



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



PERÚ

Ministerio
de Salud

Salud
Nueva
Actitud



PERÚ

Ministerio
de Salud

DOCUMENTO DE TRABAJO

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



Fondo de Población
de las Naciones Unidas - Perú
Porque cada persona es importante



MINISTERIO DE SALUD

Ariela Luna
Susana Chávez
Carlos Acosta
Luis Miguel León
Lucy Del Carpio
Tatiana Ramírez
Yvonne Quispe
Carmen Mayuri
Carmen Julia Carpio
Marysol Campos
Ulalia Cárdenas
Marita De los Ríos
Nery Fernández
Doris Valdez
Marco Llanos
Alberto Zapata
María del Rosario Mejía
María del Carmen Calle
María Elena Yumbato
Magali Ascate
Rosario Del Solar
Lourdes Palomino
Gladis Champi
Tania Rengifo
Eliana Altez
Hamilton García
Fresia Cárdenas
Susy Florez
Luis Gutiérrez
Ofelia Alencastre
Mérida Gómez
Yuleika Rodríguez
Roxana Torricelli
Mirtha Maguiña
Arturo Giraldo

DIRESA CALLAO

Aldo Lama
Ruth Escalante

DISA LIMA ESTE

Mauro Reyes
Héctor Rivas
Flor Domínguez

DISA LIMA SUR

Luz La Torre

INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

Pedro Mascaró
Juan Torres
Nélida Pinto

SANIDAD POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ

Zulma Rueda
Zoila Castillo

SANIDAD EJÉRCITO DEL PERÚ

Karim Capcha

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

María Teresa Ramos
Consuelo Carrasco
Danilo Wetzell
Doris Saldarriaga

SECRETARÍA NACIONAL DE LA JUVENTUD

Vanessa Espinar
Yuly Ravelo

MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES

Carla Rojas
Jenny Yamamoto
Patricia Burga
Antonio Torres
Carlota Ochoa
Cecilia Paredes

PROGRAMA INTEGRAL NACIONAL PARA EL BIENESTAR

FAMILIAR - INABIF

Patricia Rodríguez
María Navarrete
Marilú Rosas
Maruja Rosas

MINISTERIO DE TRABAJO Y PROMOCIÓN DEL EMPLEO

Yolanda Erazo
Magno Mendoza
Francisco Vásquez
Karen Solís

MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS

Laura Álvarez
Gladis Cubas
Mary Ramos

DEFENSORÍA DEL PUEBLO

José Sánchez

PROGRAMA NACIONAL JUNTOS

Doris Mansilla

PRESIDENCIA DEL CONSEJO DE MINISTROS

Sergio Miranda
Rosana López

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

Inés Bustamante

UNIVERSIDAD SAN MARTÍN DE PORRES

Katty Salcedo
Pierina Cáceres

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Victoria Rivas

OPS

Alfredo Guzmán

SANIDAD FUERZA AEREA DEL PERÚ

Zunilda Castro

ESSALUD

Cristina Minaya

Margarita Vital

Carlos Cusco

SOCIEDAD PERUANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Adolfo Rechkenner

Adolfo Orellana

SOCIEDAD PERUANA DE PEDIATRÍA

Miguel Oliveros

Emma Obeso

UNFPA

Gracia Subiría

Carmen Murguía

Pedro Marchena

Claudia Saravia

Walter Mendoza

Jorge Cordova

UNICEF

Fabiola Quiroz

INPPARES

Daniel Aspilcueta

Sofía Carrillo

IES

Alicia Quintana

Catalina Hidalgo

Astrid Mendocilla

CAAJ PEA AYACUCHO

Katia Araujo

Florentino Arango

Vanessa Alanya

CAAJ PEA LIMA-CALLAO

Estefany Dávila

Junior Moreno

Lurdes Chara

Ángel Silva

Oscar Bedregal

Brillit Carrillo

Olinda Honorio

Rosário Chuquiruna

COLEGIO DE OBSTETRAS DEL PERÚ

Elsa Susy Contreras

María Alva

COLEGIO REGIONAL DE OBSTETRAS III

Elva Quiñones

Tula Zegarra

ORAS-CONHU

Gloria Lagos

USAID

Edgar Ramírez

Calidad en Salud - USAID

Alfonso Villacorta

PATHFINDER

Miguel Gutierrez

Enrique Guevara

Elizabeth Acevedo

PROMSEX

Rossina Guerrero

MANUELA RAMOS

Rocío Gutiérrez

FLORA TRISTÁN

Paúl Flores

CEPESJU

Julia Campos Guevara

KALLPA

Rocío Roncal

CAAJ PEA LORETO

Joas Ricopa

Karina Vargas

Mónica Arbildo

CAAJ PEA UCAYALI

Gaby Gamonal

Fran Chujutalli

Roy Noguina

Isabel Núñez

Candy Valera

Javier Vásquez

CAAJ PEA TUMBES

Rosita Vargas

Annely García

Yelixa García

MINSA. Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2012 – 2021. Lima 2011. 40 pp.

Adolescentes - Prevención de embarazos - Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos - Planes multisectoriales

Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2012-2021
Documento de trabajo
Ministerio de Salud - MINSA

Primera Edición: Julio 2012
Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2012-08828

Consultores que apoyaron en la formulación y costeo del plan:

Oscar Cosavalente Vidarte
Carmen Estela Benavides
Elizabeth Simborth Neyra
María del Carmen Navarro
José Carlos Navarro
Claudia Pacheco

Asistencia Técnica de UNFPA:

Carmen Murguía
Gracia Subiria

Coordinación y revisión:

Ministerio de Salud
Dr. Carlos Acosta Saal
Dra. Doris Lituma
Dra. Lucy Del Carpio Ancaya
Dra. María del Carmen Calle Dávila
Lic. Tatiana Ramírez Aldea
Lic. Ivonne Quispe Riqueros

Revisión de estilo:

Pilar Bobadilla
Javier Ampuero Albarracín

El proceso de formulación del plan multisectorial de prevención del embarazo en adolescentes 2012-2021 contó con la asistencia técnica del Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA en el marco de la implementación del Plan Andino de Prevención del Embarazo en Adolescentes con fondos de la Cooperación España-UNFPA para América Latina y el Caribe.

Esta publicación ha sido financiada por la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo - AECID.

