

**SOMOS EL PRESENTE,
SOMOS EL FUTURO,**

Las y los adolescentes constituyen la tercera parte de la población peruana. Sin embargo, su importancia no radica en el peso numérico, sino en la potencialidad que ellas y ellos representan para el desarrollo de sus regiones y por ende del Perú. El desarrollo requiere que se aproveche al máximo la oportunidad del bono demográfico, invirtiendo en educación, salud, preparación para el trabajo y redes de apoyo y protección, de tal manera que las y los adolescentes estén más capacitados, sean productivos, y cuenten con mayor potencial para contribuir al fortalecimiento de la competitividad del país.



**DE TODO EL PERÚ
DEPENDE**

**¿Por qué debemos invertir
en adolescentes?**

La impresión de esta publicación
ha sido posible por el apoyo de



Plan



PERÚ

Ministerio
de Salud

SOMOS EL PRESENTE,
SOMOS EL FUTURO,
DE TODO EL PERÚ DEPENDE

¿POR QUÉ DEBEMOS INVERTIR EN ADOLESCENTES?

Contenido

- 1.** La Adolescencia como etapa de vida..... 4
- 2.** ¿Cuántos son, dónde están y qué hacen las y los adolescentes? 6
- 3.** ¿Sabemos cuánto se invierte en adolescentes? 10
- 4.** ¿Por qué debemos invertir en adolescentes? 14
- 5.** ¿De qué mueren y enferman las y los adolescentes en el Perú? 18
- 6.** ¿Qué requieren las y los adolescentes?32
- 7.** ¿Cómo responde el sector salud a las necesidades de salud de las y los adolescentes?..... 34
- 8.** ¿Qué compromisos hemos asumido?36
- 9.** ¿Qué debemos apoyar desde las regiones?..... 38

Mg. Midori Musme Cristina de Habich
Rospiglosi
Ministra de Salud

Dr. José Del Carmen Sara
Viceministro de Salud

Dra. María Cecilia Lengua Hinojosa
Directora General de Salud de las Personas

Dr. Carlos Alberto Alvarado Chico
Director Ejecutivo de Atención Integral de Salud

Dra. María del Carmen Calle Dávila
Responsable Nacional de las Etapas de Vida
Adolescente y Joven

Elaborado por:

Dra. María del Carmen Calle Dávila
Mg. María Elena Yumbato Pinto
Mg. Dorina Vereau Rodríguez

Revisado por:

Lic. Ana Borja Hernani

Presentación

Las y los adolescentes constituyen la tercera parte de la población peruana. Sin embargo, su importancia no radica en el peso numérico, sino en la potencialidad que ellas y ellos representan para el desarrollo de sus regiones y por ende del Perú. El desarrollo requiere que se aproveche al máximo la oportunidad del bono demográfico, invirtiendo en educación, salud, preparación para el trabajo y redes de apoyo y protección, de tal manera que las y los adolescentes estén más capacitados, sean productivos, y cuenten con mayor potencial para contribuir al fortalecimiento de la competitividad del país.

Este material ha sido producido por el Programa de Atención Integral de Salud de la Adolescente y el Adolescente, de la Dirección de Atención Integral de Salud del Ministerio de Salud. Contiene información recopilada durante los últimos años sobre la situación de las y los adolescentes, empezando por algunos aspectos demográficos y socioculturales, y describiendo los principales problemas que afectan su salud y desarrollo integral.

Presenta argumentos para invertir en adolescentes, así como información acerca del presupuesto público, a fin de alentar a las autoridades regionales y locales a destinar recursos a políticas públicas, programas y proyectos dirigidos a este importante grupo poblacional, en el marco de los **Lineamientos de política de salud y desarrollo de los y las adolescentes**.

De este modo, desde todos los niveles de gobierno, estaremos contribuyendo de manera consciente, responsable y justa a garantizar la promoción y protección de los derechos de las y los adolescentes, prestando atención particular a aquellos que cuentan con menores oportunidades.

Debemos invertir para que las trayectorias de vida de nuestras y nuestros adolescentes sean exitosas y su participación activa en los campos social, político, económico y cultural ocurra sin ningún tipo de discriminación, contribuyendo así a un país más justo, más solidario, más equitativo y más inclusivo.

Porque las y los adolescentes son el presente y son el futuro, de todo el Perú depende.

1.

La Adolescencia como etapa de vida



El Ministerio de Salud ha definido a la población adolescente como aquella comprendida entre los 12 y los 17 años 11 meses 29 días, en concordancia con la Convención de los Derechos del Niño y el Código del Niño y del Adolescente vigente en el Perú

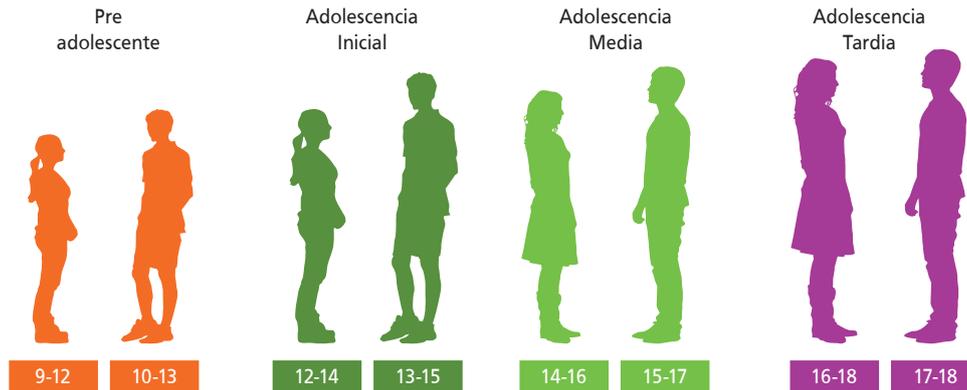
Naciones Unidas considera adolescentes a las personas entre las edades de 10 a 19 años¹, este grupo presenta características y necesidades específicas relacionadas al proceso de construcción de su identidad, autonomía y desarrollo personal. En su interior se reconoce a varios grupos con diferentes necesidades.

En la adolescencia, las personas asumen nuevas responsabilidades, se van haciendo progresivamente más independientes, definiendo quiénes son, cuál es su papel en la sociedad, poniendo en práctica los valores y las habilidades aprendidas en el seno de las familias y de la sociedad a la que pertenecen, siendo el contexto socio cultural en el que viven, determinante para su desarrollo y su capacidad de generar y alcanzar sus proyectos de vida, por ello decimos que no hay una única forma de ser adolescente en el Perú.

Para algunos, la adolescencia es la etapa de las oportunidades para desplegar toda la potencialidad, creatividad, energía y esa capacidad deliberativa que singulariza a esta etapa, sin embargo, para otros, es un periodo de riesgos para su salud y su desarrollo integral cuando sus vidas se ven afectadas por la pobreza, las carencias educacionales, las insuficientes oportunidades laborales, la violencia, la

1. Estado de la Niñez en el Perú, UNICEF, INEI, Lima, febrero de 2011.

Etapas de desarrollo



explotación y la discriminación que comprometen su desarrollo personal, el de sus familias y sus comunidades, creándose un círculo vicioso de reproducción de la pobreza.

En términos generales las y los adolescentes son un grupo sano. Sin embargo, muchos mueren de forma prematura debido a accidentes, suicidios, violencia, complicaciones relacionadas con el embarazo y enfermedades prevenibles.

Es necesario recordar que los patrones de comportamiento que se adquieren durante la adolescencia: el comportamiento sexual, el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, los hábitos alimentarios, el uso de medidas de seguridad y la forma de hacer frente a los conflictos y riesgos, se instalan para toda la vida, afectando su salud y bienestar en el futuro.

La adolescencia como etapa es tan importante como la infancia, y en el marco de la actual política de inclusión social, exige un compromiso real de parte del Estado y de todas y todos los peruanos para invertir en salud, educación, oportunidades de empleo y ejercicio ciudadano, para que las y los adolescentes logren su desarrollo integral, el de sus familias y sus comunidades, contribuyendo al progreso socioeconómico de sus regiones y por tanto del Perú.

2.

¿Cuántos son, dónde están y qué hacen las y los adolescentes?



Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), al año 2011 somos:

29'797,694

habitantes en el Perú

3'451,075

son adolescentes de 12 a 17 años.

De ellos

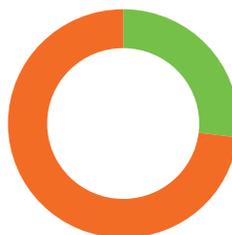


1'261,610
Varones

1'259,650
Mujeres



Población Adolescente de 12 a 17 años



26.94% rural

73.06% urbana

Fuente: INEI, Estadísticas, 2011.

