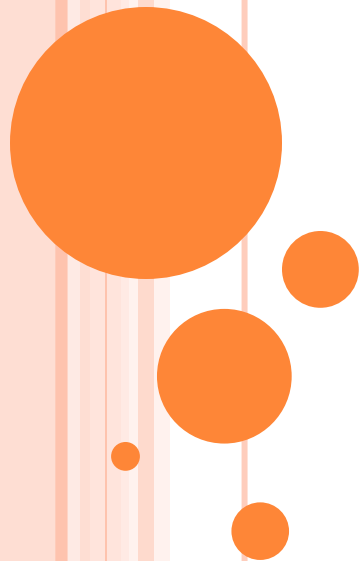


**X CONGRESO INTERNACIONAL SALUD  
Y DESARROLLO DE ADOLESCENTES Y  
JÓVENES Construyendo juntos más  
oportunidades**

**MORTALIDAD MATERNA EN ADOLESCENTES**

**Dra. Gracia Subiria colaboración  
Dra. Raquel Hurtado**



# PLAN DE LA PRESENTACIÓN

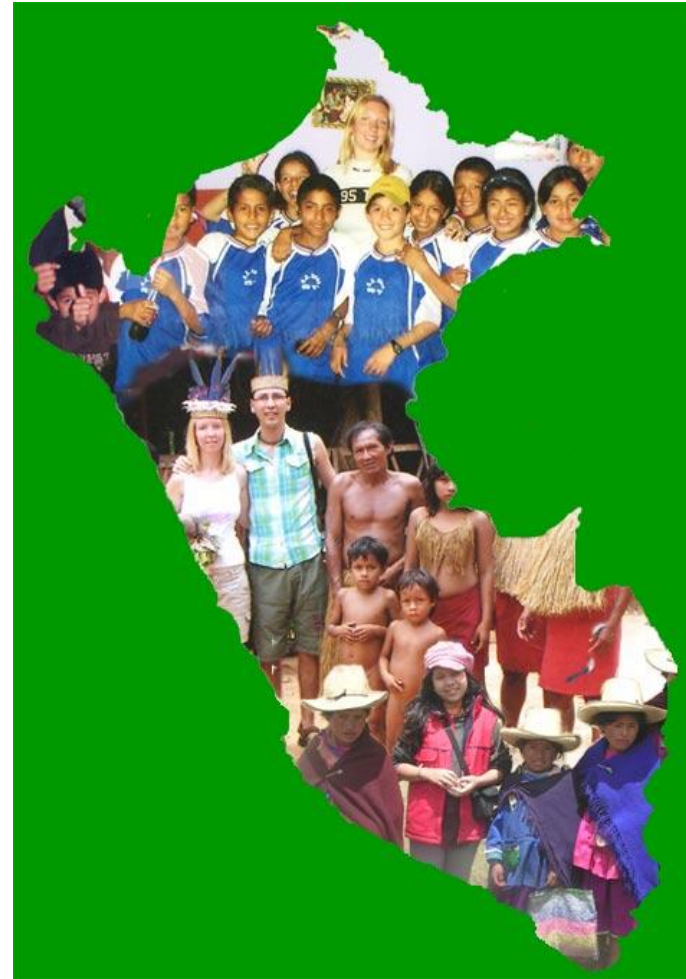
- 1. Situación, tendencias e implicancias de la Mortalidad Materna y embarazo adolescente**
- 2. Perfil de la MM adolescente**
- 3. ¿Qué ha funcionado en prevención del embarazo adolescente?**
- 4. Conclusiones y recomendaciones**



# **EL EMBARAZO ADOLESCENTE EN EL PERÚ**

# Población Adolescente

- En el 2012, el 19.3% de la población total son adolescentes, 5'817,644.
- La mayor proporción de población adolescente vive en zona Urbana 65 % y el 35% en zona Rural



# SITUACIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

## 1. Situación:

- prevalencias nacionales en última década prácticamente estables,
- tasas más altas en algunas etnias, por ruralidad, pobreza y menor educación;
- más del 50% no planificados;

## 2. Tendencias:

- Aumento en áreas urbanas, leve descenso en áreas rurales; y en la sierra
- Prevalencia mas alta en la selva, pero incremento en la costa norte (Tumbes, Lambayeque La libertad)
- Leve incremento en adolescentes educadas.

## ADOLESCENTES (15 – 19) QUE SON MADRES O ESTÁN EMBARAZADAS POR PRIMERA VEZ (%)

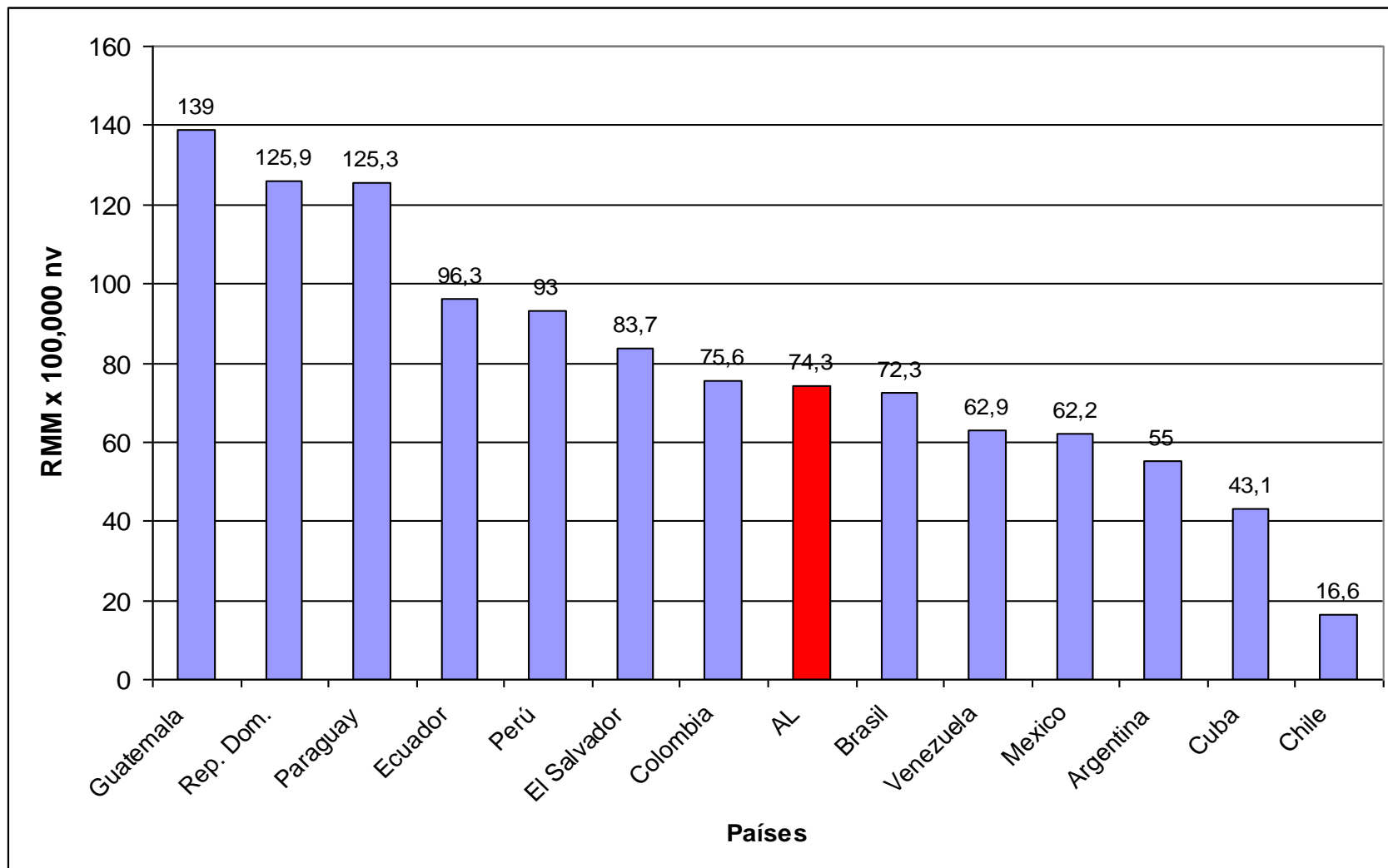
	1991/92	1996	2000	2004-06	2012
Total nacional	11,4	13,4	13,0	12,2	13,2
Urbano	8,0	9,3	9,2	8,4	10,2
Rural	24,7	25,5	21,7	21,1	21,5
Lima Metropolitana	4,4	7,5	8,1	7,4	7,7
Resto Costa	10,8	11,6	9,3	9,7	13,3
Sierra	14,2	14,5	15,5	12,2	12,4
Selva	26,7	31,1	25,7	29,4	27,5
Sin educación/primaria	38,6/27,6	55,5/30,6	36,9/26,4	--/33,2	56,7/34,9
Con educación superior	2,7	2,6	4,1	3,4	4,5
Según quintiles (q1/q5)	---/---	---/---	---/---	32,2/2,4	26,1/2,6

Fuentes: INEI. ENDES 1991/92, 1996, 2000, 2004/06, 2012.