Diseño gráfico, diagramación e impresión:

Chataro Editores
Psje Juan de Arona 151, Lima 39

Se imprimieron 1000 ejemplares





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

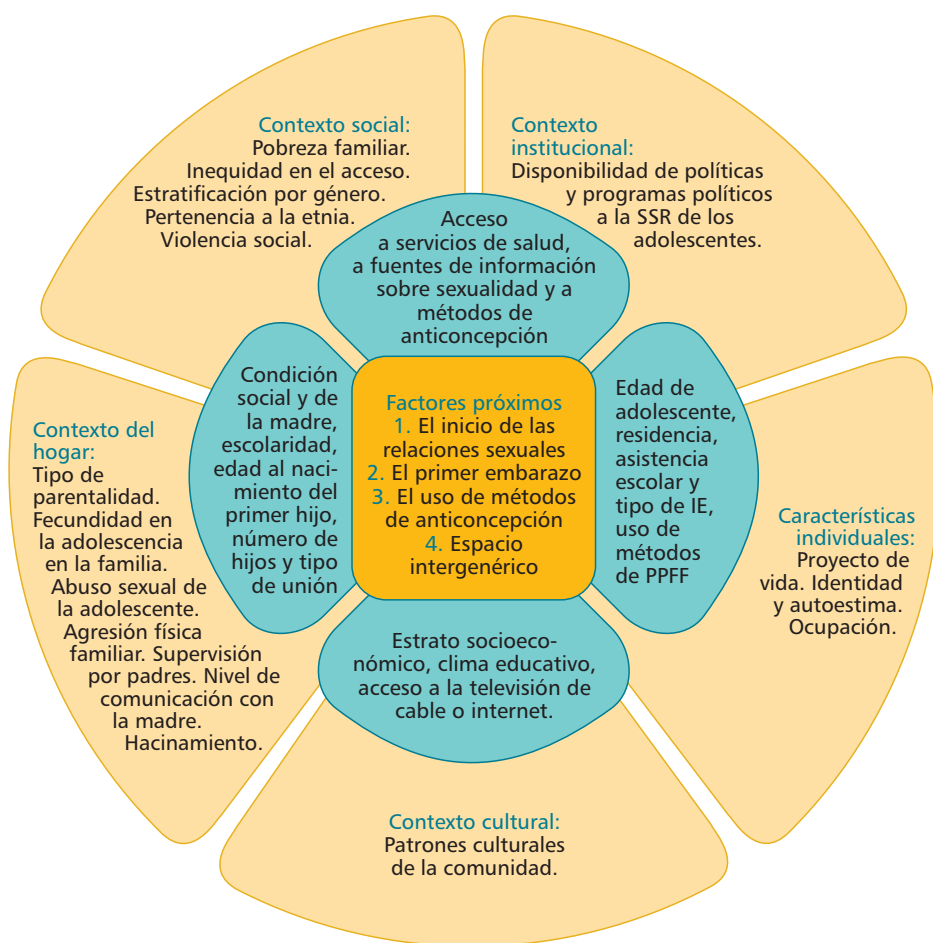
La adolescencia es una etapa clave para producir cambios culturales de largo plazo, los cuales pueden cambiar el perfil epidemiológico del Perú así como la forma de construir el futuro. Invertir en la salud de las y los adolescentes no consiste solo en detectar daños y curar las enfermedades de esta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

Dependiendo del entorno legal, social y familiar donde se desenvuelva cada persona, se desarrollarán o no comportamientos sexuales y reproductivos, que podrían terminar en un embarazo no planeado. En este periodo se manifiesta un especial interés por el sexo, se adquieren conocimientos, se configuran actitudes y se instalan percepciones sobre la salud sexual y reproductiva. Las decisiones y comportamientos que adopten las y los adolescentes en el ámbito de la sexualidad, serán diferentes según la situación socioeconómica, las oportunidades educativas y laborales, la oferta de anticoncepción, las habilidades sociales desarrolladas, las normas legales y la influencia del medio o contexto social en que viven y crecen.

Florez (2005)¹ propone partir de dos dimensiones de análisis de los factores determinantes del embarazo en adolescentes: i) determinantes

[1] Florez, C. E. (2005). Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia. Revista Panamericana de Salud Pública 18(6), 111.

Factores determinantes del embarazo en adolescentes²



socioeconómicos y ii) determinantes contextuales. Al centro del análisis coloca cuatro factores próximos: i) El inicio de las relaciones sexuales; ii) La edad de la adolescente ante el primer embarazo; iii) el uso de métodos de anticoncepción por los y las adolescentes sexualmente activos; y iv) el espacio intergenésico en las adolescentes que ya son madres. El siguiente diagrama ilustra claramente los factores próximos así como los determinantes socioeconómicos (hojas

internas) y los determinantes contextuales (hojas externas) que juegan un rol en el embarazo en adolescentes.

El embarazo en adolescentes es un problema de salud pública debido al incremento del riesgo en la salud de las adolescentes madres y del recién nacido, la reproducción de familias tempranas, la prevalencia de bajos niveles educativos de las mujeres, la reproducción de la pobreza, así como el impacto en el entorno

[2] Flórez, Pantelides y Simmons, adaptado por el equipo consultor que brindó asistencia técnica al MINSA para formular el plan multisectorial de prevención del embarazo en adolescentes.

inmediato y en la sociedad en general. Desde el punto de vista económico, la incorporación temprana o la limitada incorporación a la actividad productiva afecta a las y los adolescentes en términos de menores ingresos y menor desarrollo y bienestar integral para ellos y sus familias, lo cual va en desmedro del ahorro e inversión necesarios para el crecimiento económico sostenido del país.

Las adolescentes que desarrollan un embarazo se enfrentan a un número importante de retos en la dimensión social, individual y familiar. Entre estos retos están: el abandono de sus parejas; la imposibilidad de concluir sus estudios escolares; el incremento de los riesgos en la morbilidad de la adolescente embarazada y su bebé; la limitada capacidad de la madre adolescente para cuidar y criar al niño; y también, porque el embarazo no planeado en esa etapa está asociado a relaciones sexuales sin protección y se vincula al riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH y sida.

Dos son las **principales características del embarazo adolescente en el Perú:**

1) La fecundidad en adolescentes que no ha disminuido con igual intensidad que la fecundidad global. (68 por 1000 mujeres en el grupo de 15 a 19 años).

2) El porcentaje de embarazo adolescente que se mantiene en la misma proporción, con un ligero incremento según ENDES Continua 2010³ (13,5%).

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

♦ Afecta en mayor grado a mujeres con bajo nivel educativo. Tiene mayor prevalencia entre las mujeres adolescentes con educación primaria (el 29,2% ya es madre y el 4,6% está embarazada del primer hijo).

♦ Afecta en mayor grado a mujeres que residen en la selva. El 22,2% de mujeres adolescentes que viven en la selva ya son madres y el 3,9% está embarazada del primer hijo. Son cinco los departamentos que tienen la mayor prevalencia de embarazo en adolescentes en el Perú, todos son de la región de la selva.

♦ Afecta en mayor grado a mujeres adolescentes del quintil de riqueza inferior. El 18,5% de las adolescentes que pertenecen al quintil inferior ya es madre y el 3,9% está embarazada de su primer hijo.

♦ Afecta en mayor grado a las adolescentes que residen en el área rural. El 15,5% de adolescentes que viven en zonas rurales ya es madre y el 3,8% está embarazada de su primer hijo. Sin embargo, zonas metropolitanas del país como Lima, Callao, Piura y Trujillo presentan cifras al alza en los últimos años.

[3] Instituto Nacional de Estadística e Informática (2010). ENDES Continua 2010. Lima: INEI.

Se identifican **dos tipos de escenarios geográficos donde el embarazo en adolescentes se concentra en mayor proporción:**

1) Zonas rurales en la selva de los departamentos de Loreto, Madre de Dios, Ucayali, San Martín y Amazonas.

2) Zonas urbano-marginales de áreas metropolitanas de Lima, Callao, Piura y Trujillo.