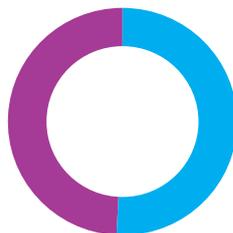
Si consideramos el segmento poblacional de 10 a 19 años son:

5'679,770
de adolescentes



De ellos

49,1%
mujeres



50,9%
varones

Vive en zona:



73%
zona
urbana



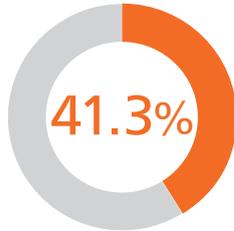
36 %
zona
rural

Fuente: INEI, Censo de Población y Vivienda 2007.

¿Y cuántos adolescentes son indígenas?

Las y los adolescentes indígenas entre 12 y 17 años son:

432,673
adolescentes



72%
reside en
el área rural

Las regiones del país donde existe mayor población de niñas, niños y adolescentes indígenas son:

- Apurímac(61%)
- Huancavelica.....(56%)
- Ayacucho(53%)
- Puno(49%)
- Cusco(45%)

Fuente: UNICEF, INEI, Estado de la Población Indígena en el Perú, 2010.



¿Cuántos estudian?

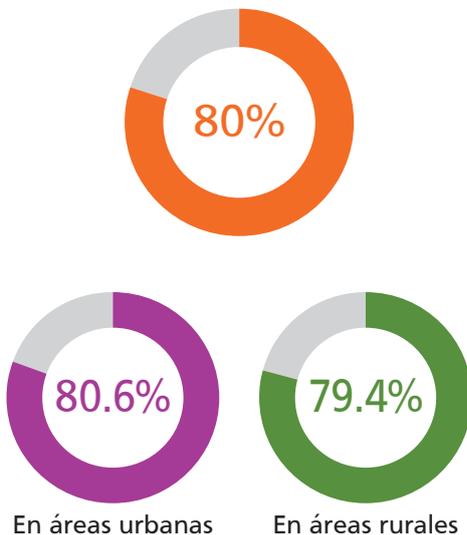
Para el año 2011, el 80% de las y los adolescentes de 12 a 17 años asistió a la educación secundaria. En las áreas urbanas, el 80.6%, mientras que en las rurales solo el 79.4%. Del total que asistió a la educación secundaria, un 14.8% lo hizo en condición de atraso escolar, siendo éste mayor en el área rural (32.4%) que en la urbana (12.2%) y entre los varones (16.7%) que entre las mujeres (12.9%). Asimismo, es

importante hacer notar que la tasa de deserción fue de 8.8%, siendo más frecuente en el área urbana (47.1%) que en la área rural (42.6%) y afectando más a los varones que a las mujeres, 53.8% y 40.4% respectivamente.

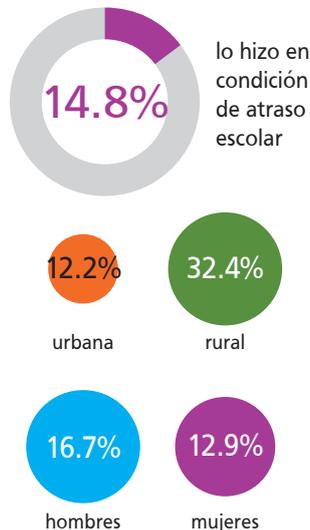
Las principales razones de la deserción escolar son: problemas económicos (44.9%), no quiso estudiar (23.2%), problemas familiares (15.9%) o por dedicarse a los quehaceres del hogar 6.0%. Asimismo, datos procedentes del MINSA señalan que el embarazo adolescente es causa del 25% de la deserción escolar.²

² MINSA, Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva, 2012.

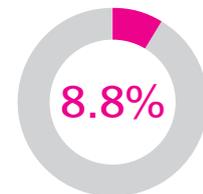
Asistieron en el 2011 a la educación secundaria



Del total que asistió a la educación secundaria



Tasa de deserción



Las razones:

- 44.9%** problemas económicos
- 23.2%** no quiso estudiar
- 15.9%** problemas familiares
- 6.0%** por dedicarse a los quehaceres del hogar
- 25.0%** por embarazo

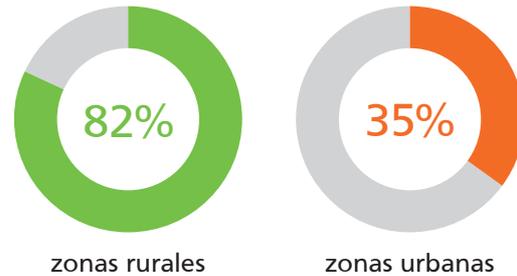
Fuente: MINEDU, ESCALE - Unidad de Estadística Educativa, 2011.

¿Cuántos trabajan?

En el Perú, las y los adolescentes entre los 14 y 17 años trabaja en alguna actividad económica



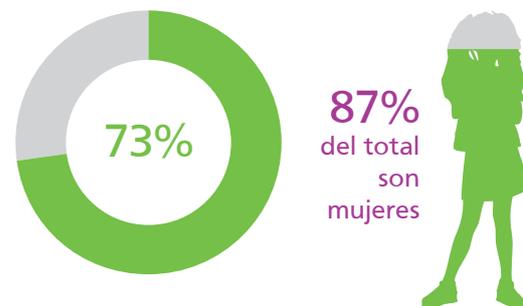
De las y los adolescentes que trabajan



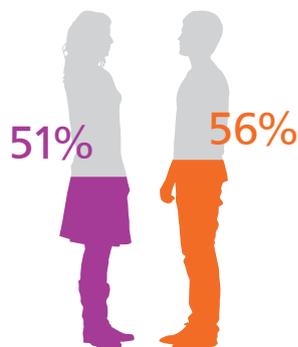
Fuente: INEI, Encuesta Nacional de Hogares 2009.

A nivel nacional, la tasa de adolescentes que trabaja es mayor entre los varones (56%) que entre las mujeres (51%), diferencia que es más notoria en las zonas rurales. Si bien, las adolescentes presentan una menor participación en las actividades económicas, ellas tienen una mayor participación en las tareas domésticas. Mientras el 73% de los adolescentes realizan actividades domésticas, este porcentaje asciende a 87% entre las adolescentes mujeres.

Los que realizan actividades domésticas



De las y los que trabajan



Diferencia que es más notoria en las zonas rurales

El desarrollo de la y el adolescente y la posibilidad de que alcance su proyecto de vida en la etapa adulta, puede verse condicionado por la actividad laboral que realice. Una jornada de trabajo relativamente larga, o trabajos riesgosos o de alta demanda de esfuerzo físico, impide que dedique suficiente tiempo a las actividades escolares, al entretenimiento, así como a otros importantes aspectos de su desarrollo y puede afectar su bienestar físico y/o psicológico.

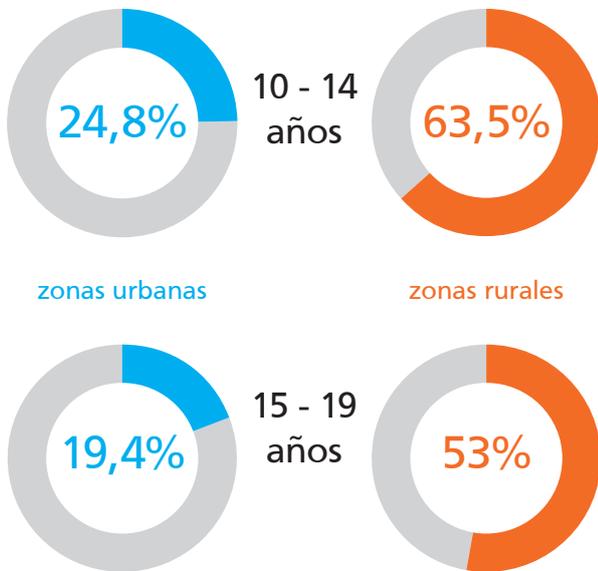
Fuente: INEI, Encuesta Nacional de Hogares 2009.

¿Cuántos son pobres?

Las y los adolescentes afectados por la pobreza



Así tenemos que la pobreza afecta más en zonas rurales



REGIONES QUE CONCENTRAN EL MAYOR PORCENTAJE DE ADOLESCENTES QUE SON POBRES



La pobreza es el principal impedimento para que las y los adolescentes desplieguen sus capacidades, logren su identidad, autonomía y desarrollo integral.