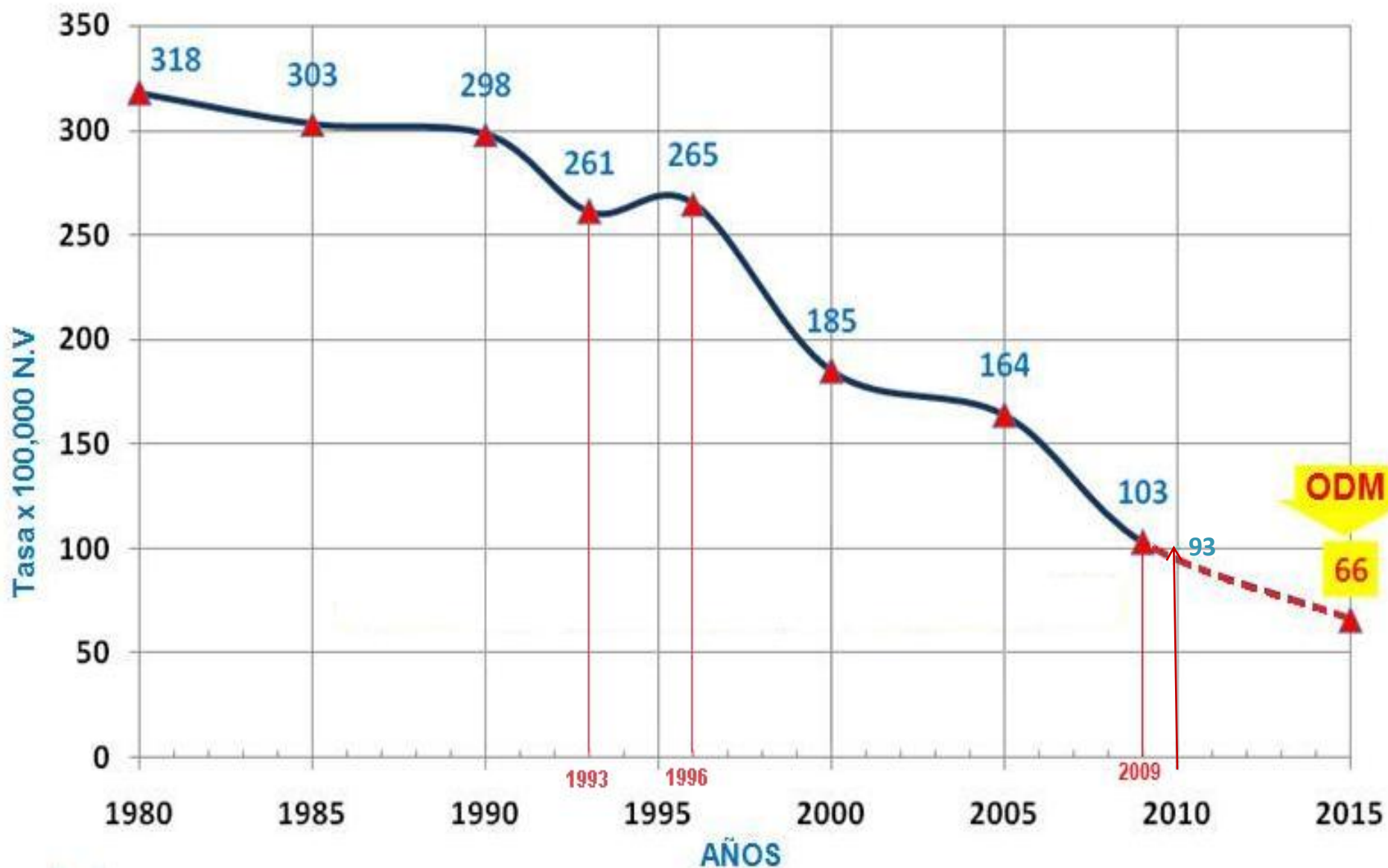
# LA MORTALIDAD MATERNA EN EL PERÚ

# MORTALIDAD MATERNA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE 2011





## Razón de Mortalidad Materna Perú 1980 - 2015



Fuente:

INEI - UNFPA. "Estado de la Población Peruana, 1997", Julio 1997.

INEI, ENDES 1996, ENDES 2000, ENDES 2009.

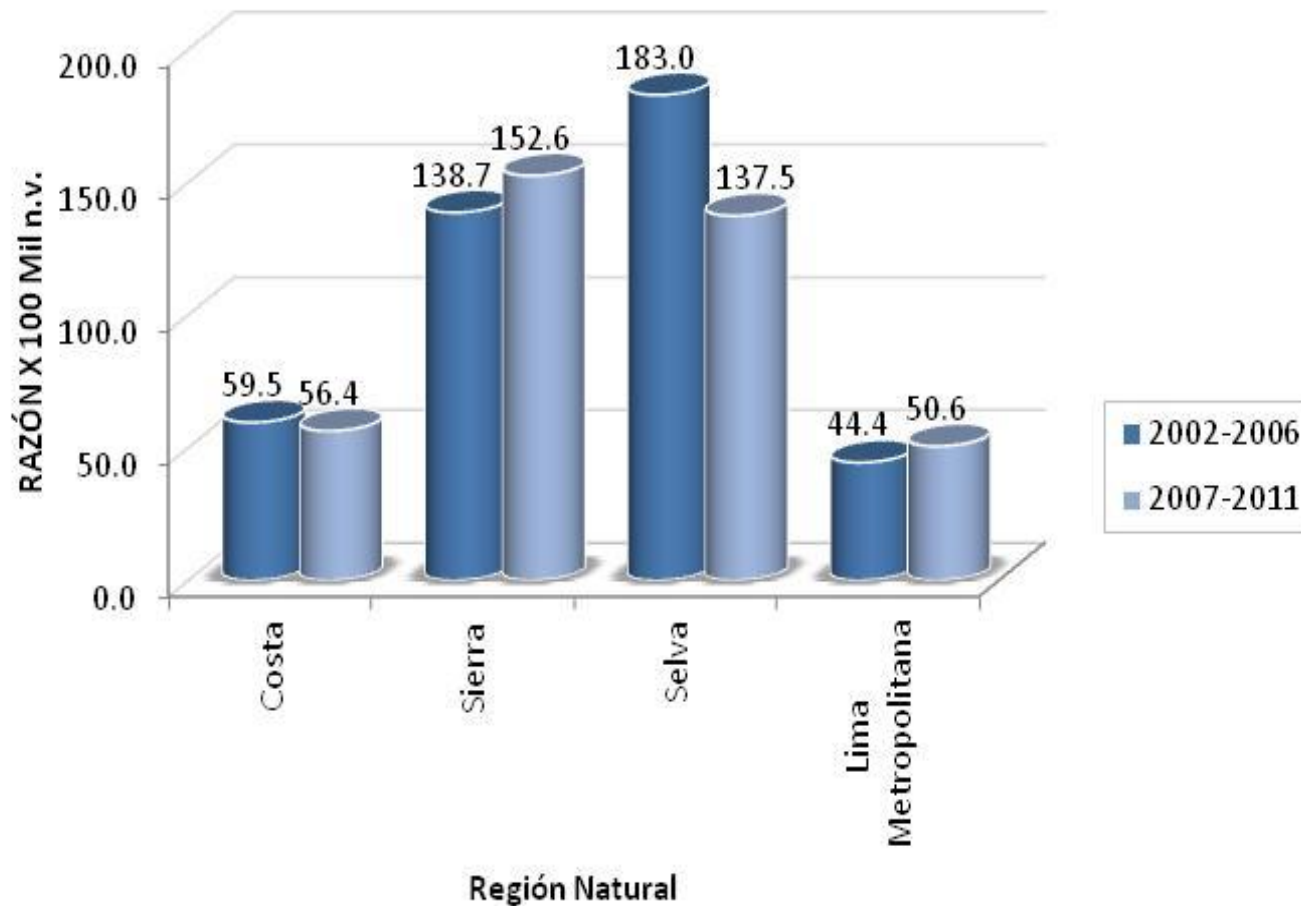
## Razón y Tasa de Mortalidad Materna por años.