Estas características dan cuenta de la **vulnerabilidad en la que se desarrollan los adolescentes** que pertenecen a los quintiles inferiores, tienen bajo nivel educativo y residen en zonas rurales o en zonas urbano-marginales de las áreas metropolitanas del país y se explica por diversos factores asociados a determinantes socioeconómicos y contextuales. Del mismo modo, las principales características del problema constituyen argumentos para que la prevención del embarazo en adolescentes sea tratado como una política pública que requiere del diseño de programas y proyectos propios para cada realidad y supone compromisos estratégicos más allá del sector salud, involucrando tanto el nivel nacional, como el regional y local.

En cuanto al análisis de **evidencias** sobre lo que funciona y no funciona en la prevención del embarazo en adolescentes, los hallazgos se pueden resumir así:

- ♦ Las evidencias de intervenciones efectivas en otros países corroboran que los principales avances se han dado en los programas que fortalecen las habilidades para la vida de los y las adolescentes, que fomentan el acceso a oportunidades y están basados en la comunidad.

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

- ♦ El **acceso a métodos anticonceptivos** es otro elemento de los programas que funcionan. Los adolescentes que deciden ya sea postergar o iniciar su actividad sexual deben acceder a métodos de anticoncepción oportunamente, por lo tanto, es fundamental **vencer las barreras legales** que impiden el acceso de los y las adolescentes a los servicios e insumos de salud sexual y reproductiva.

- ♦ Las evidencias señalan que se requiere no solo ampliar el contenido de los programas existentes; sino también la **cobertura, la asignación de mayores recursos** en el abordaje de los factores sociales, así como de mejor institucionalidad e **integración de los sectores gubernamentales**.

- ♦ Por último, se recomienda que los programas tengan la capacidad de influir en alguna medida en los **patrones culturales de la comunidad**, como también de **comprometer a los padres, a las escuelas y a la comunidad en su conjunto**.

En este contexto, el gobierno peruano asumió el compromiso de abordar el problema en la Reunión Ordinaria de Ministras y Ministros de Salud del Área Andina en marzo de 2007, donde se resolvió “reconocer las consecuencias del embarazo en adolescentes como un problema de salud pública dentro de la subregión y declarar prioritarios los planes para su prevención y atención integral” (Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue, 2007). El presente año, el Ministro de Salud de Perú reafirmó el compromiso del país con este tema prioritario al suscribir la Declaración de Medellín sobre Prevención del Embarazo en Adolescentes en el Área Andina (Medellín, setiembre de 2011).

Si bien el país viene realizando esfuerzos importantes para atender el problema del embarazo adolescente, aún son grandes los desafíos para enfrentar los diversos determinantes socioeconómicos y contextuales que explican esta problemática. Hasta el momento, las acciones para enfrentar el problema han estado principalmente centradas en el sector salud con participación limitada de otros sectores; los programas y proyectos relacionados a la adolescencia y a la prevención del embarazo adolescente en particular, son escasos; la interrelación entre sectores para atender el tema con mayor efectividad es limitada y la acción intersectorial y multisectorial resulta un desafío.

El Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2012-2021 nace con un espíritu de coordinación, consenso institucional y social y es el resultado de una serie de procesos que se vienen dando desde el año 2008. Responde a la necesidad del país y de los diferentes sectores involucrados de orientar las decisiones, optimizar el uso de los recursos y consolidar las acciones hacia la reducción del embarazo en adolescentes. El plan tiene como marco el proceso de regionalización y descentralización, así como los compromisos



internacionales reconocidos y asumidos por nuestro país: la Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo (1994), la Conferencia sobre la Mujer (Beijing 1995), los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2001) y la REMSAA/437 que en la Resolución XXVIII, reconoce al embarazo en adolescentes como un problema de salud pública en los países del área andina. Es una expresión de la apuesta del Estado por el desarrollo de ciudadanos y ciudadanas con conocimientos, valores, actitudes y habilidades sociales que les permitan la vivencia de una sexualidad saludable, plena y responsable en el marco de la realización de un plan de vida y un mejor acceso a oportunidades de desarrollo y bienestar.

El plan se elaboró a partir de la construcción de un árbol de problemas, un árbol de objetivos y la matriz de marco lógico (ver anexos), basados en el quehacer de los diferentes actores involucrados (sectores) en un horizonte de diez años. El diagnóstico situacional realizado, así como el análisis de evidencias de intervenciones efectivas en otros países de la región y a nivel global, sustentan el contenido del Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes.

Objetivo general del Plan

Reducir la prevalencia del embarazo en adolescentes.

Meta: Se reducirá en 20% la prevalencia del embarazo en adolescentes.

Objetivos específicos

1. Postergar el inicio de la actividad sexual en la adolescencia.

Meta: Se reducirá en 20% el inicio de la actividad sexual en la adolescencia.

(Indicador base: a definirse sobre la base de datos que reporta la ENDES 2010 recabando información por edad específica así como la Encuesta Global de Salud Escolar 2010).

2. Incrementar el porcentaje de adolescentes que concluyen la educación secundaria.

Meta: Se incrementará en 30% el porcentaje de adolescentes mayores de 15 años que concluyen la educación secundaria.

(Indicador base: 27,7%, ENDES 2010).

3. Asegurar la inclusión de la Educación Sexual Integral (ESI) en el Marco Curricular Nacional y en los programas de capacitación del Ministerio de Educación para que las Regiones cuenten con condiciones institucionales para implementar la ESI.

Meta: El Marco Curricular incorporará e implementará la Educación Sexual Integral como parte de los aprendizajes fundamentales.

(Indicador base: no disponible. Se diseñará línea de base).

4. Incrementar la prevalencia de uso actual de métodos anticonceptivos modernos en las y los adolescentes sexualmente activas/os mayores de 18 años y en adolescentes que son madres.⁴

Meta: Se incrementará en 50% el uso actual de métodos anticonceptivos modernos en adolescentes sexualmente activos/as.

(Indicador base: 23%, ENDES 2010).

[4] El objetivo 3, referido a acceso a anticoncepción, así como su indicador y meta, serán actualizados una vez se logre modificar el Código Penal (Artículos: 170, 173 inciso 3) que actualmente establece la indemnidad sexual hasta los 18 años de edad penalizando las relaciones sexuales consentidas entre y con adolescentes menores de edad.

5. Disminuir los diferentes tipos de violencia en las y los adolescentes poniéndose énfasis en la violencia sexual.

Meta: Se disminuirá en un 30% la prevalencia de los diferentes tipos de violencia en las y los adolescentes poniéndose énfasis en la violencia sexual.

(Indicadores base: 70% de casos de violencia sexual en el grupo de edad de 10 a 17 años para el año 2009, Estudio Violaciones sexuales en el Perú 2000-2009. Un informe sobre el Estado de la Situación, 2011; 15% de adolescentes entre 15 y 19 años que experimentaron violencia física por parte del esposo o compañero durante los últimos 12 meses, ENDES 2010).

Líneas de acción estratégica

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

Las líneas de acción serán impulsadas y desarrolladas con participación de diversos sectores y actores:

- ◆ En el **nivel nacional**: Ministerio de Educación (MINEDU), Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (MINJUSDH), Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MINTRA), Ministerio de Salud (MINSa) y Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), universidades e instituciones académicas.
- ◆ En el **nivel regional**: gobiernos regionales a través de la Gerencia de Desarrollo Social, las direcciones regionales de Educación, direcciones regionales de Trabajo y Promoción del Empleo y direcciones regionales de Salud.
- ◆ En el **nivel local**: gobiernos provinciales y distritales a través de la Gerencia Social, las redes de Salud, las unidades de gestión educativa local, entre otras instancias de gobierno local. Organizaciones de la sociedad civil incluyendo redes y organizaciones de adolescentes y jóvenes, asociaciones de padres y madres de familia y organizaciones de base comunitaria.