Fuente: INEI, Informe Técnico Evolución de la Pobreza, 2007-2011.

3.

¿Sabemos cuánto podemos invertir en adolescentes?



En nuestro país, en los últimos años, la inversión en salud, nutrición, educación primaria y la protección de las y los niños más pequeños ha garantizado un comienzo mucho mejor en la vida para muchas peruanas y peruanos. Este logro, sin embargo, no ha estado acompañado de la responsabilidad de asegurar que el apoyo a las y los niños continúe a medida que crecen y se desarrollan como adolescentes.

Siendo las y los adolescentes un segmento poblacional sumamente importante por la implicancia que tienen en el desarrollo económico del país, la inversión que se haga en ellas y ellos es impostergable.

Si bien el Perú se encuentra en una etapa de expansión económica, no debemos caer en el “exceso de confianza y en la autocomplacencia”. El crecimiento económico y el desarrollo económico solo serán sostenibles si van acompañados de inversión en capital humano.

En tal sentido, es importante tomar conciencia que, si invertimos en educación tendremos adolescentes y jóvenes más calificados que generan progreso para ellas y ellos y sus respectivas familias, así como también mayor competitividad para las regiones y el país.

Si invertimos en salud, tendremos una población sana, que pone en práctica hábitos y estilos de vida saludables, compatibles con una vida digna y feliz.

Por ello, a nivel de los gobiernos regionales y locales, es importante que aprovechen el bono demográfico que representan las y los adolescentes y desarrollen políticas, programas y proyectos centrándose principalmente en las áreas de educación, salud y trabajo.

En este marco, resulta imprescindible que tomemos como referencia el Presupuesto para el año fiscal 2013, el que asciende a 108 mil 418 millones 909 mil 559 nuevos soles³.

3 MEF, Dirección General de Presupuesto Público, Guía de Orientación Presupuesto del Sector Público 2013.

PRESUPUESTO INSTITUCIONAL DE APERTURA 2013
LEY N° 29951

Nivel de Gobierno	Presupuesto Institucional de Apertura	
	Nuevos Soles	%
Total	108,418,909,559	100.0
Gobierno Nacional	72,635,027,279	67.0
Gobiernos Regionales	17,633,667,360	16.3
Gobiernos Locales	18,150,214,920	16.7

Una tercera parte del presupuesto es para los gobiernos regionales y locales. Sin embargo, la Ley de Presupuesto Público 2013 permite la transferencia de presupuesto de las entidades del gobierno nacional a los gobiernos regionales y locales, para lo cual los proyectos de inversión pública que se elaboren deben contar con viabilidad en el marco del Sistema Nacional de Inversión Pública (SNIP).

Este año se profundizarán las Intervenciones Públicas que se ejecutan en el marco de Presupuesto por Resultados. Algunas de ellas que alcanzan a la población adolescente son: Prevención de la violencia, Prevención de la Tuberculosis (TBC) y el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y "Logros de Aprendizaje en Educación Básica" (PELA).

Asimismo, las municipalidades podrán acceder a más recursos públicos mediante el Fondo de Promoción a la Inversión Pública Regional y Local (Foniprel) que cuenta con 400 millones de soles, y mediante el Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal, que tendrá 1,100 millones de soles como fondo.

Los programas con inclusión social que son los más representativos del actual Gobierno, priorizan la lucha contra la pobreza, la mejora de oportunidades y la atención de enfermedades de alta complejidad. El presupuesto total de dichos programas asciende a

S/. 3,859 millones de soles.

Dentro de estos programas sociales, "Beca 18" y "Jóvenes a la Obra" alcanzan a las y los adolescentes.

PRESUPUESTO PARA PROGRAMAS DE INCLUSION SOCIAL
Millones de Nuevos soles

Programa	PROY PPTO 2013
Pensión 65	454
JUNTOS	1049
Beca 18 ⁽¹⁾	324
Cuna Más	241
SAMU	105
Jóvenes a la obra ⁽²⁾	38
Trabaja Perú ⁽²⁾	64
Qali warma	844
Plan Cáncer ⁽³⁾	741
Total	3,859

(1) Programa Nacional de Becas y Crédito Educativo.

(2) Corresponde a la Unidad Ejecutora

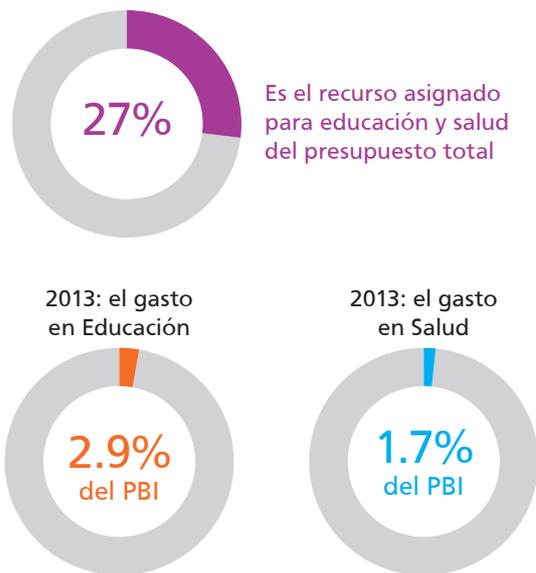
(3) Incluye el Programa Prevención y Control del Cáncer y la Prevención de la reserva de contingencia para el seguro oncológico.

Recursos para Educación y Salud

La asignación de recursos para educación y salud no se puede considerar un gasto sino una inversión que reditúa en el fortalecimiento y desarrollo del capital humano, para lo cual se ha destinado el 27% del presupuesto total y el 33% del presupuesto no financiero ni previsional a las intervenciones en Salud y Educación.

Para el 2013, el gasto en educación representa el 2.9% del PBI, lo cual sigue siendo un reto pues lo suscrito en el Acuerdo Nacional es que éste llegue al 6%⁴.

En el caso del gasto asignado a salud, este representa el 1.7% del PBI, cifra inferior al gasto asignado en el mismo rubro en otros países de la región⁵.



En el actual presupuesto 2013 se priorizan los siguientes Programas Presupuestales:

S/. 10,155 millones

Programa Logros de Aprendizaje en Educación Básica: se destinan S/. 10,155 millones. Con dicho programa se busca la mejora de la calidad educativa incrementando los niveles de comprensión lectora y razonamiento matemático.

S/. 352 millones

Lucha contra el narcotráfico y el consumo ilegal de drogas: se asignan S/. 352 millones, de los cuales el 8% es para la prevención de drogas.

S/. 1,085 millones

Programa Salud Materno Neonatal: el presupuesto asciende a S/. 1,085 millones, con lo cual se busca ampliar las tasas de cobertura de parto institucional y de gestantes con seis o más controles prenatales. En este marco la **Prevención del embarazo adolescente** tiene asignados 8 millones de nuevos soles. Este programa plantea como meta reducir en 20% la prevalencia del embarazo no planificado en adolescentes, mediante la implementación de la educación sexual y acceso a servicios, entre otras estrategias.

4 Jiménez Jaime Félix, Economía política peruana, sept 2012.

5 Ibid

S/. 49 millones

Prevención de la Violencia: el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) prevé la atención de 46,425 beneficiarios mediante orientación legal y defensa judicial, consejería psicológica y apoyo social y acciones de prevención mediante los Centros de Emergencia Mujer (CEM), teniendo como meta a 911,998 beneficiarios, contando con un presupuesto de 49 millones de nuevos soles.

S/. 421 millones

Prevención de TBC/VIH-sida: se cuenta con 421 millones de nuevos soles, orientados a disminuir la incidencia de la TBC en todas sus formas; así como, la infección por el VIH y el SIDA.

La asignación de recursos a los Programas Presupuestales, según niveles de gobierno se observa en el siguiente cuadro.

ASIGNACIÓN DE RECURSOS DE ALGUNOS DE LOS PROGRAMAS PRESUPUESTALES 2013

Programas Presupuestales	Nacional	Regional	Local	Total
PELA	3,744	5,871	540	10,155
Salud materno neonatal	540	540	5	1,085
TBC/VIH-sida	215	206	1	421
Lucha contra la violencia familiar	49			49
Empleo juvenil "Jóvenes a la obra"	38			38
Prevención y tratamiento de consumo de drogas	15	13		28
Total	4,591	6,630	546	11,766

Este es parte del escenario económico con el que cuentan las regiones. De la acertada decisión de sus autoridades depende que se usen los recursos de manera eficiente y eficaz, prestando atención particular a aquellas zonas que tienen menores oportunidades en la aplicación de las políticas, programas y proyectos dirigidos al desarrollo integral de la población adolescente.