### Perú 2002-2011

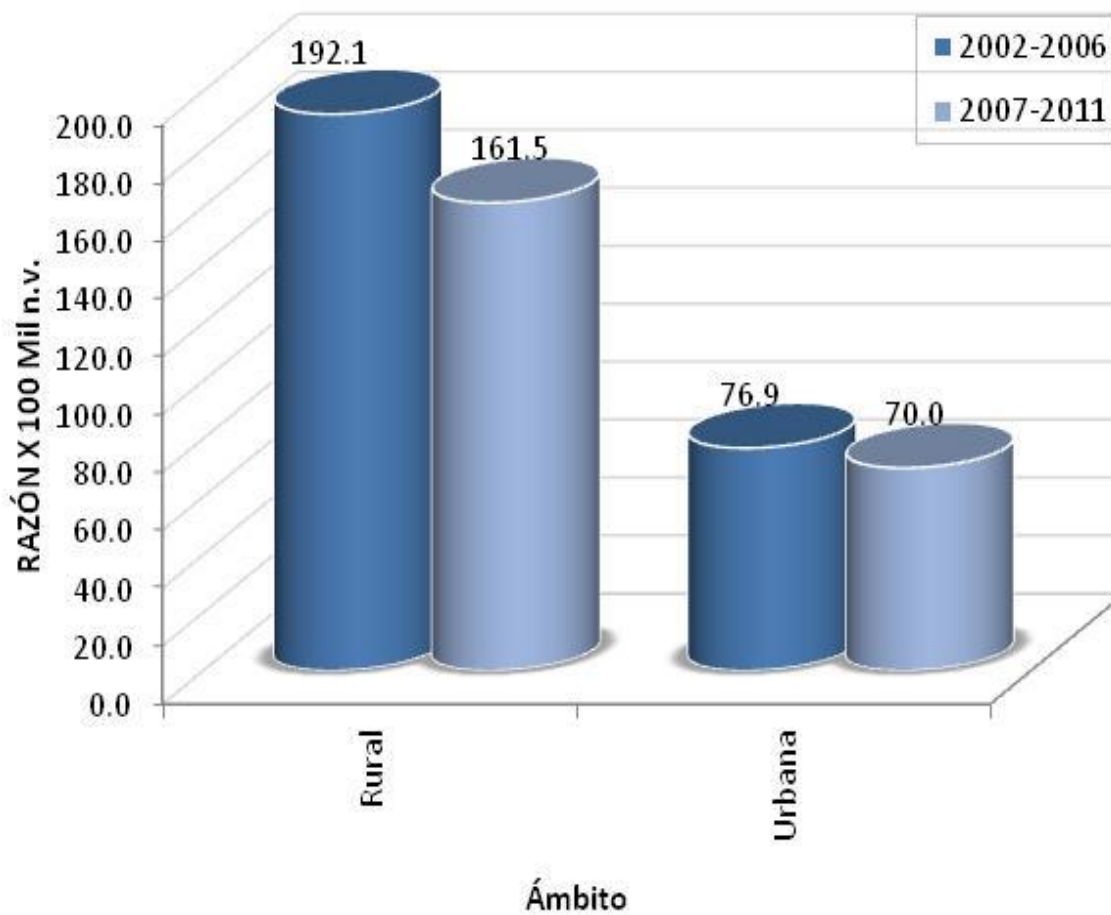
Año	Razón Muerte Materna x 100 Mil n.v. (Cruda)	Intervalo de confianza al 95%		Tasa de Muerte Materna x 100 Mil MEF (Cruda)	Intervalo de Confianza al 95%	
	Razón	Lim. Inf.	Lim. Sup.	Tasa	Lim. Inf.	Lim. Sup.
2002	118.3	109.7	126.8	10.5	9.7	11.2
2003	123.8	115.0	132.5	10.8	10.0	11.5
2004	120.8	112.1	129.5	10.3	9.6	11.0
2005	114.1	105.7	122.5	9.6	8.9	10.3
2006	114.9	106.4	123.4	9.5	8.8	10.2
2007	110.5	102.2	118.8	8.9	8.3	9.6
2008	107.9	99.6	116.2	8.6	7.9	9.2
2009	96.1	88.3	104.0	7.5	6.9	8.1
2010	95.9	88.1	103.8	7.3	6.7	7.9
2011	92.7	85.0	100.5	6.9	6.3	7.5



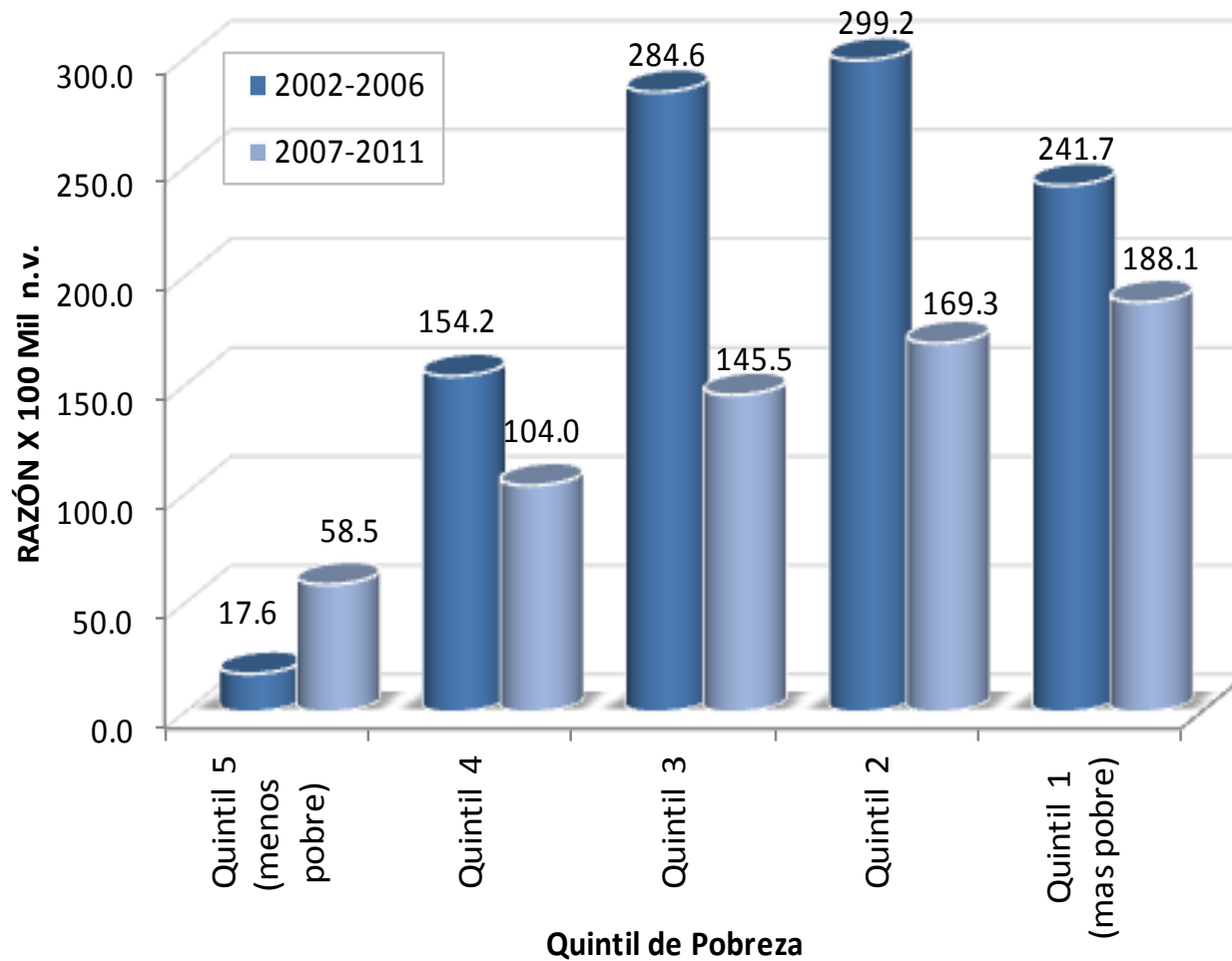
## RAZÓN DE MUERTE MATERNA SEGÚN REGIÓN NATURAL. PERÚ 2002-2011



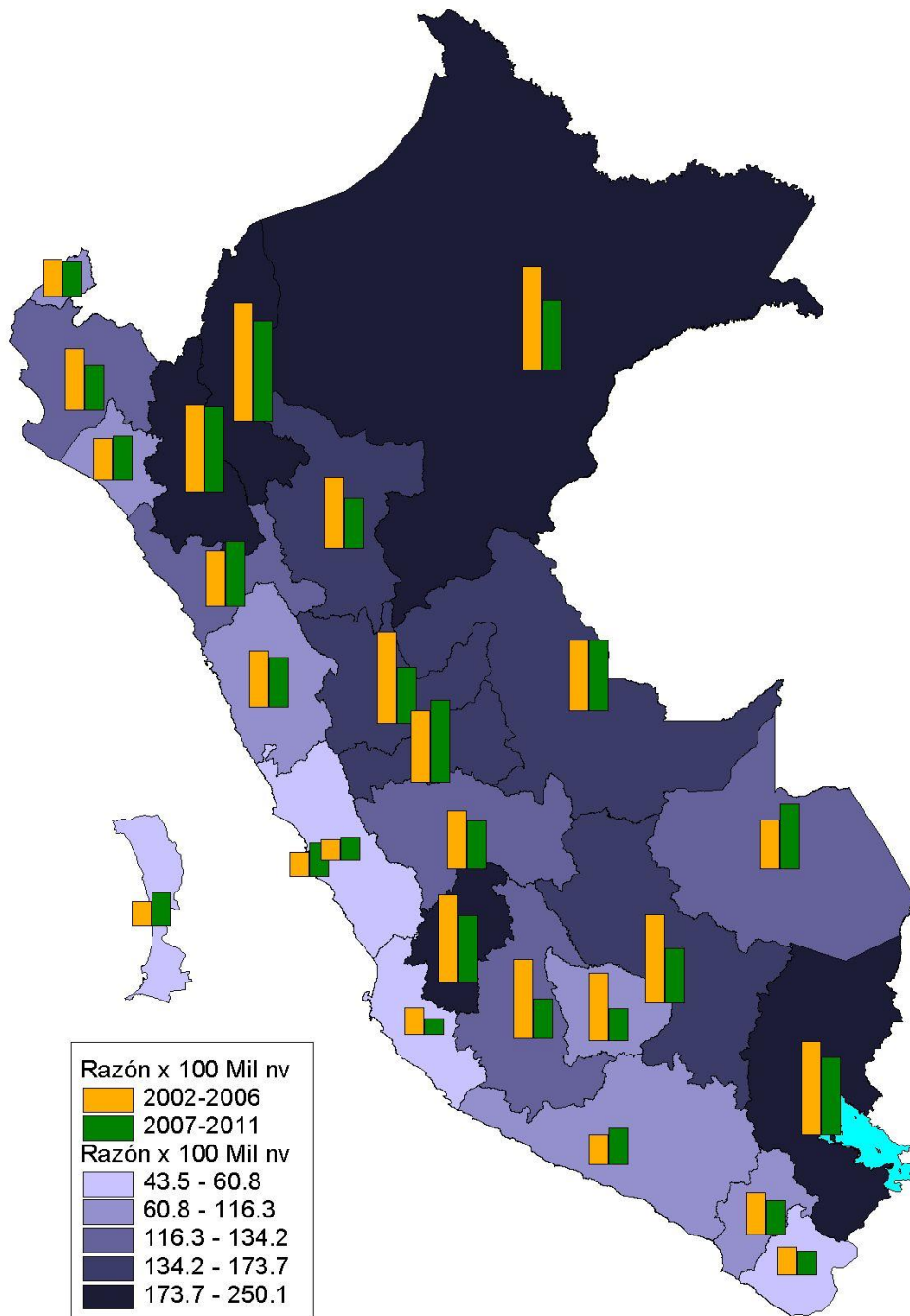
# RAZÓN DE MUERTE MATERNA SEGÚN ÁMBITO. PERÚ 2002-2011