Objetivos, metas y líneas de acción estratégica

Objetivo General:
Reducir la prevalencia del embarazo en adolescentes.

Meta:
Reducir en 20% la prevalencia del embarazo en adolescentes.

Objetivo Específico 1:
Postergar el inicio de la actividad sexual en la adolescencia.

Meta 1:
Se reducirá en 20% el inicio de la actividad sexual en la adolescencia.

LAE 1:
Acceso a la educación básica.

LAE 2:
Educación sexual integral desde la infancia.

Objetivo Específico 2:
Incrementar el porcentaje de adolescentes que concluyen la educación secundaria.

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

LAE 3:
Entorno familiar y comunitario favorable para el desarrollo integral del adolescente.

LAE 4:
Espacios de recreación y buen uso del tiempo libre para el desarrollo integral de los y las adolescentes.

Objetivo Específico 3:
Asegurar la inclusión de la Educación Sexual Integral (ESI) en el Marco Curricular Nacional y en los programas de capacitación del Ministerio de Educación.

Meta 3:
El Marco Curricular Nacional incorpora la Educación Sexual Integral como parte de los aprendizajes fundamentales.

LAE 5:
Acceso a servicios de atención integral en salud sexual y reproductiva.

LAE 6:
Orientación y consejería en salud sexual y reproductiva y anticoncepción para las y los adolescentes sexualmente activos, mayores de 18 años y las adolescentes que son madres.

Objetivo Específico 4:
Incrementar la prevalencia de uso actual de métodos anticonceptivos modernos en las y los adolescentes sexualmente activas/os mayores de 18 años y en adolescentes que son madres.

Meta 4:
Se incrementará en 50% el uso actual de métodos anticonceptivos modernos en adolescentes sexualmente activos/as mayores de 18 años y en adolescentes que son madres.

LAE 7:
Redes de protección y apoyo social con participación comunitaria.

LAE 8:
Empoderamiento y participación adolescente y joven.

Objetivo Específico 5:
Disminuir los diferentes tipos de violencia en las y los adolescentes poniéndose énfasis en la violencia sexual.

Meta 5:
Se disminuirá en 30% la prevalencia de violencia física y violencia sexual que afecta a los y las adolescentes.

LAE 9:
Comunicación social en la prevención del embarazo adolescente.

LAE 10:
Orientación vocacional y empleabilidad juvenil.

LAE 11:
Alianzas estratégicas multi-sectoriales.

LAE 12:
Monitoreo, supervisión, evaluación e investigación operativa.

Presupuesto

El objetivo del Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2012 - 2021 es establecer las pautas que deberán cumplir las diferentes instancias involucradas de los sectores públicos y privados a nivel nacional para disminuir el embarazo en adolescentes en el país. En tal sentido, se han planteado los siguientes objetivos específicos y sus respectivos presupuestos para el periodo 2012 - 2021:

Nº	Objetivos	Total en S/.
1	Postergar el inicio de la actividad sexual en la adolescencia.	121,658,226
2	Incrementar el porcentaje de adolescentes que concluyen la educación secundaria.	13,016,025
3	Asegurar la inclusión de la Educación Sexual Integral (ESI) en el Marco Curricular Nacional y en los programas de capacitación del Ministerio de Educación para que las Regiones cuenten con condiciones institucionales para implementar la ESI.	11,573,058
4	Incrementar la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos en las y los adolescentes sexualmente activos.	119,739,589
5	Disminuir la violencia física y sexual ejercida por la pareja, que afecta a las adolescentes.	103,782,382
Total		369,769,280

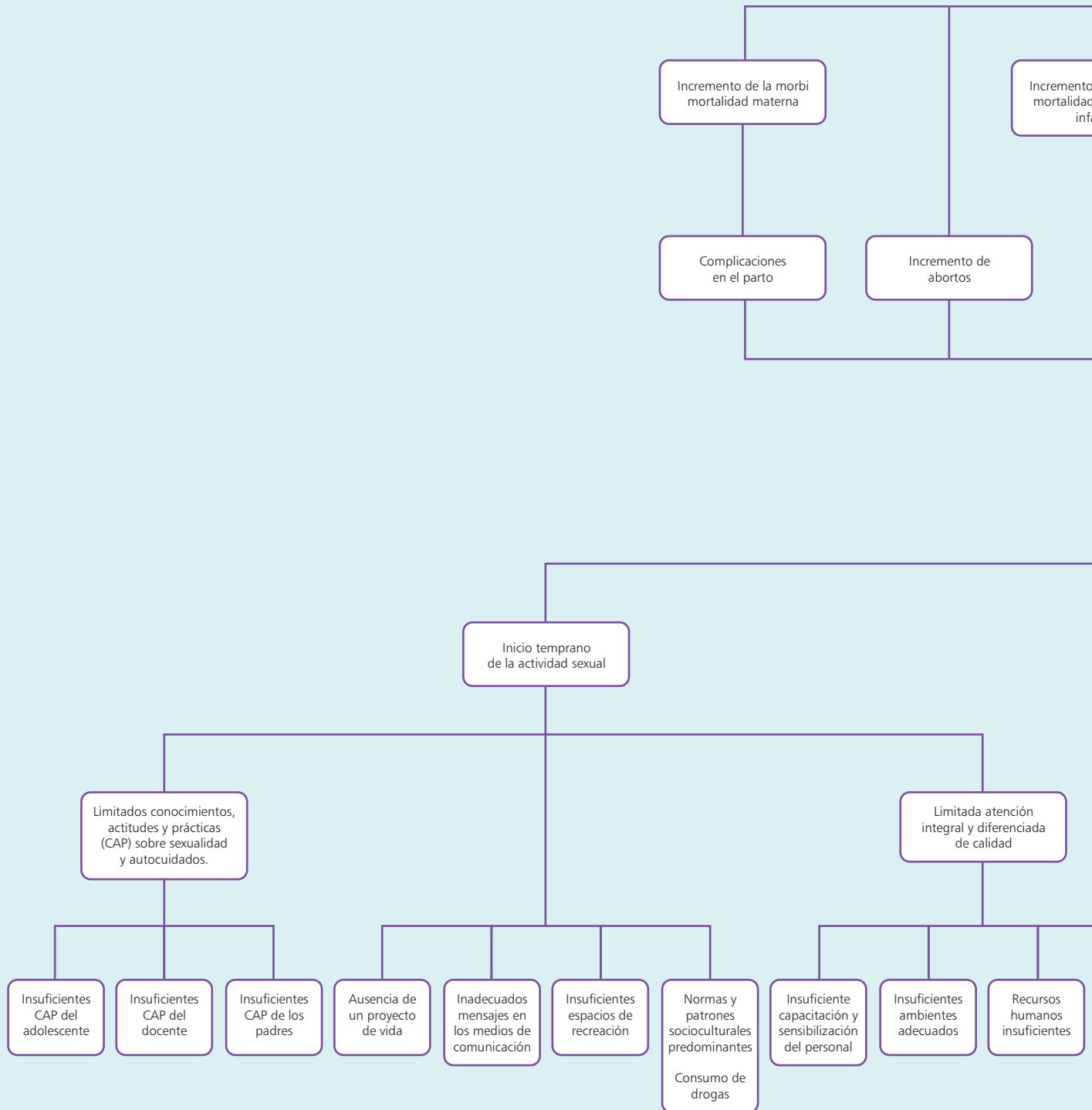
La suma del **financiamiento requerido para alcanzar los cinco objetivos** del plan asciende a un total de **S/. 369,769,280**. La mayor asignación requerida se concentra en el primer objetivo del plan: postergar el inicio de la actividad sexual en la adolescencia.