Uno de los compromisos más importantes que debe hacer un país a favor de su progreso y estabilidad futuros en los aspectos económicos, sociales y políticos es ocuparse de las necesidades de educación, salud y desarrollo de sus adolescentes.

4.

¿Por qué debemos invertir en adolescentes?



En el marco de la actual política de inclusión social, entendida como “la situación en la que todas las ciudadanas y los ciudadanos del conjunto del país puedan ejercer sus derechos, acceder a servicios públicos de calidad, participar en la comunidad nacional en condiciones de igualdad y contar con las capacidades esenciales para aprovechar las oportunidades que abre el crecimiento económico”⁶, las y los adolescentes merecen nuestros mayores esfuerzos y atención.

Debemos invertir en las y los adolescentes porque necesitan desarrollar sus capacidades y habilidades para hacerse competentes y poder ejercer sus derechos y acceder a una educación de calidad, a servicios de salud de calidad, a un empleo digno y a participar de manera positiva en la vida democrática de nuestro país.

Como sabemos, no todos los niños, niñas y adolescentes nacen con las mismas oportunidades, es decir, la igualdad no es una condición real y se constituye por lo tanto en el objetivo común que todas y todos los peruanos junto al Estado, debemos perseguir.

INVERTIR EN ADOLESCENTES ES IMPRESCINDIBLE POR SEIS RAZONES COMO MÍNIMO:

- 1 Porque se requiere consolidar los logros que se han registrado en relación a la infancia, como la reducción de la mortalidad infantil y el acceso universal a la educación primaria.
- 2 Porque como sociedad tenemos el deber ético de atenderlos, desde el punto de vista de sus derechos, y porque hemos asumido compromisos de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para el año 2015.
- 3 Porque las y los adolescentes, no son “la próxima generación de adultos” son una parte importantísima del presente; viven, trabajan y contribuyen a sus hogares, comunidades, sociedades y economías.
- 4 Porque son nuestros aliados para hacer frente a los grandes desafíos de nuestro tiempo: el cambio climático, la crisis económica, el VIH y el sida, y las crisis humanitarias, requiriendo se les dote de las actitudes, las capacidades y los conocimientos adecuados.
- 5 Porque pueden acelerar la lucha contra la pobreza, las disparidades socioeconómicas y la discriminación.
- 6 Porque las y los adolescentes son el bono demográfico que debe ser aprovechado para lograr el progreso de nuestro país.

6 Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS).

Las razones de invertir en adolescentes se derivan de una noción básica: Solo es posible producir cambios duraderos en las vidas de las niñas, niños y adolescentes—una aspiración fundamental de la Declaración del Milenio—complementando las inversiones en la primera década de la vida con una mayor atención y unos recursos más cuantiosos en la segunda década.

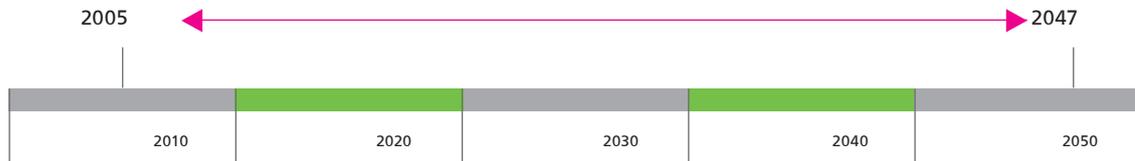
¿Qué es el bono demográfico?⁷

El bono demográfico, se refiere a la etapa de transición demográfica en la cual la población infantil se ha reducido sustancialmente, mientras que aún no es muy acelerado el crecimiento de la población de mayor edad y, por lo tanto, la principal proporción de población se concentra en las edades activas (15 a 59 años).

El bono demográfico es una oportunidad de mejoramiento económico y social sin precedentes que tiene el país, que puede ser aprovechada si se incrementan las tasas de ahorro y las inversiones, principalmente dirigidas a elevar la cobertura y calidad de la educación, la adecuación de los sistemas de seguridad social y el incremento del empleo productivo.



El período de bono demográfico para el Perú comenzó el 2005 y se extenderá hasta 2047.



Es decir, el Perú posee la enorme ventaja de tener prácticamente todo el período de bono demográfico hacia adelante y, por lo tanto, se puede aprovechar plenamente. Pero cabe señalar que la indudable oportunidad que representa el bono para acelerar el desarrollo, solo puede materializarse mediante la adopción de políticas económicas y sociales adecuadas, fundamentalmente las encaminadas a ampliar las oportunidades educativas y de empleo productivo.

Es necesario realizar “considerables inversiones en capital humano, principalmente en los jóvenes, y reducir la inseguridad, la precariedad y la informalidad típicas del mercado laboral” (CEPAL/CELADE, 2008).

Las posibilidades de que las y los adolescentes y los jóvenes realicen un aporte decisivo se darán si se invierte HOY en ellos.⁸

⁷ UNFPA, El Bono Demográfico Regional en el Perú, 2012.

⁸ CEPAL, Informe Regional de Población en América Latina y el Caribe 2011.

¿Cuándo se experimentará el bono demográfico en las regiones del país?⁹

La situación en relación con el bono demográfico de las regiones del Perú se presenta en el siguiente gráfico, con regiones como Lima, Tacna, Moquegua, Arequipa, Madre de Dios, San Martín y Amazonas que habrían empezado ya el período de bono demográfico durante la década de 1990 y el 2011. A todas, sin embargo, les queda por lo menos dos décadas de bono demográfico. Cusco es la región que menos bono demográfico experimentará.

Otras regiones que iniciaron su período de bono demográfico después del 2011 son Cajamarca, Ancash y Pasco. Durante el siguiente quinquenio entrarán en su período de bono cuatro regiones más (Puno, Loreto, Huánuco y Ayacucho) y los últimos en hacerlo serán Apurímac y Huancavelica, después del 2020.

BONO DEMOGRÁFICO DE LAS REGIONES DEL PERÚ



9 UNFPA, El Bono Demográfico Regional en el Perú, 2012.

EL BONO DEMOGRÁFICO DE LAS REGIONES DEL PERÚ



5.

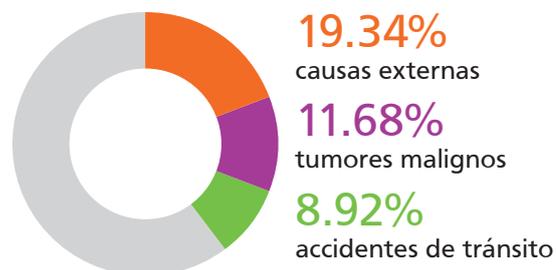
¿De qué mueren y enferman las y los adolescentes en el Perú?



Las amenazas para las y los adolescentes en el área de salud son predominantemente de conducta y no biomédicas; más adolescentes están involucrados en conductas de riesgo como inicio sexual temprano y consumo de drogas, malos hábitos alimenticios y falta de actividad física. Muchos se involucran en múltiples conductas de riesgo simultáneamente y la mayoría en algún tipo de conducta personal que amenaza su salud y bienestar.

En el 2011 las primeras causas de muerte en el grupo adolescente según estadísticas oficiales del MINSA fueron las causas externas tales como traumatismos accidentales (19.34%) seguido de los tumores malignos (11.68%) y los accidentes de tránsito (8.92%)¹⁰.

Causas de muerte en adolescentes en el 2011

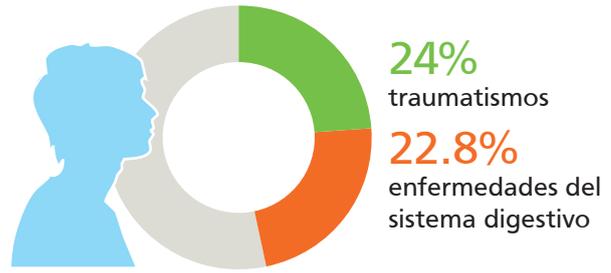
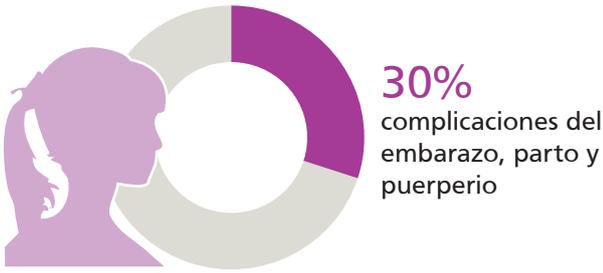


Respecto a morbilidad registrada en hospitalización, el MINSA reporta, que la mayor morbilidad la presentaron las mujeres, y estuvo asociada principalmente a complicaciones del embarazo, parto y puerperio, lo cual representa un 30% de morbilidad total en este grupo, mientras que en el caso de los varones la morbilidad estuvo relacionada principalmente a traumatismos (24%) y a enfermedades del sistema digestivo (22.80%)¹¹.