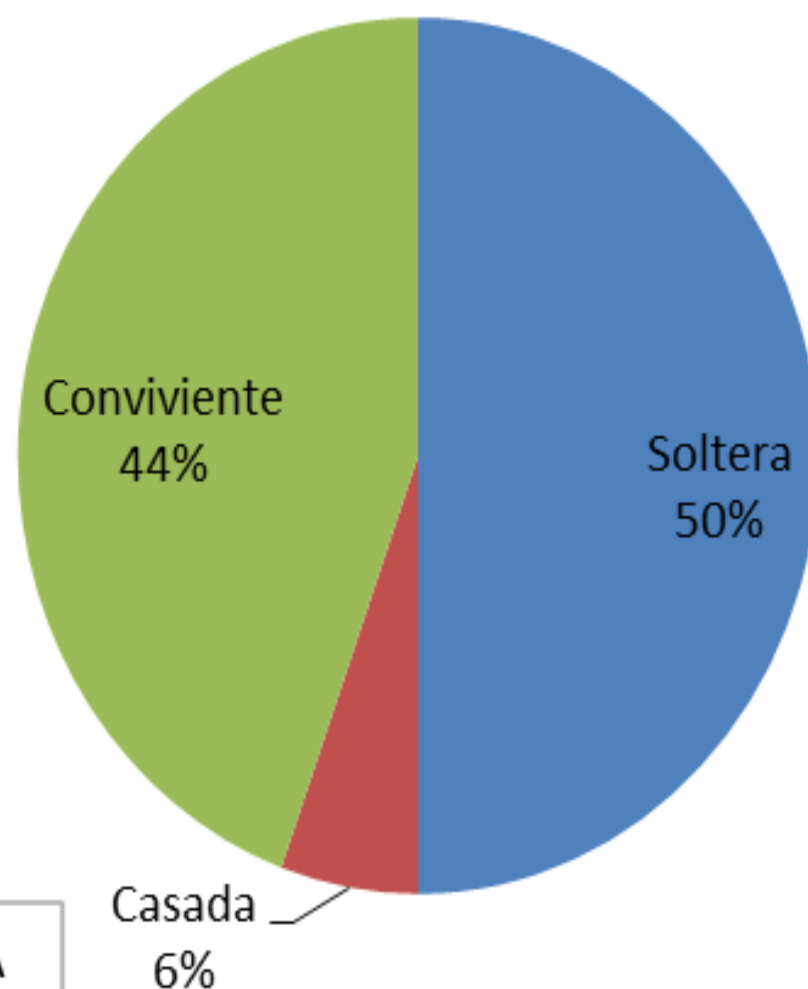
# RAZÓN DE MUERTE MATERNA SEGÚN QUINTIL DE POBREZA. PERÚ 2002-2011



# RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA SEGÚN REGIONES Y PERIODO PERÚ 2002-2011

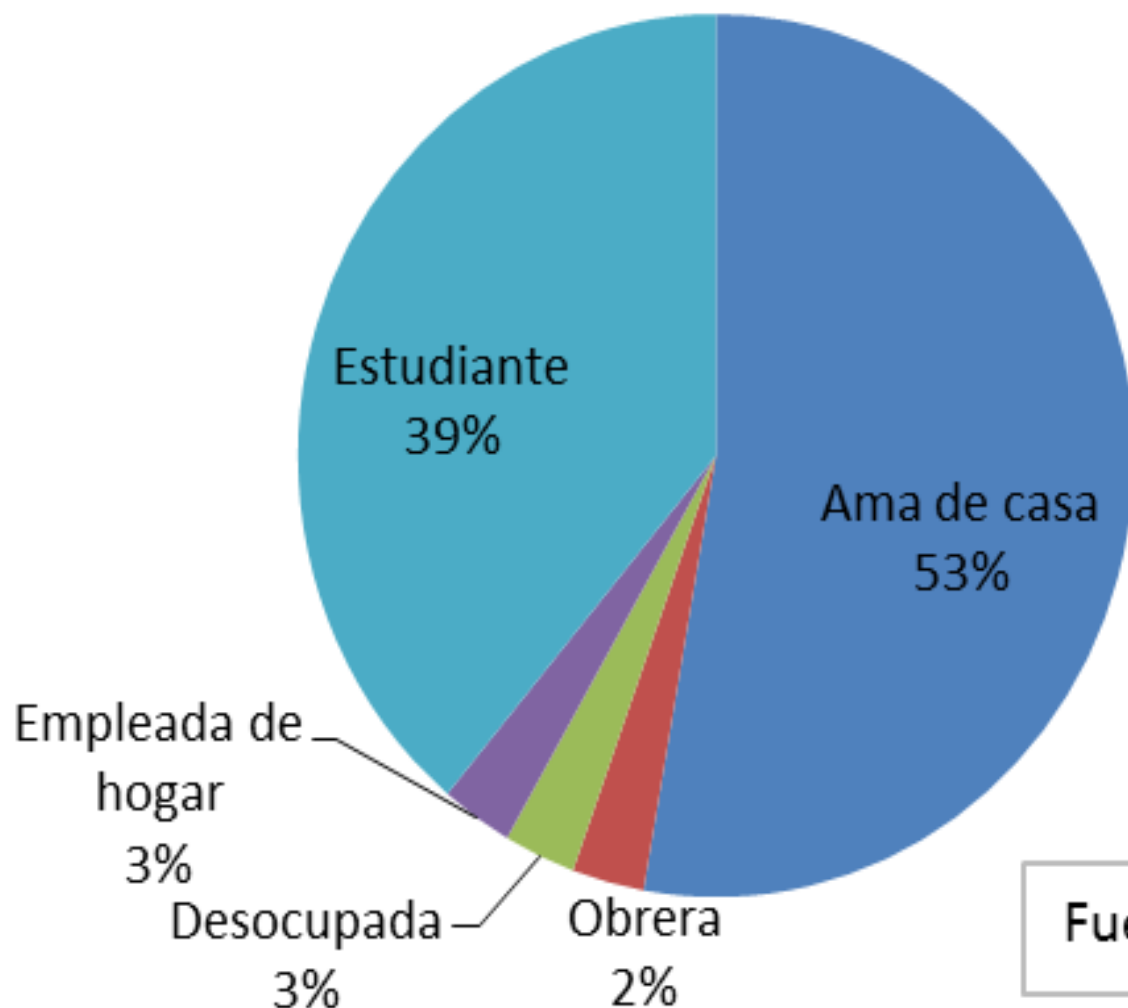


# Muerte materna según estado civil. Perú 2011



Fuente: DGE - MINSA

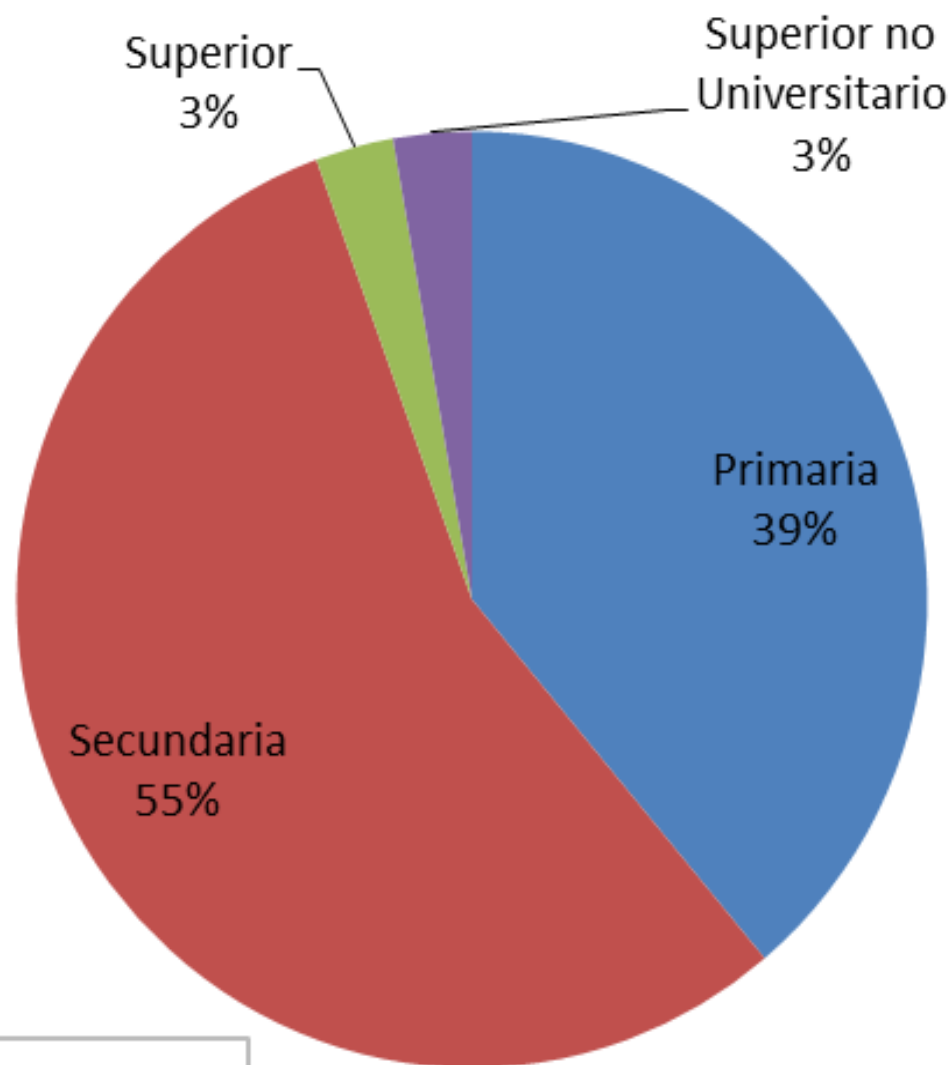
# Muerte materna según ocupación. Perú 2011