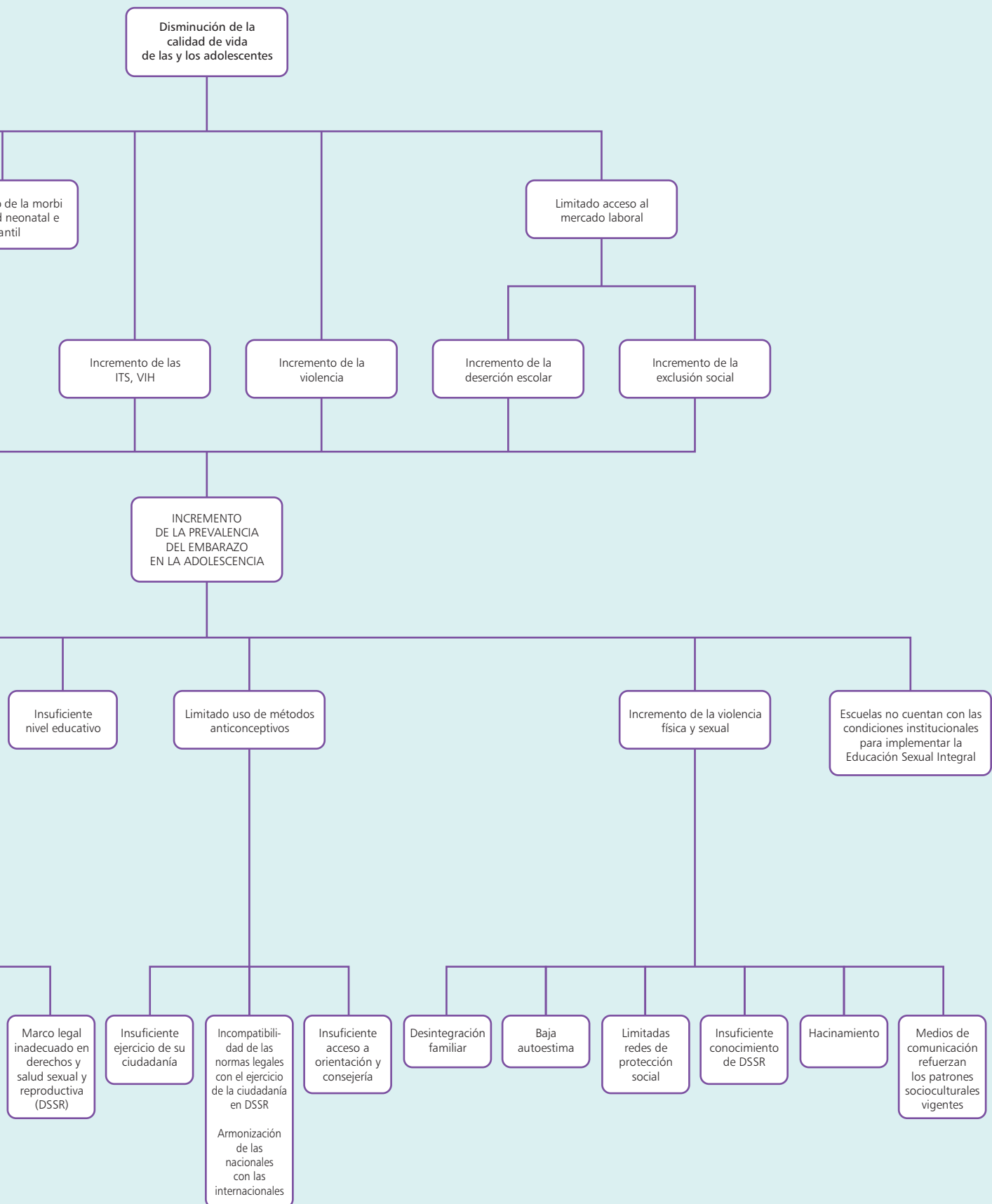
Sobre la base de estos objetivos se han planteado **doce líneas de acción estratégica**, las que se han definido con los actores involucrados, asignándose responsabilidades y proponiéndose un presupuesto para los próximos diez años:



Anexo 1

Árbol de problemas (Causa / Efecto) Embarazo en adolescentes

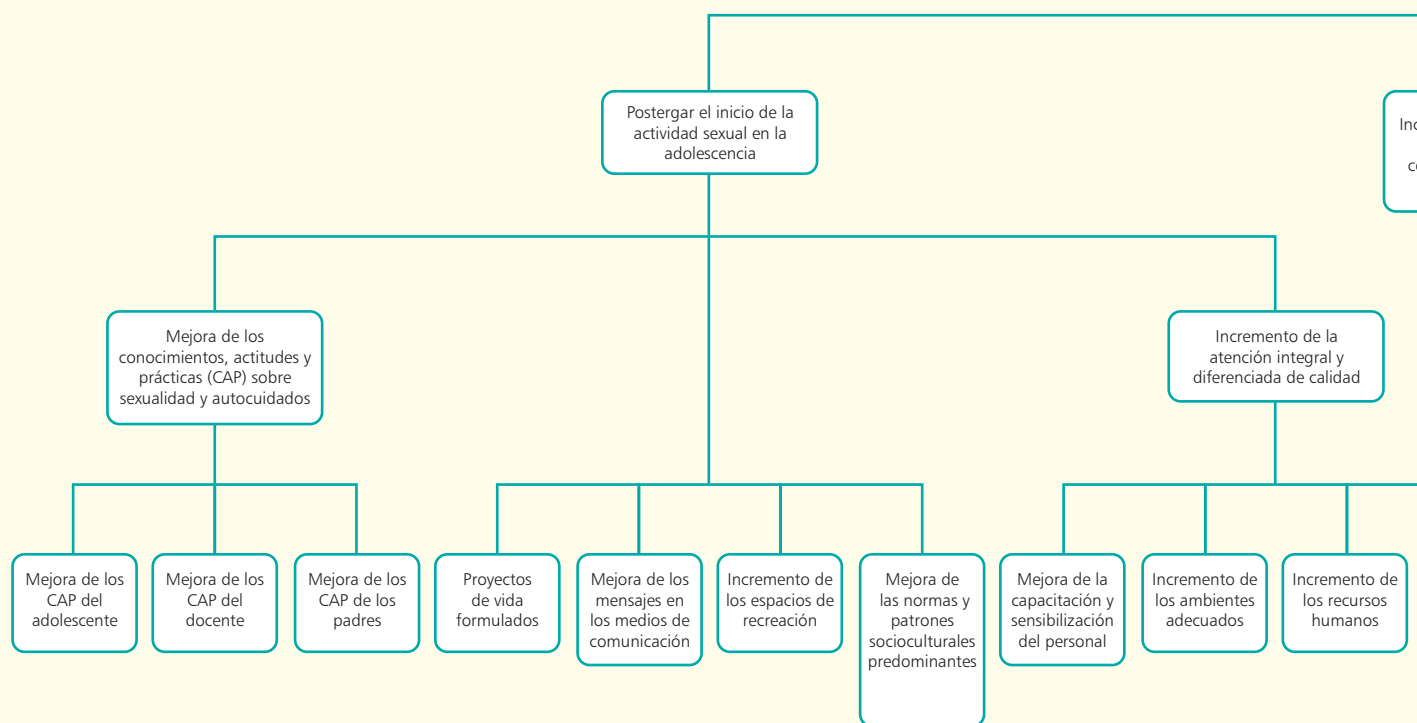
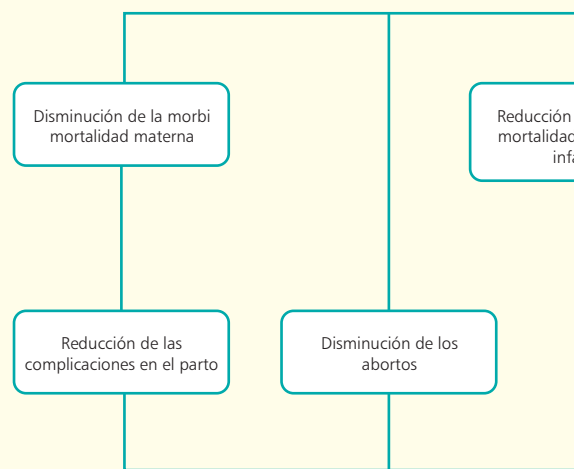