10 MINSA, DGSP, Mortalidad General por Etapas de Vida, 2011.

11 MINSA, OGEI, Compendio Estadístico de Salud 2010, 2011.

Morbilidad registrada

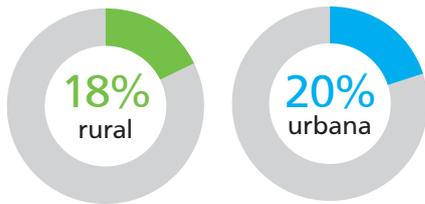


La anemia¹²

En el Perú



La anemia entre las adolescentes rurales sería tan frecuente como la de sus pares urbanas.



La mayor incidencia de anemia en las adolescentes mujeres de 15 a 19 años se presenta en los departamentos de Tumbes, Pasco y Madre de Dios.

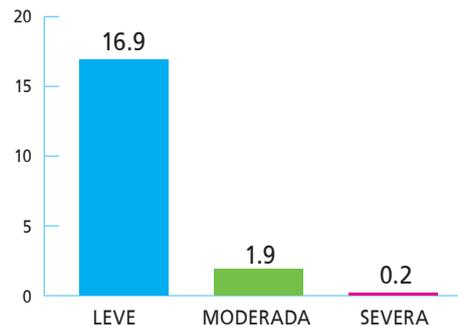


La anemia durante el embarazo de una adolescente incrementa su posibilidad de enfermar o morir, así como la posibilidad de afectar el desarrollo de su bebé (bajo peso al nacer y prematuridad).

La anemia sería un problema de salud independiente de la pobreza.

Del total de mujeres entre 15 a 19 años encuestadas por la ENDES 2010 el

19% padecía de anemia



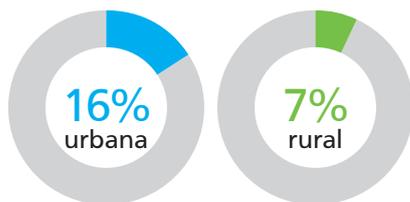
12 UNICEF, INEI. Estado de la Niñez en el Perú, Lima, febrero de 2011.

Sobrepeso

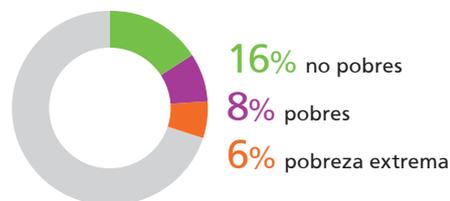
Afecta aproximadamente 1 de cada 10 adolescentes varones y mujeres en el Perú.



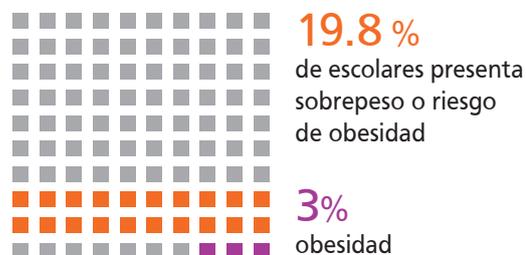
Suele ser más frecuente en las zonas urbanas (16%) que en las rurales (7%);



y entre las y los adolescentes no pobres (16%) frente a sus pares en condición de pobreza (8%) y pobreza extrema (6%)¹³.



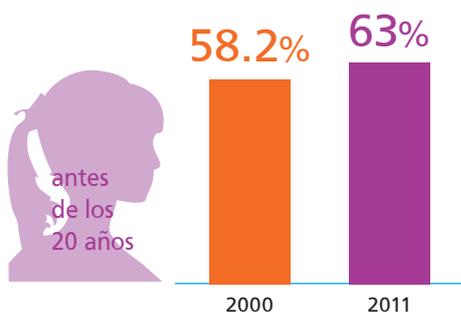
Sobrepeso en escolares



Fuente: MINSA, DGSP. Encuesta Global de Salud Escolar, 201

Comportamiento sexual en adolescentes

El porcentaje de mujeres que inician relaciones sexuales antes de los 20 años continúa incrementándose en el país, para el 2011 el porcentaje es de 63%, mientras que para el año 2000 fue de 58.2%.



Fuente: INEI, ENDES 2011.

El porcentaje de adolescentes varones de 15 a 19 años con experiencia sexual es de 44.6%, mientras que entre sus pares mujeres es casi la mitad, 23.5%.

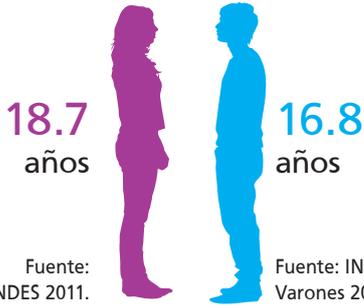


Fuente: INEI, ENDES Varones, 2008.

13 Ibid.

14 MINSA, DGSP. Encuesta Global de Salud Escolar, 2010.

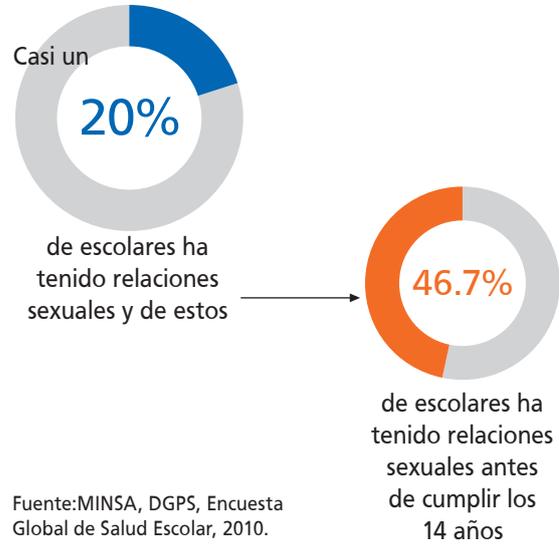
La edad mediana de inicio de las relaciones sexuales



El inicio sexual en las mujeres y varones por regiones ocurre así:

ZONA	EDAD	
RURAL	17,7	19,0
URBANA	16,6	17,2

Sin embargo, estos promedios nacionales no reflejarían con exactitud lo que sucede en las regiones respecto al comportamiento sexual adolescente, ya que según la Encuesta Global de Salud Escolar del 2010:



Embarazo adolescente

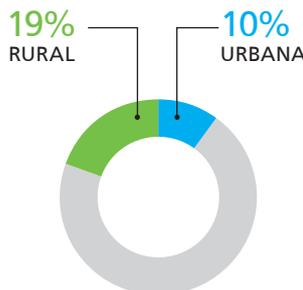
Los embarazos a muy temprana edad forman parte del patrón cultural de algunas regiones y grupos sociales de nuestro país. Sin embargo, en las grandes ciudades generalmente no son planificados

y en la gran mayoría se dan en parejas que no han iniciado una vida en común, pueden terminar con el abandono de la mujer y del hijo o en abortos e incluso causar la muerte de la joven madre.

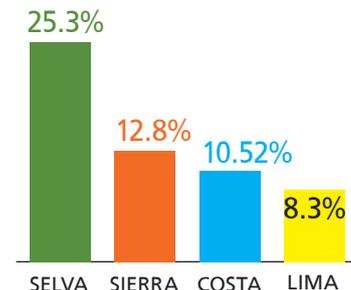
En el Perú 12.5% de adolescentes están embarazadas o ya tienen un hijo.



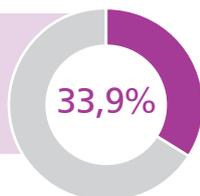
Se evidencian grandes diferencias entre las áreas rural y urbana



En cuanto a regiones naturales se presenta

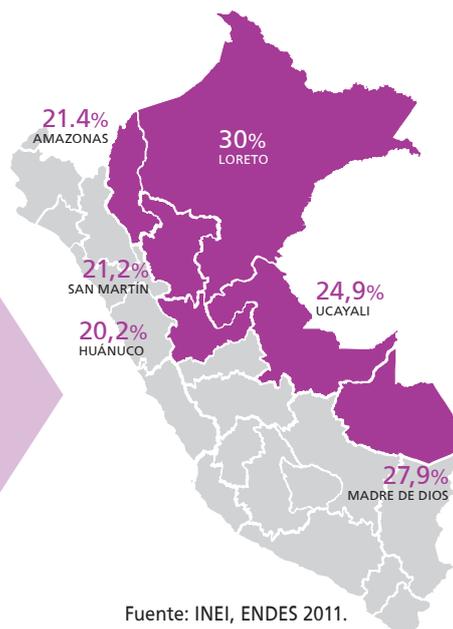


Los mayores porcentajes de adolescentes madres o que están embarazadas se presentan en las mujeres con educación primaria



Fuente: INEI, ENDES 2011.