Fuente: DGE - MINSA

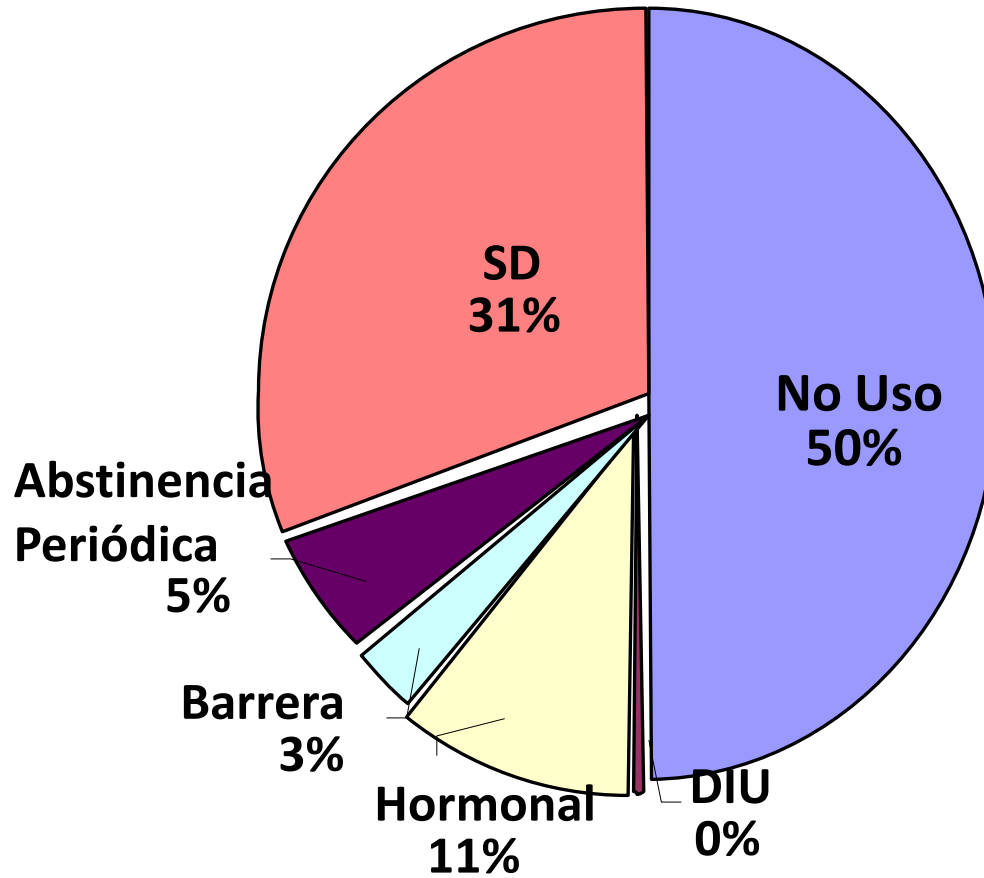


# Muerte materna según nivel de estudio. Perú 2011

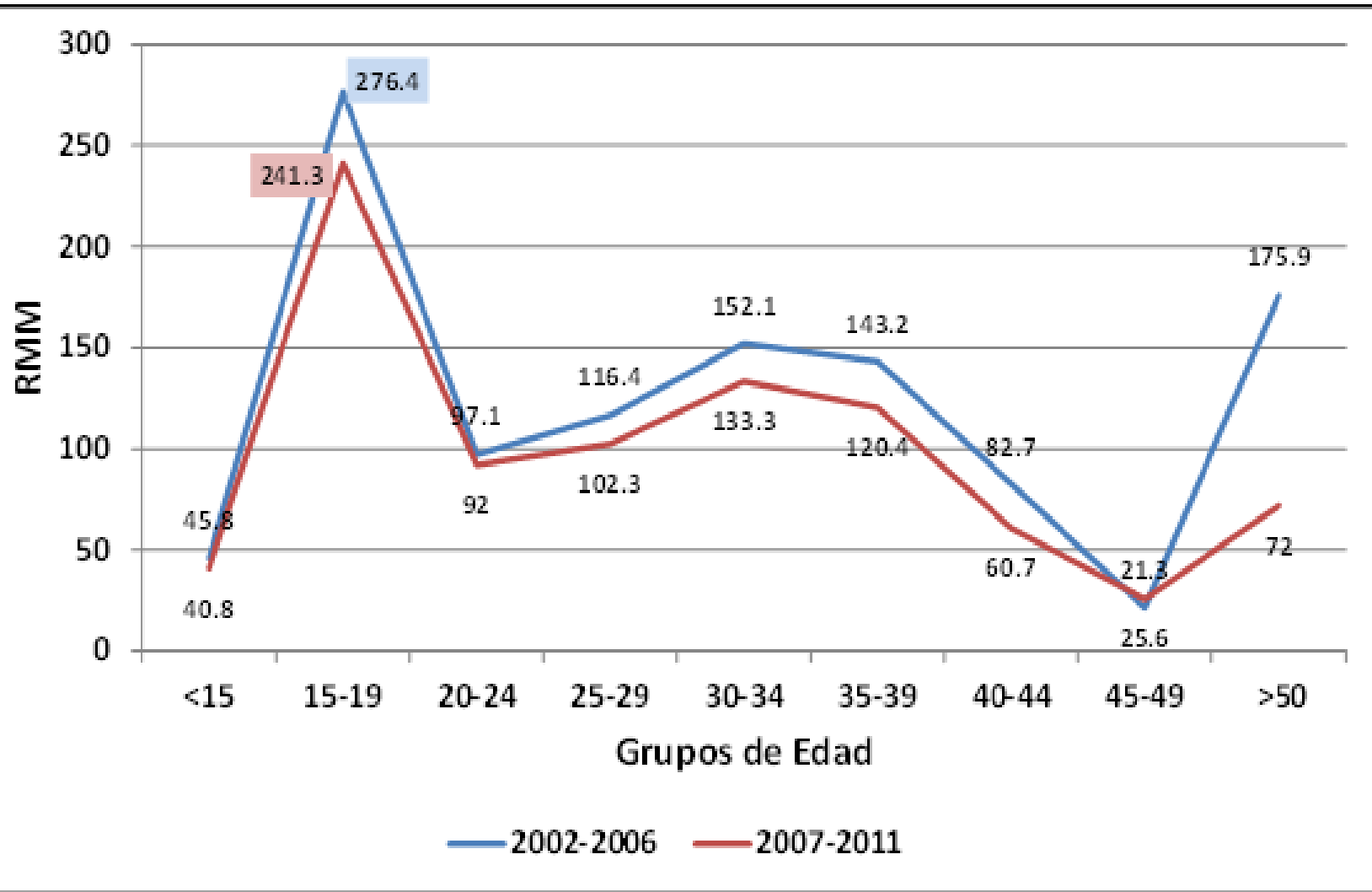


Fuente: DGE - MINSA

# MUERTE MATERNA SEGÚN USO DE MAC 2011

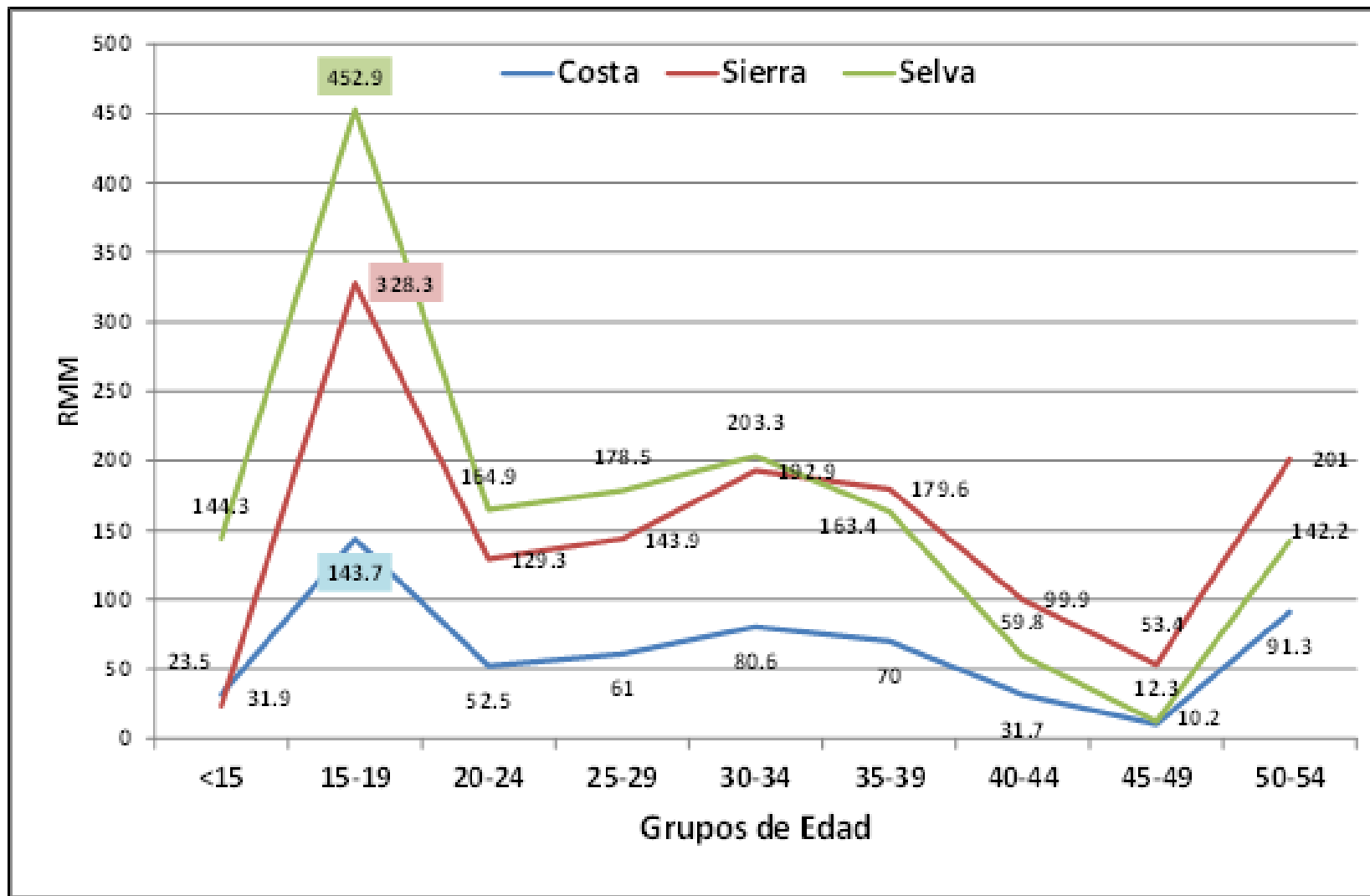


# RAZÓN DE MM SEGÚN GRUPO DE EDAD Y PERIODO (2002-2006/2007-2011)



Fuente: Dirección General de Epidemiología-DGE-MINSA (2002-2011)

# RAZÓN DE MM SEGÚN GRUPO DE EDAD Y REGION NATURAL (2002-2006/2007-2011)



Fuente: Dirección General de Epidemiología-DGE-MINSA (2002-2011)

# Principales causas de muertes según periodos

GRANDES CATEGORIAS DE CAUSA DE MUERTE	Periodo de análisis					
	2002-2011		2002-2006		2007-2011	
	%	RMM	%	RMM	%	RMM
Hemorragia obstétrica	41.1	46.1	47.8	57.0	33.3	34.9
Trastornos hipertensivos en el embarazo parto y puerperio	21.9	24.6	22.8	27.2	20.8	21.9
Complicaciones no obstétricas	13.5	15.1	9.8	11.7	17.7	18.6
Embarazo que termina en aborto	9.5	10.7	10.7	12.7	8.1	8.5
Afecciones contribuyentes	3.8	4.2	2.8	3.4	4.9	5.1
Causas externas	3.5	4.0	1.9	2.3	5.4	5.7
Otras complicaciones obstétricas relacionadas con el puerperio	2.3	2.6	1.9	2.3	2.7	2.9
Complicaciones de manejo no previstas	1.5	1.7	1.5	1.8	1.6	1.6
Desconocido / indeterminado	1.2	1.3	0.0	0.1	2.5	2.6
Infección relacionado con el embarazo	1.0	1.1	0.6	0.7	1.5	1.6
Otras complicaciones obstétricas relacionadas con el embarazo	0.7	0.8	0.1	0.1	1.5	1.6



# CAUSAS DIRECTAS E INDIRECTAS DE MM POR CICLO DE VIDA (2012)

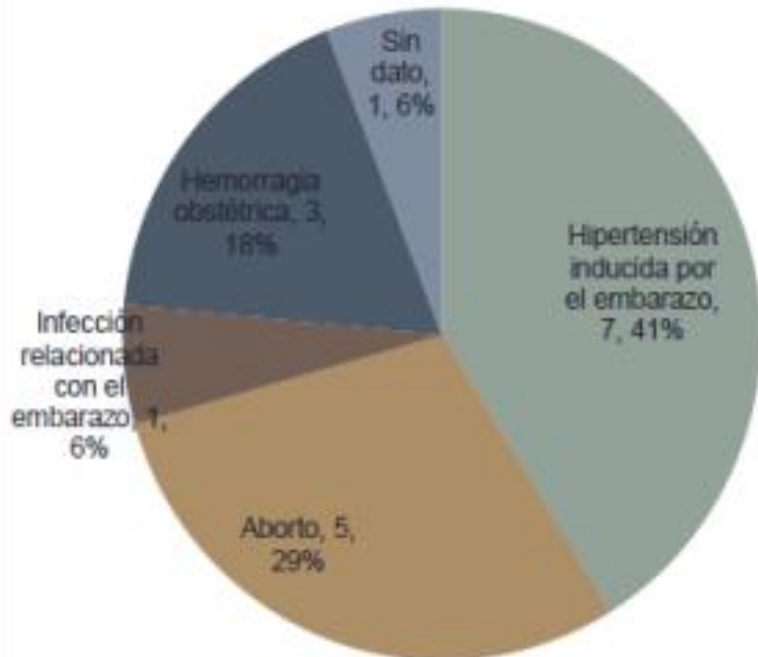
Causas genericas directas según ciclo de vida	N°
<b>12-17 años</b>	
Transtornos hipertensivos embarazo parto y puerperio	7
Embarazo que termino en aborto	5
Hemorragia obstétrica	3
Infección relacionada con el embarazo	1
SD	1
<b>18-29 años</b>	
Hemorragia obstétrica	25
Trastornos hipertensivos embarazo parto y puerperio	27
Causas mal definidas	1
Embarazo que termino en aborto	12
Infección relacionada con el embarazo	5
SD	3
<b>30 a 59 años</b>	
Hemorragia obstétrica	50