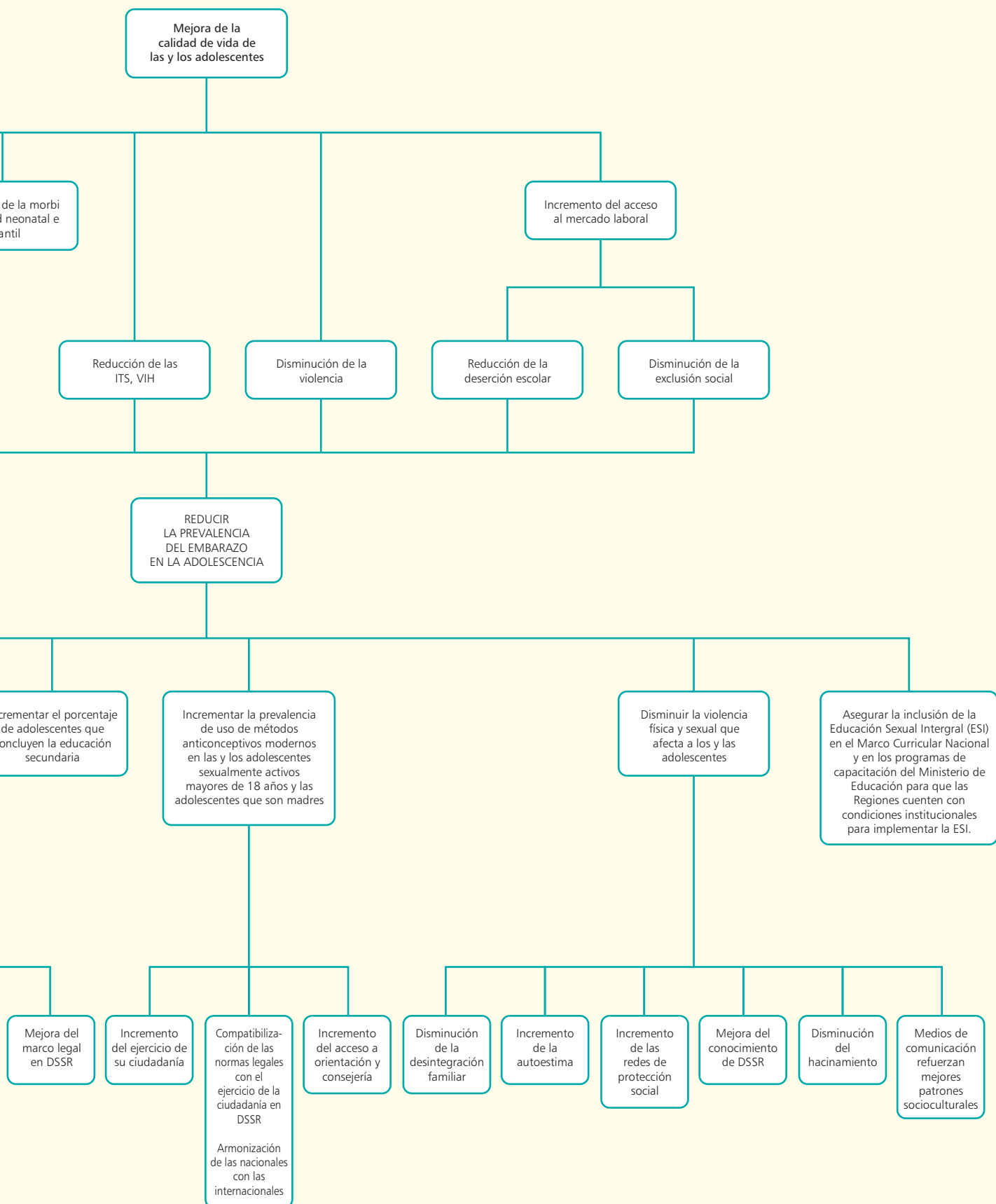


Anexo 2

Árbol de objetivos

(Medios / Fines) Embarazo en adolescentes

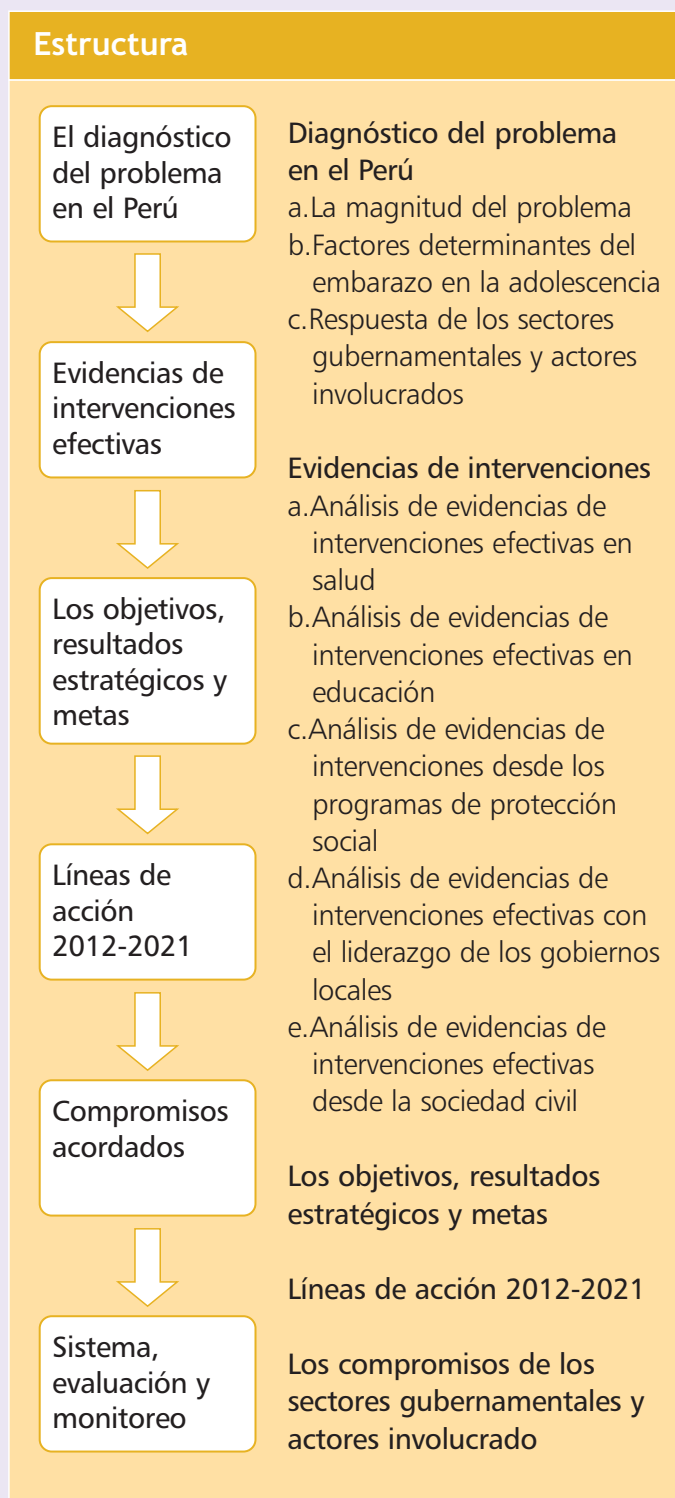




Objetivo General	Objetivos Específicos	Líneas de acción estratégica	Sectores responsables
Reducir la prevalencia del embarazo en adolescentes. Meta: Se reducirá en 20% la prevalencia del embarazo en adolescentes. (Indicador de base: 13,5%, ENDES 2010).	1. Postergar el inicio de la actividad sexual en la adolescencia. Meta: Se reducirá en 20% el inicio de la actividad sexual en la adolescencia. (Indicador base: a definirse sobre la base de datos que reporta la ENDES 2010 recabando información por edad específica y a la Encuesta Global de Salud Escolar 2010). 2. Incrementar el porcentaje de adolescentes que concluyen la educación secundaria. Meta: Se incrementará en 30% el porcentaje de adolescentes mayores de 15 años que concluyen la educación secundaria. (Indicador base: 27,7%, ENDES 2010). 3. Asegurar la inclusión de la Educación Sexual Integral (ESI) en el Marco Curricular Nacional y en los programas de capacitación del Ministerio de Educación para que las Regiones cuenten con condiciones institucionales para implementar la ESI. Meta: El Marco Curricular incorporará e implementará la Educación Sexual Integral como parte de los aprendizajes fundamentales. (Indicador base: no disponible. Se diseñará línea de base). 4. Incrementar la prevalencia de uso actual de métodos anticonceptivos modernos en las y los adolescentes sexualmente activos/os mayores de 18 años y en adolescentes que ya son madres. Meta: Se incrementará en 50% el uso actual de métodos anticonceptivos modernos en adolescentes sexualmente activos/as mayores de 18 años y en adolescentes que ya son madres. (Indicador base: 23%, ENDES 2010). 5. Disminuir los diferentes tipos de violencia en las y los adolescentes poniéndose énfasis en la violencia sexual. Meta: Se disminuirá en un 30% la prevalencia de los diferentes tipos de violencia en las y los adolescentes poniéndose énfasis en la violencia sexual. (Indicadores base: 70% de casos de violencia sexual en el grupo de edad comprendido entre los 10 y 17 años para el año 2009, Estudio Violaciones sexuales en el Perú 2000-2009. Un informe sobre el Estado de la Situación, 2011; 15% de adolescentes entre 15 - 19 años que experimentaron violencia física por parte del esposo o compañero durante los últimos 12 meses, ENDES 2010).	1. Acceso a la educación básica.	MINEDU MIMP
		2. Educación sexual integral desde la infancia.	MINEDU MINSA
		3. Entorno familiar y comunitario favorable para el desarrollo integral del adolescente.	MINEDU MINSA MINJUSDH MIMP