Departamentos que presentan altos porcentajes de adolescentes madres o embarazadas



Fuente: INEI, ENDES 2011.

Aborto en adolescentes¹⁵

Se estima que en el Perú ocurren más de

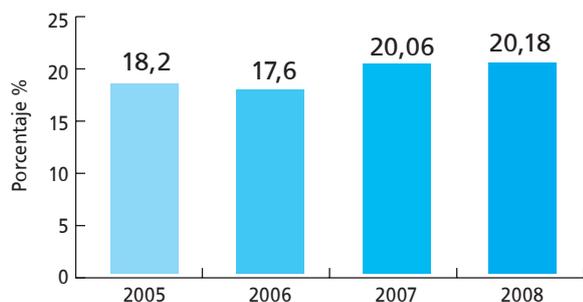
370,000
abortos al año.

Asimismo, la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del MINSA señala que:

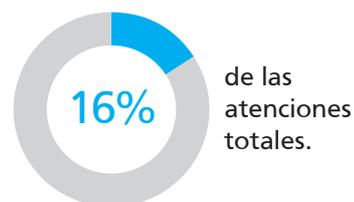
en el año 2010 se atendieron más de

7 mil
adolescentes por aborto incompleto

Data proporcionada por la Dirección General de Epidemiología del MINSA da cuenta del incremento en la incidencia de abortos en adolescentes



lo que representa el



Como se sabe, el aborto constituye una de las principales causas directas de muerte materna en el Perú.

15 MINSA, Dirección General de Salud de las Personas, 2011.

VIH- sida

Entre los años 1983 y 2012, el MINSA ha notificado



Departamentos que presentan el mayor número de casos acumulados de VIH



Entre los casos registrados hay una alta incidencia de personas jóvenes: 1 de cada 3 personas con VIH tiene entre 20 y 24 años. Considerando que una vez contraído el VIH pueden pasar varios años antes de que éste sea detectado, es esperable que una importante proporción de jóvenes con VIH/sida lo haya contraído durante la adolescencia.

Departamentos que presentan el mayor número de casos acumulados de SIDA



Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

Comparado con cualquier otro grupo etáreo, las y los adolescentes sexualmente activos tienen las tasas más altas de ITS, incluyendo el VIH. De acuerdo a un estudio realizado en el marco del proyecto PREVEN¹⁷ respecto a las ITS, estas son prevalentes en nuestros jóvenes.

Las infecciones por Clamidia son las más frecuentes entre adolescentes, con tasas que duplican las de

individuos mayores de 20 años. Gonorrea, sífilis y VPH entre otras, tienen prevalencias altas en adolescentes.

Las altas tasas de ITS en adolescentes representan un factor de vulnerabilidad adicional para adquisición del VIH.

ESTUDIO PREVEN: SEROPREVALENCIA Y COMPORTAMIENTO EN JÓVENES
Prevalencia de ITS según sexo

	% Hombres	% Mujeres
VIH	0.4%	0.1%
Sífilis	1.1	1.1
Clamidia	4.0	6.8
Gonorrea	0.3	0.8
Tricomonas		5.2

Fuente: UPCH, Estudio diagnóstico en adolescentes en el Perú: Comportamiento sexual y acceso a condón, 2005.

16 MINSA, Dirección General de Epidemiología. Boletín Epidemiológico Mensual Situación de VIH – Sida en el Perú. Noviembre, 2012.

17 Universidad Peruana Cayetano Heredia, Estudio diagnóstico en adolescentes en el Perú: Comportamientos sexuales y acceso a condón, 2005.

Uso de métodos anticonceptivos

El condón es el único método que sirve a dos temas primordiales de la salud reproductiva: la prevención de embarazos no planificados y la prevención de la transmisión de ITS, VIH-sida.

Entre las adolescente mujeres que si usan método anticonceptivo el más usado es:

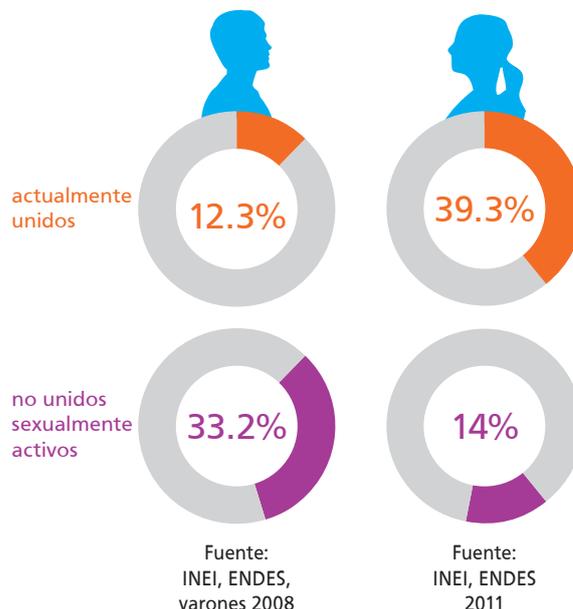
En las actualmente unidas

el **inyectable**
el **condón**

En las no unidas sexualmente activas

el **condón**
masculino

ADOLESCENTES QUE NO USAN ANTICONCEPTIVOS



Algunos problemas de salud mental

La violencia familiar

La violencia familiar es la forma más extendida, grave y frecuente de violencia que sufren niñas, niños y adolescentes y genera consecuencias físicas, psicológicas y sociales que afectan su normal desarrollo.

La Policía Nacional del Perú reportó que en el año 2010, a nivel nacional se registraron

95,219

casos por violencia familiar

9.36%

fueron víctimas menores de edad

29.44%
varones



de estos la **mayor incidencia** está entre los **11-17 años**

Fuente: MINDES, PNAIA, 2011-2021

Violencia psicológica, violencia física y abuso sexual

Según el Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual (PNCVFS) la violencia en cualquiera de sus formas se presenta en todos los sub grupos de edad. En el sub grupo de 12 a 17 años son más frecuentes la violencia sexual y la violencia psicológica.¹⁸

Información procedente del MINSA da cuenta que en el 2011 se registraron más de

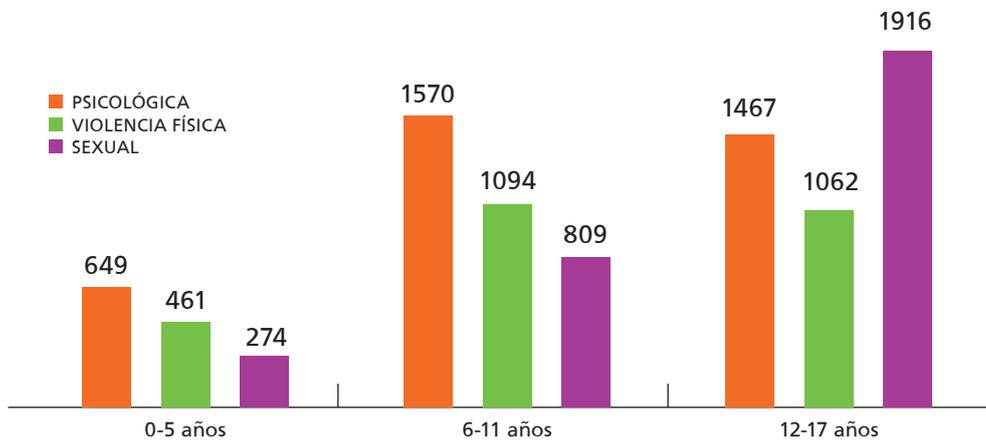
67 mil

casos de maltrato y abuso sexual a nivel del país, de estos un

20 %

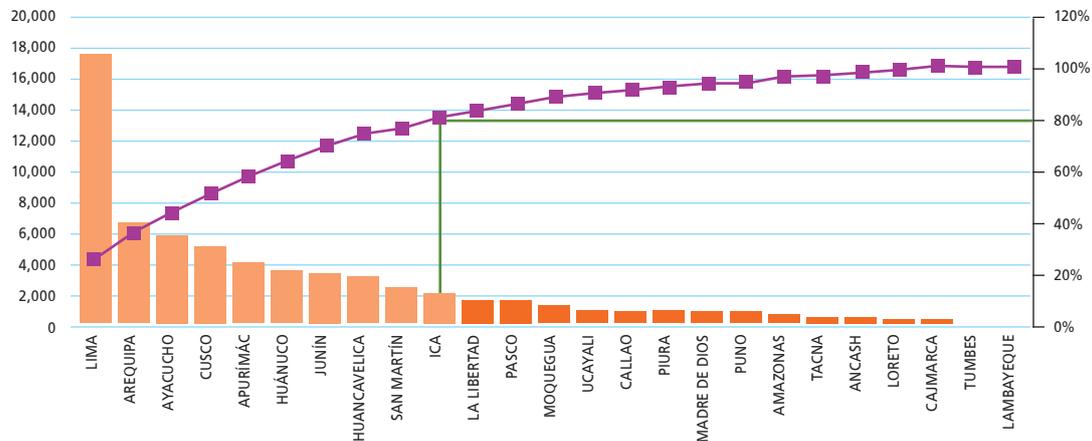
correspondieron a adolescentes.

NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES (0-17 AÑOS) AFECTADOS POR LA VIOLENCIA FAMILIAR Y SEXUAL ATENDIDOS POR EL PNCVFS, SEGÚN TIPO DE VIOLENCIA Y GRUPO DE EDAD ENERO - OCTUBRE 2011



Fuente: MIMP, PNCVFS, 2011.

MALTRATO Y ABUSO SEXUAL EN REGIONES - PERÚ 2011



Fuente: HIS MINSA Oficina General de Estadística e Informática

18 MIMP, PNCVFS, 2011.

Violencia de género

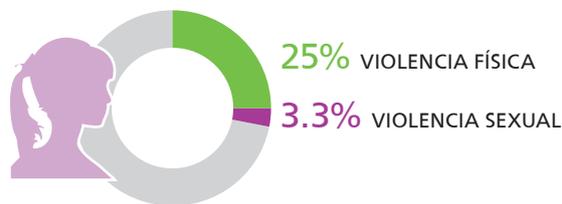
La violencia contra la mujer es

«Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública o en la vida privada». Afecta la salud física, sexual y/o psicológica de las mujeres y las niñas.

La violencia generalmente se calla y se oculta, se la asume como una práctica "natural" y cotidiana, perpetuándose a través de generaciones en la crian-

za de las hijas e hijos; quienes a su vez la replicarán cuando se conviertan en padres.

VIOLENCIA CONTRA MUJERES MENORES DE 19 AÑOS



Fuente: INEI, ENDES 2011.

Consumo de drogas¹⁹

Cuatro de cada 10 escolares (42.1%)



ha probado alguna droga legal, ya sea alcohol o tabaco, alguna vez en su vida.

El consumo de drogas ilegales tales como inhalantes, marihuana, PBC, cocaína, éxtasis, alucinógenos y otras sustancias ilegales, llega al **7.9%**.

Uno de cada 10 estudiantes ha consumido al menos una vez en su vida alguna droga médica sin prescripción, ya sea estimulantes o tranquilizantes.

En el caso de las drogas médicas, los tranquilizantes registran una incidencia de consumo de 1.2%, es decir, uno de cada cien estudiantes se inició en el consumo de dicha droga.

¹⁹ DEVIDA, III Estudio nacional: prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2009.

La edad promedio de inicio del consumo de drogas se ubica en los

13 años para el consumo de alcohol y
13.1 años para el tabaco.

En las sustancias ilegales, la edad promedio de inicio oscila entre los 12.3 y 13.9 años.

Respecto a las drogas médicas tranquilizantes y estimulantes, registran edades de inicio más tempranas que todas las sustancias (12.1 y 11.9 años respectivamente).

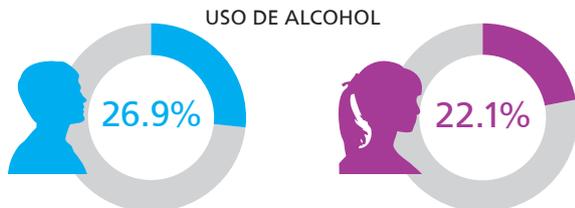
El alcohol es la sustancia legal con mayor consumo por parte de los escolares, mientras que en el caso de las ilegales, la marihuana es la que registra las prevalencias de año y mes más altas.

El consumo de drogas legales en los escolares varones y mujeres muestra diferencias en su consumo (32.7 vs. 25.2%).

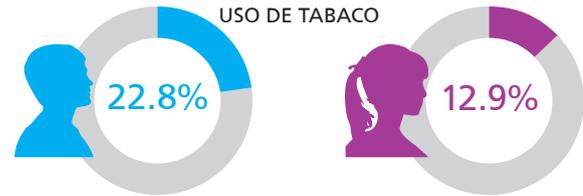
CONSUMO DE DROGAS LEGALES EN ESCOLARES



El uso de alcohol muestra diferencias de consumo entre ambos sexos (26.9 en hombres vs. 22.1% mujeres).



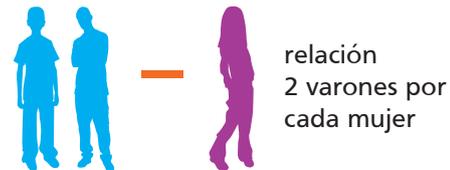
Lo mismo ocurre con el tabaco, que es mayor en los primeros (22.8 vs. 12.9%).



En lo que respecta al consumo de drogas ilegales, existen diferencias en el consumo entre los escolares varones y mujeres,



sobre todo en el caso de los inhalantes y éxtasis



en el caso de las drogas cocaínicas y la marihuana



En el caso de las drogas médicas, las diferencias de consumo entre hombres y mujeres son mínimas; no obstante, son los varones quienes más hacen uso de estas sustancias, sobre todo en el caso de los estimulantes (5.3 vs. 4.3% respectivamente).

DIFERENCIAS DE CONSUMO ENTRE VARONES Y MUJERES EN EL CASO DE LAS DROGAS MÉDICAS



Depresión, ansiedad y otras disfunciones

Algunos de los principales problemas de salud mental en adolescentes son la depresión y la ansiedad y la tendencia a padecer problemas alimentarios²⁰.

PREVALENCIA DE TRASTORNOS Y DISFUNCIONES PSICOLÓGICAS

	Ayacucho, Cajamarca, Huaraz %	Lima y Callao %	Iquitos, Tarapoto, Pucallpa, %
Episodios depresivos	5.7	8.6	4.7
Tendencia a problemas alimentarios (1)	5.9	8.3	4.1
Fobia social	3.1	7.1	1.2
Trastornos ansiedad generalizada	5.5	4.2	5
Conductas bulímicas (2)	4.0	3.8	4.5
Trastornos psicológicos	1.5	1.8	0.3

(1) Personas que por perder peso se someten a inducción del vómito, tomar laxantes, ejercicios físicos extremos, toman diuréticos, supresores del apetito.

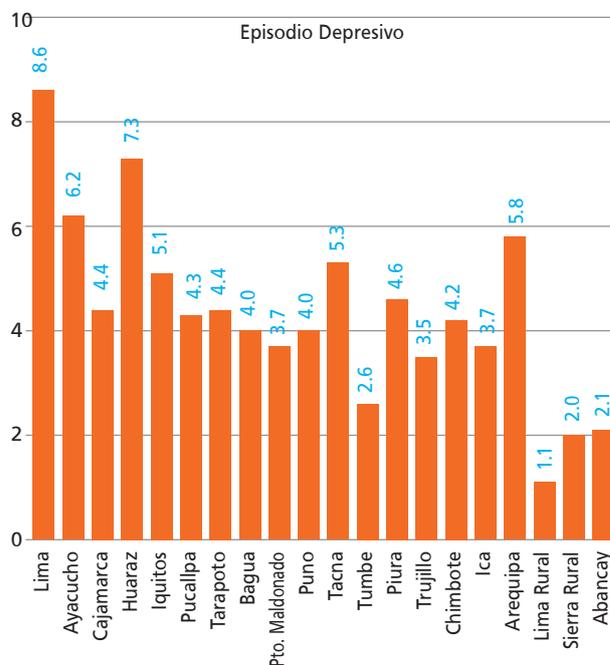
(2) Presentar dos crisis bulímicas por semana en los últimos 3 meses.

Fuente: IESM Noguchi. Estudio epidemiológico de salud mental 2003.

