perú, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Lima, 2009.

**Documento Técnico: Análisis de Situación de Salud de las
y los Adolescentes. Ubicándolos y Ubicándonos, 2009**

Se terminó de imprimir en setiembre de 2009
en los talleres gráficos de SINCO editores
Jr. Huaraz 449 - Breña • Teléfono 433-5974
• sincoeditores@yahoo.com

www.minsa.gob.pe