		4. Espacios de recreación y buen uso del tiempo libre para el desarrollo integral de los y las adolescentes.	Gobiernos Regionales y Locales MINEDU
		5. Acceso a servicios de atención integral en salud sexual y reproductiva.	MINSA
		6. Orientación y consejería en salud sexual y reproductiva y anticoncepción para las y los adolescentes sexualmente activos mayores de 18 años y en adolescentes que ya son madres.	MINSA
		7. Redes de protección y apoyo social con participación comunitaria.	MIMP MINJUSDH MINSA
		8. Empoderamiento y participación adolescente y joven.	MINSA MINEDU MIMP MINJUSDH Gobiernos Regionales y Locales
		9. Comunicación social en la prevención del embarazo adolescente.	MINSA MINEDU MIMP MINJUSDH Gobiernos Regionales y Locales
		10. Orientación vocacional y empleabilidad juvenil.	MINTRA MINEDU
		11. Alianzas estratégicas multisectoriales.	Participan todos los sectores
		12. Monitoreo, supervisión, evaluación e investigación operativa.	Participan todos los sectores bajo el liderazgo del MINSA

Anexo 4

El proceso de formulación del plan multisectorial de prevención del embarazo en adolescentes



Fases del proceso de elaboración del Plan

Primer momento: Diseño del plan

Paso 1

Organización, preparación y presentación del proceso

Paso 2

Diagnóstico del problema y análisis de evidencias de intervenciones

Paso 3

Definición de objetivos, metas y resultados estratégicos

Paso 4

Definición de líneas de acción

Paso 5

Redacción, validación final y presentación del Plan

Estrategias metodológicas:

1. Revisión y diseño en gabinete

Estrategias metodológicas:

1. Revisión de gabinete

Estrategias metodológicas:

1. Diseño en gabinete
2. Envío y discusión por correo electrónico

Estrategias metodológicas:

1. Diseño en gabinete
2. Reuniones separadas
3. Taller de consensos

Estrategias metodológicas:

1. Diseño en gabinete
2. Discusión por vía electrónica
3. Taller de validación

Segundo momento: Costeo del plan

I. Reuniones iniciales de coordinación

2 Reuniones
MIMP

2 Reuniones
MINEDU

2 Reuniones
MINJUSDH

2 Reuniones
MINSA

2 Reuniones
MINTRA

II. Reunión Multisectorial: Consensos sobre actividades y costeo del plan



III. Ajustes en actividades y costeo según líneas estratégicas con cada uno de los sectores

MIMP

MINEDU

MINJUSDH

MINSA

MINTRA

CONSIDERANDO

Que a nivel de la subregión andina se estima que la población de adolescentes entre 10-19 años asciende a más de 29 millones de personas, lo cual representa el 20% del total de la población en la subregión, constituyendo uno de los pilares fundamentales para el desarrollo social.