Trastornos hipertensivos embarazo parto y puerperio	28
Embarazo que termino en aborto	17
SD	4
Infección relacionada con el embarazo	2
Causas mal definidas	1
Complicaciones de procedimientos	1
Paro cardíaco	1

Causas genericas indirectas según CIE 10	N°
<b>12 a 17 años</b>	
Efecto tóxico de plaguicidas	2
Ahogamiento y sumersion	1
Enfermedades sistema respiratorio	1
Envenenamiento de intención no determinada	1
Infección relacionada con el embarazo	1
Lesiones autoinflingidas intencionalmente	1
Malaria	1
VIH	1
<b>18 a 29 años</b>	
Complicaciones no obstetricas	8
Causas mal definidas	6
Enfermedades del sistema respiratorio	4
TBC	4
Tumores	4
Cisticercosis	4
Lesiones autoinflingidas intencionalmente	3
Transtornos mentales	2
Efecto tóxico de plaguicidas	2
Efecto toxico de sustancias ingeridas	2
Enfermedades cerebro vasculares	2
Enfermedades del sistema digestivo	1
Otras causas	9
<b>30 a 59 años</b>	
Arritmia cardiaca	4
caída	4
causas mal definidas	3
Complicacion de dispositivo protesico	3
Enfermedades del sistema digestivo	3
Complicaciones no obstetricas	2
Efecto tóxico de plaguicidas	1
Enfermedades cerebro vasculares	1
Enfermedades del sistema respiratorio	1
lesiones autoinflingidas intencionalmente	1
TBC	2
Otras causas	8

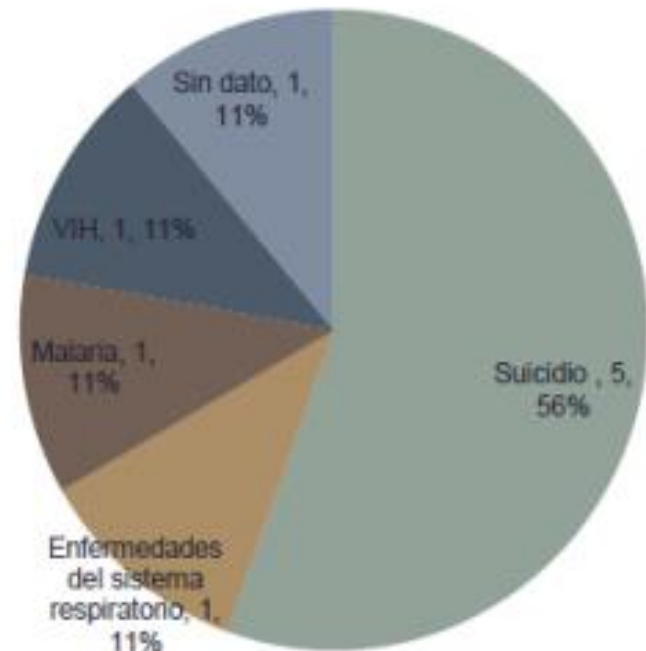
Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia, DGE-MINSA

# PRINCIPALES CAUSAS DE MM EN ADOLESCENTES (2012)

Muertes Maternas Directas en Adolescentes=17



Muertes Maternas Indirectas en Adolescentes= 9



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica-DGE-MINSA.  
Elaboración propia, MCLCP





# **PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES**



# DETERMINANTES DE LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE

## Socio culturales y ambiental

Lugar de residencia;  
Disponibilidad de medios;  
Legislación;  
Patrones culturales;  
Etnicidad

## Familiares

Características del jefe de familia (edad, sexo, educación, empleo...);  
¿Madre tuvo hijos durante adolescencia?