Que América Latina y el Caribe es una región en transición demográfica donde la suma de políticas sociales en educación, salud y desarrollo económico dirigidas a fomentar la equidad en las oportunidades para adolescentes y jóvenes, es indispensable para capitalizar el bono demográfico.

Que, a diferencia de otros grupos etarios, la tasa de fecundidad adolescente no ha disminuido en la mayoría de los países de la subregión andina. Los nacimientos en madres adolescentes en la subregión representan el 18% del total de nacimientos, lo cual constituye una preocupación por sus efectos negativos sobre el desarrollo integral de las mujeres, hombres, hijos e hijas, familias y de la sociedad a la que pertenecen, alterando sus expectativas de un mayor logro educativo, desarrollo integral, y ejercicio de derechos, que en condiciones de ruralidad, marginalidad y exclusión social, perpetúan el ciclo intergeneracional de la pobreza.

Que el acceso universal a los servicios con atención diferenciada para adolescentes, hombres y mujeres, con énfasis en la salud sexual y reproductiva, incluyendo la prevención del embarazo en adolescentes, forma parte del derecho a la salud y constituye uno de los objetivos del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y

[1] Subregión Andina: Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela.

el Desarrollo (CIPD, Cairo 1994) y es una de las metas para alcanzar los Objetivos del Desarrollo Milenio (ODM), particularmente el objetivo 5 (a y b), el cual presenta el mayor rezago para su cumplimiento en la subregión.

Que la experiencia y evidencia disponible indican la necesidad de la activa participación de todos los sectores que tienen responsabilidades sobre los determinantes relacionados con el embarazo en adolescentes, especialmente educación y salud, en las políticas, estrategias y programas de prevención y reducción de la fecundidad precoz.

Que es necesaria la participación protagónica de las y los adolescentes, jóvenes, y de la comunidad, desde el nivel local, en el diseño, ejecución y evaluación de las políticas, estrategias y programas dirigidos a la prevención y reducción del embarazo en adolescentes.

Que las Ministras y Ministros de Salud y Educación del Área Andina, aprobaron las Resoluciones REMSAA 436, 437, 456 y 4 en REMSAA extraordinaria; reconociendo las consecuencias del embarazo en adolescentes como un importante problema social y de salud pública en la subregión, declararon prioritarios los planes nacionales para su prevención y atención integral.

Que siguiendo las recomendaciones de la Resolución REMSAA 456 se elaboró y puso en marcha el Plan Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (PLANEA) para garantizar el acceso universal a los servicios de salud para adolescentes, en el marco de los acuerdos de la CIPD y la Declaratoria de México "Educar para Prevenir". En este contexto los países firmantes han implementado políticas, planes, programas de educación en derechos sexuales y reproductivos y servicios amigables en salud sexual y reproductiva para adolescentes.

Que el Ministerio de la Protección Social de Colombia (MPS), el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS CONHU) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), con el auspicio de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), han convocado a una Reunión de Alto Nivel con el fin de analizar los avances y desafíos en materia de prevención del embarazo adolescente en el área andina, en el marco de la iniciativa del Fondo UNFPA/AECID para este campo, ejecutada en Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, en colaboración con sus socios estratégicos Family Care International (FCI) y la Organización Iberoamericana de Juventud (OIJ) durante el período 2008-2011.

DECLARAN

1. Fortalecer las acciones de respuesta y los compromisos asumidos por los gobiernos, organizaciones de jóvenes y sociedad civil, en el período de ejecución del Plan Andino para la Prevención del Embarazo Adolescente (PLANEA), apoyado por UNFPA con auspicio de AECID, coadyuvando al cumplimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (Cairo, 1994) y de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).
2. Acelerar la ejecución de las acciones necesarias, contempladas en el PLANEA y planes nacionales orientadas a disminuir el embarazo adolescente, incluyendo acciones específicas para prevenir el embarazo en menores de 15 años, a la luz de la evidencia científica.
3. Propiciar la colaboración entre las instancias competentes tanto del poder ejecutivo como legislativo, en los países donde sea el caso, para garantizar un marco legal apropiado para la implementación de las acciones en la prevención del embarazo adolescente.

4. Crear y consolidar los mecanismos formales para la planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de las acciones del PLANEA y de los planes nacionales, regionales y locales para la prevención del embarazo adolescente, garantizando la participación de adolescentes, de la sociedad civil y la vinculación entre sectores.

5. Reconocer el consejo de jóvenes del PLANEA como punto de referencia para la movilización social e incidencia política.

6. Garantizar el acceso universal a servicios de salud para adolescentes y a una educación sexual integral, privilegiando el trabajo y la coordinación intersectorial, en el marco de los derechos sexuales y reproductivos, con los enfoques de género, interculturalidad y generacional.

7. Propiciar que el trabajo intersectorial se enmarque en procesos más amplios de desarrollo para afectar los determinantes que influyen sobre el embarazo adolescente.

8. Fortalecer acciones para la prevención del abuso y violencia sexual y reforzar los mecanismos para la atención, protección y restitución de derechos de los casos relacionados con ellos y el embarazo adolescente derivado de estos, incluyendo la revisión del marco jurídico, de ser pertinente.

9. Destinar y/o movilizar recursos humanos y financieros en cada uno de los países de la subregión andina para la implementación, monitoreo y evaluación de procesos, resultados e impacto del PLANEA, así como promover la sistematización de buenas prácticas y alentar el intercambio y cooperación sur-sur entre los países de la subregión andina.

10. Fomentar el uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos.

11. Propiciar el compromiso de otros sectores sociales como los partidos políticos, la empresa privada, los medios de comunicación, entre otros, para facilitar la implementación de las acciones en los niveles nacional, regional y local.

12. Instar a los organismos de cooperación internacional en particular al Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), y a la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) así como al Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS CONHU), Family Care International (FCI) y a la Organización Iberoamericana de Juventud (OIJ), a continuar su apoyo a los procesos regionales y nacionales.

Dada en la ciudad de MEDELLÍN, Colombia el día 1º de septiembre del 2011.

María del Pilar Chávez
Ministerio de Educación
BOLIVIA

Nila Heredia
Ministerio de Salud y Deporte
BOLIVIA

María Cecilia Mckay
Ministerio de Educación
CHILE

Jaime Mañalich
Ministerio de Salud
CHILE

Mauricio Perfetti
Ministerio de Educación
COLOMBIA

Beatriz Londoño
Ministerio de la Protección Social
COLOMBIA

Alberto Tejada
Ministerio de Salud
PERÚ

David Chiriboga
Ministerio de Salud Pública
ECUADOR

Janeth Sánchez
Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social
ECUADOR

Miriam Morales
Ministerio del Poder Popular para la Salud
VENEZUELA

María del Mar Humberto
AECID

Paul Giovanni Rodríguez
OIJ

Marcela Suazo
UNFPA - LACRO

Caroline Chang
ORAS CONHU

Martha Murdock
FCI

Linda Criollo
Consejo Andino de Jóvenes
PLANEA



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



Fondo de Población
de las Naciones Unidas - Perú

Porque cada persona es importante



MINISTERIO
DE ASUNTOS EXTERIORES
Y DE COOPERACIÓN



Agencia Española
de Cooperación
Internacional
para el Desarrollo