## Individuales

Nivel educativo, acceso a PF; participación laboral;  
Exposición a medios;  
Religión;  
Expectativa de número de hijos;  
Cantidad de parejas;

## Determinantes próximos

En unión

Edad de primera RS

Uso de anticonceptivos

# Exposición al embarazo en mujeres adolescentes, Perú 1991/92 – 2012

	% 15 – 19* que ya tuvo RS	% c/actividad sexual reciente (4 semanas)*	% primera RS <15	Uso de MAC modernos en unidas	Uso de MAC modernos en activas**
1991/92	18,4	11,5	3,6	---	---
1996	20,3	11,4	4,6	46,0	32,7
2000	22,2	11,5	5,1	31,0	26,6
2004/6	23,5	12,1	4,8	43,6	51,9
2012	29,2 ↑	14,8 ↑	6,0 ↑	50,6 ↑	64,0 ↑

Fuentes: INEI. ENDES 1986, 1991/92, 1996, 2000, 2004/6, y 2012, elaboración propia.

\* Las entrevistadas tenían de 15 – 19 al momento de la entrevista.

\*\* Comprende a quienes tuvieron relaciones sexuales en el mes anterior a la encuesta

# Intención reproductiva de mujeres adolescentes, Perú 1991/92 – 2012

Planificación de la fecundidad	ENDES 1991/92	ENDES 1996	ENDES 2000	ENDES 2009	ENDES 2012
Lo quería entonces	52.6	49.0	44.4	35.7	31.7 ↓
Lo quería después	35.2	36.6	41.8	56.2	57.8 ↑
No quería más	12.1	14.1	13.5	8.1	10.5

Fuentes: INEI. ENDES 1986, 1991/92, 1996, 2000, 2004/6, y 2012, elaboración propia.

\* Las entrevistadas tenían de 15 – 19 al momento de la entrevista.

# ¿QUÉ HA FUNCIONADO Y QUÉ NO ANTE EL EMBARAZO ADOLESCENTE EN OTROS PAÍSES?

## Ha funcionado la combinación de:

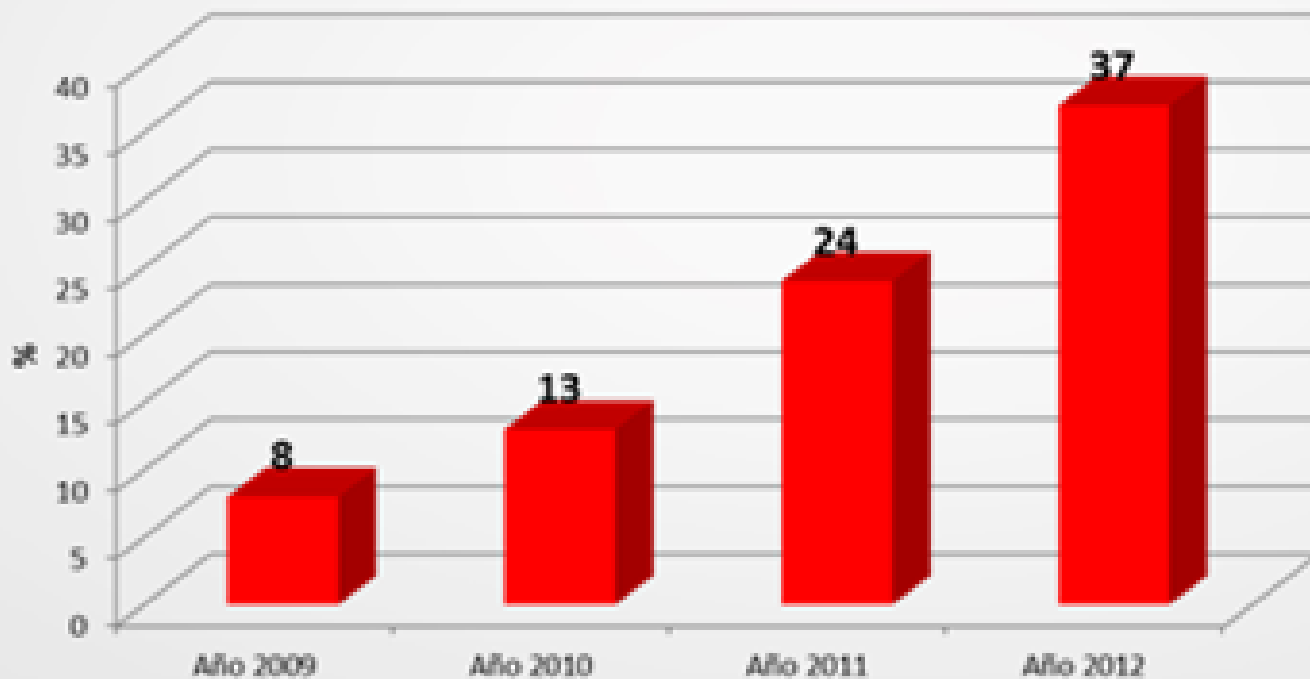
- Mayor cobertura y educación de calidad que incluya educación sexual de calidad;
- Acceso a métodos anticonceptivos modernos a quienes lo requieran , incluyendo marco legal, servicios de salud amigables a adolescentes que aseguran una atención de alta calidad en salud sexual y reproductiva;
- Programas de educación sexual diseñados en un currículo diseñado sobre evidencias y basados en la familia;
- Estrategias de desarrollo juvenil para fortalecer habilidades para la vida, y mejora en el acceso a oportunidades educativas, económicas y culturales basados en la comunidad

# EVIDENCIAS DE INTERVENCIONES EFECTIVAS

- Bearinger y col. <sup>2</sup> La reducción de la prevalencia de infecciones por el virus VIH en algunos países occidentales se debió al esfuerzo en la promoción en adolescentes de conductas sexuales seguras (embarazo en adolescentes) e identifican 3 intervenciones efectivas:
  - Servicios clínicos que aseguran una atención de alta calidad en salud sexual y reproductiva;
  - Programas de educación sexual diseñados en un currículo diseñado sobre evidencias y basados en la familia;
  - Estrategias de desarrollo juvenil para fortalecer habilidades para la vida, y mejora en el acceso a oportunidades educativas, económicas y culturales basados en la comunidad.



# EVOLUCION DE LOS SERVICIOS DIFERENCIADOS PARA ADOLESCENTES (2009-2012)



Número de Servicios en  
datos absolutos

652

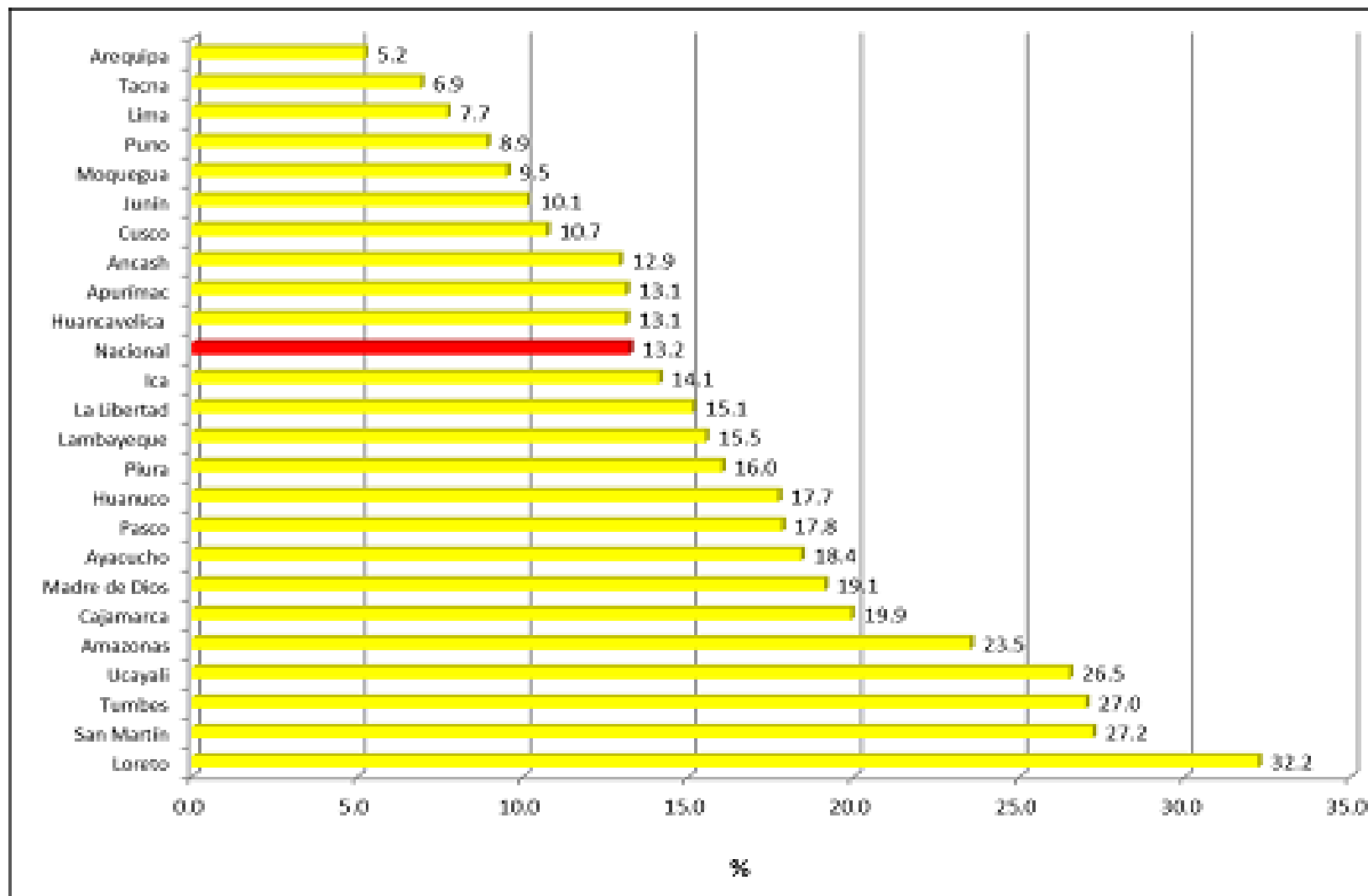
976

1930

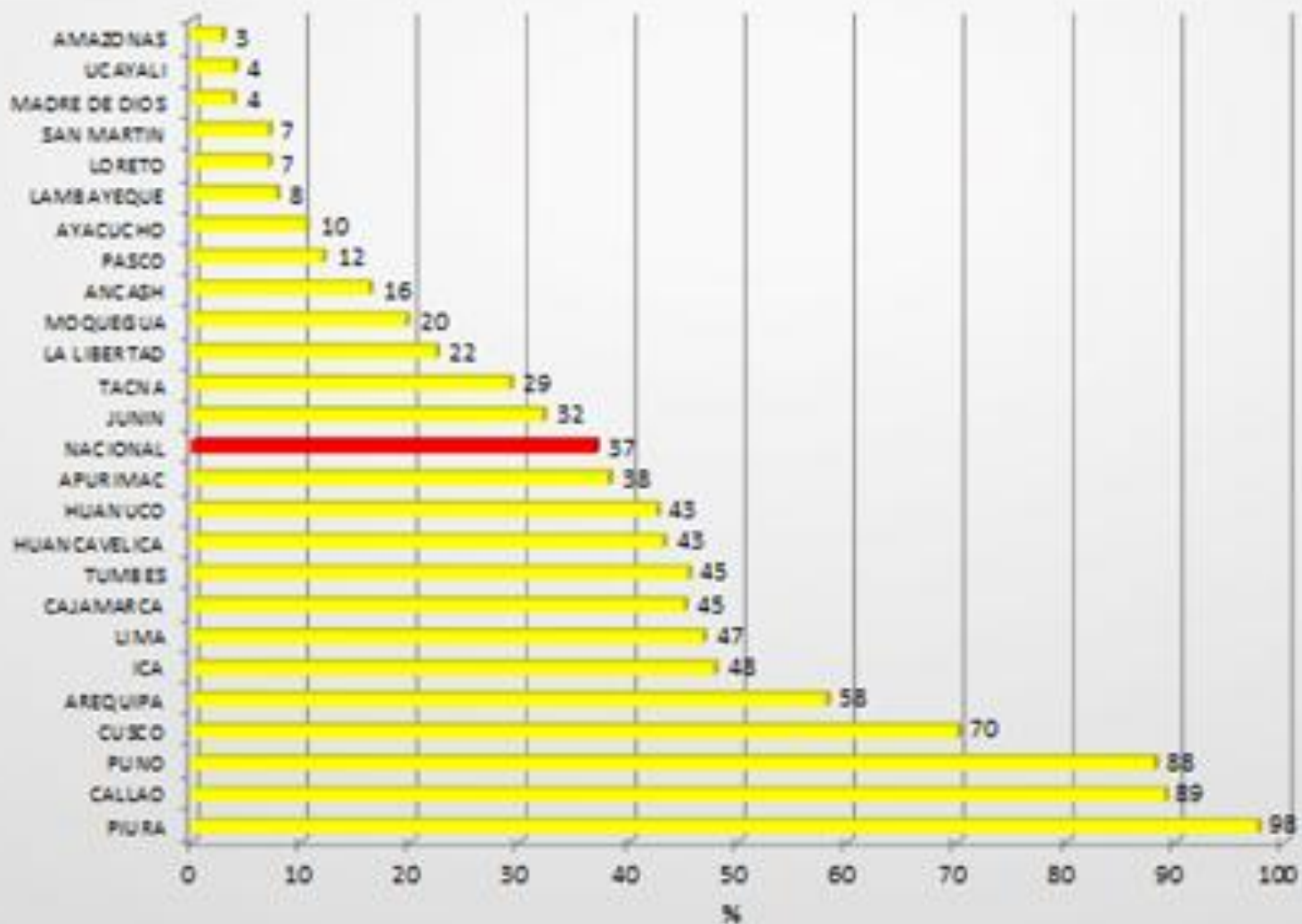
2881

Fuente: Etapa de Vida Adolescentes MINSA

# EMBARAZO ADOLESCENTE: ÁMBITO NACIONAL Y DEPARTAMENTAL (2010-2012)

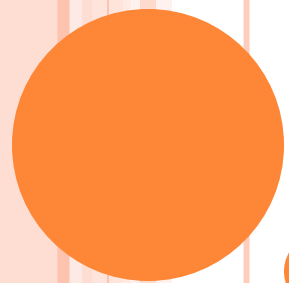


Fuente: ENDES 2010, 2011, 2012



Fuente: ENDES 2010/2011/2012





## **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**



# CONCLUSIONES

- En el Perú la población adolescente (10-19 años) representa el 19.07% de la población total.
- La tasa de fecundidad del grupo de adolescentes (64) se mantiene prácticamente invariable en la última década
- El porcentaje de embarazo adolescente para el año 2012 es de 13,2%, incrementándose la brecha urbano rural de 8,1 a 11,3% en el último año.
- Son madre o están embarazadas con mayor frecuencia: las mujeres sin educación , o con educación primaria , las residentes en la selva (27.5%), y en el área rural (21.5%).
- La región de la selva presenta , los valores mas altos en Loreto (32,2); San Martin (27,2%), Ucayali 26,5) y Amazonas (23,5%).



- Sin embargo, la prevalencia se está incrementando en los últimos años en la costa norte :Tumbes (27%), Lambayeque y La Libertad, en la zona urbana y en adolescentes con más educación.
- Factores que inciden en el incremento del embarazo adolescente: el inicio temprano de RS, falta de educación sexual; la falta de acceso a MAC y la creciente exposición a la violencia sexual.



- La MM en los adolescentes **revelan valores extremadamente altos, de 276 y 241** para los períodos 2000-2006 y 2007-2011 respectivamente . Las adolescentes residentes de la **selva son las de mayor riesgo** ya que ostenta una cifra **de 452.9**
- El perfil de la MM de 15-19 años (2012) registra: **7 casos de trastorno hipertensivo del embarazo, 5 casos de aborto** y 3 de hemorragia obstétrica (causas directas). Entre las causas indirectas figuran **5 casos de muerte violenta** que catalogadas como suicidio. Este perfil es totalmente diferente que el de las mujeres adultas.
- En general la mayoría de las MM ocurren en mujeres que no usaban PF cuando quedaron embarazadas.
- Entre las adolescentes que fallecieron, se podría inferir por la causalidad, que el embarazo era no deseado o planeado y que tal vez se hubiera evitado esa MM con PF.



- El 66.6% de las adolescentes sexualmente activas unidas usaban algún MAC. El 50.6% usaban método moderno y el 16% algún método tradicional.
- Se observa un 16.7% de necesidad insatisfecha en PF en el grupo de edad (15 a 19 años), dentro de mujeres que desean espaciar y/o limitar el nacimiento de sus hijas/os fue alto si se compara con el resto de los grupos
- En los departamentos con mayor prevalencia de embarazo adolescente la presencia de oferta diferenciada para la atención integral de adolescentes es menor que en el resto de departamentos



# CONCLUSIONES

El reto de los programas en reducir el embarazo temprano y adolescente de debe contemplar perspectiva de Desarrollo y DR, y focalizarse , en dos grupos importantes :

- Las que viven en la selva, en la zona rurales e indígenas, las más pobres y menos educadas:
- Las que viven en la costa norte y barrios marginales de las grandes ciudades, pobres .

Para cada uno de estos perfiles debemos esforzarnos en implementar acciones para:

1. Educación de calidad , y con ello promover retención de las/los adolescentes en la escuela y la ESI
2. Ampliar sus oportunidades educativas y laborales
3. Servicios integrales para adolescentes de calidad con pertinencia intercultural
4. Retrasar la edad de inicio de las RS y de unión
5. Atender su demanda insatisfecha por PF.
6. Ampliar rol del sector público en la selva y en el medio rural a través de programas sociales específicos para adolescentes.
7. En la costa y zonas urbanas , programas específicos que incluyan además emprendimiento
8. Asegurar que las adolescentes embarazadas acudan al CPN y se les haga evaluación integral en especial atención a la salud mental y detección temprana de depresión .
9. Prevenir el segundo embarazo en adolescentes



- Hay muchas jóvenes, sexualmente activas que tienen altos niveles de necesidad insatisfecha para la PF, particularmente las más jóvenes . Para ello es necesario :
  - Eliminar las barreras legales . Difundir fallo del TC. Cambio ley Grl de salud.
  - Eliminar las barreras medicas y prejuicios del uso de MAC en adolescentes.
  - Entender el comportamiento de las jóvenes es diferente y tienen necesidades especiales y con diferencia culturales, generacionales
  - Usan principalmente de las inyecciones y de métodos tradicionales , aunque muchas usan también preservativo.
  - Podrían enfocarse trabajar con las farmacias y el MINSA donde van muchas a obtener sus métodos.



**“Una adolescente, no pasa a la adultez por el simple hecho de estar embarazada.**

**Seguirá siendo una adolescente, que tendrá que hacerse cargo de un niño”**





**Gracia Subiría Franco**

**Especialista de Programa**

**UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas  
Av. Guardia Civil 1231- San Isidro - Lima 27 (PERÚ)**

**(511) 226-1026 Ext.202**

**Fax: (511) 226-0875**

**[subiria@unfpa.org.pe](mailto:subiria@unfpa.org.pe)**

**<http://www.unfpa.org.pe>**