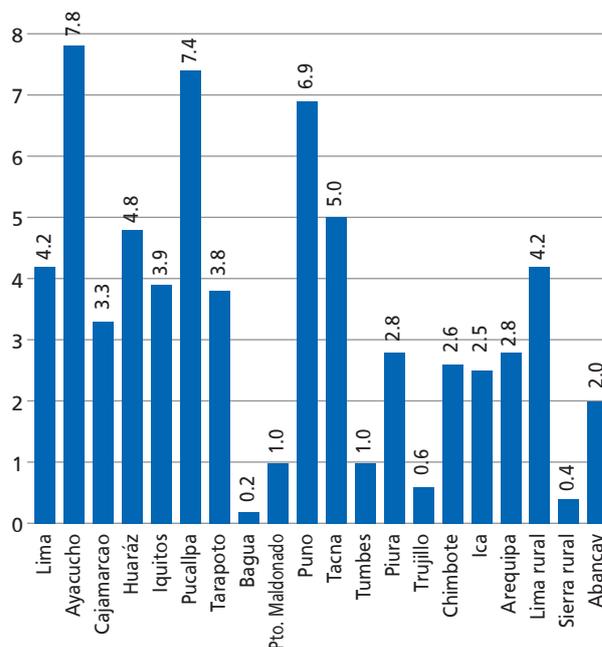
La depresión en niños (as) y adolescentes constituye el primer problema de salud pública en el Perú, no solo por el aumento de los casos sino también por sus consecuencias. Las regiones que presentan una mayor prevalencia de episodio depresivo son Lima (8.6%), Huaraz (7.3%), Arequipa (5.8%) y Tacna (5.3%)²¹.

Las regiones que presentan una mayor prevalencia de ansiedad son Ayacucho (7.8%), Pucallpa (7.4%), Iquitos (6.9%) y Tacna (5.0%).

Prevalencia actual del episodio depresivo en Adolescentes, según la CIE-10 en Lima, Sierra, Selva, Fronteras, Costa, Lima rural, Sierra rural y Trapecio Andino según ciudad (2002-2010)



Prevalencia actual del trastorno de ansiedad generalizada en Adolescentes, según la CIE-10 en Lima, Sierra, Selva, Frontera, Costa, Lima rural, Sierra rural y Trapecio Andino según ciudad (2002-2010)



Fuente: INSM-EEMSM-2002, EESMSP-2003, EESMSP-2004, EESMF-2005, EESMCP-2006, EEMUR-2007, EESMSR-2008- EESMTA-2010

20 Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, 2003.

21 Ibid.

Suicidio³⁵

Un 29,1% de la población adolescente en Lima Metropolitana y el Callao alguna vez en su vida ha presentado deseos suicidas, el 3,6% habría intentado suicidarse alguna vez y un 28,0% considera todavía como una posibilidad de solución dicha conducta²².

De acuerdo a la Encuesta Global de Salud Escolar, un 20.0% de escolares consideró haber intentado seriamente suicidarse, el 15.3% reportó haber hecho un plan para quitarse la vida y el 17.4% refirió que

ENCUESTA GLOBAL DE SALUD ESCOLAR CONDICIONES DE SALUD MENTAL DE LOS ESTUDIANTES SEGÚN SEXO. PERÚ, 2010.

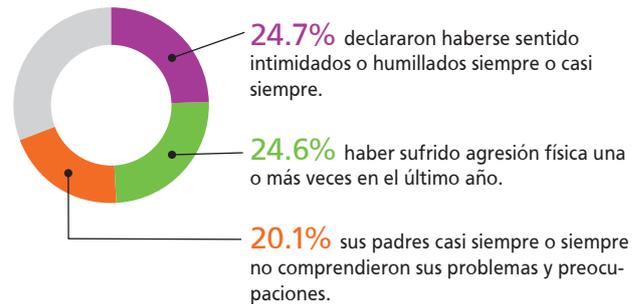
Condición explorada	Total %	Hombre %	Mujer %
Casi siempre o siempre se ha sentido solo en los últimos 12 meses	10.5	6.8	14.3
(IC al 95%)*	9.2 11.9	5.5 8.3	12.3 16.5
Consideró seriamente la posibilidad de suicidarse en los últimos 12 meses	20.0	12.3	27.9
(IC al 95%)*	17.9 22.2	10.5 14.3	25.2 30.7
Hizo un plan de como suicidarse en los últimos 12 meses	15.3	9.1	21.6
(IC al 95%)*	13.5 17.3	7.3 11.4	19.5 24.0
Intentó suicidarse una o más veces en los últimos 12 meses	17.4	12.6	22.2
(IC al 95%)*	15.8 19.0	10.7 14.7	20.1 24.4

* Intervalo de confianza a un nivel del 95%

intentó suicidarse al menos una vez durante el último año. Para todas las variables el porcentaje es mayor en las adolescentes mujeres²³.

El porcentaje de estudiantes que refirieron haber intentado suicidarse fue más del doble entre quienes declararon haberse sentido intimidados o humillados siempre o casi siempre (24.7%), entre quienes reportaron haber sufrido agresión física una o más veces en el último año (24.6%) y entre quienes reportaron que sus padres casi siempre o siempre no comprendieron sus problemas y preocupaciones (20.1%).

De los estudiantes que dicen haber intentado suicidarse



Es importante señalar, que los problemas de salud mental no solo afectan a la población adolescente urbana o de las grandes ciudades. Un estudio realizado por UNICEF en el 2011, señala por ejemplo que, la incidencia de suicidio en la sociedad Awajún la sitúan alarmantemente por encima de la estimada por la OMS para la región de Sudamérica. Al parecer los cambios en la sociedad Awajún y su contexto podrían estar forjando condiciones propicias para una mayor incidencia de suicidios entre los jóvenes 14 a 19 años, afectando principalmente a las mujeres²⁴.

22 Ibid.

23 MINSA, DGPS, Encuesta Global de Salud Escolar 2010.

24 UNICEF, Suicidio adolescente en pueblos indígenas, tres estudios de caso, 2012.

¿Cuántos años de vida saludables se pierden en el Perú?

Durante el año 2004 se han perdido 5'052 866 años saludables (AVISA)²⁵ por enfermedades y lesiones en el Perú. La sumatoria de todos los años perdidos debidos a enfermedad o lesión corresponden a la carga de enfermedad.

En el 2004, se han perdido

5'052,866

años saludables por enfermedades y lesiones

El 52,6% de la carga de enfermedad afecta a los varones y 47,4% a las mujeres. La carga de enfermedad es mayor en los varones que en las

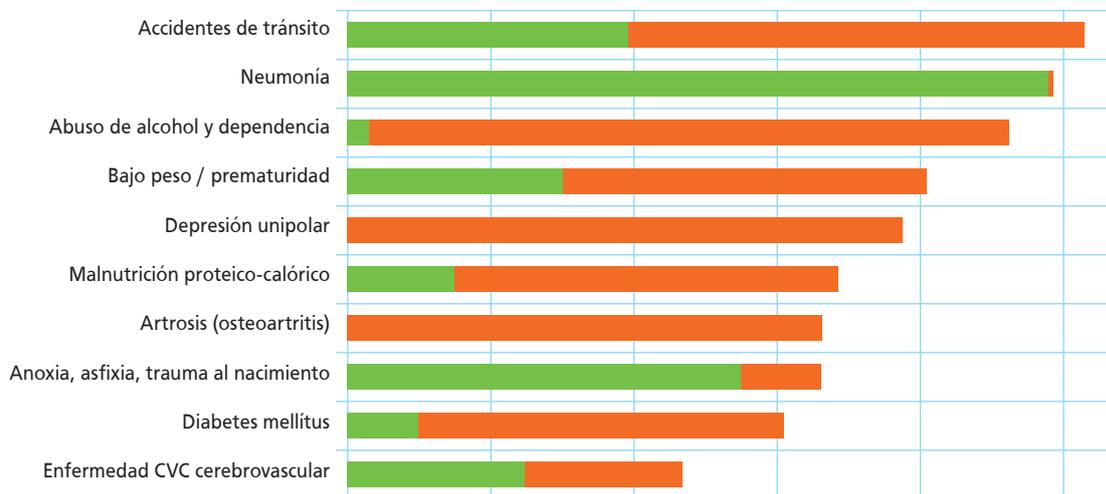
mujeres (191,8 AVISA por mil en los varones y 174,9 AVISA por mil en las mujeres).

LA CARGA DE ENFERMEDAD AFECTA A:



La principal causa de muerte es accidentes de tránsito, por ello es la primera causa de carga de enfermedad.

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE CARGA DE ENFERMEDAD ORDENADAS SEGÚN AVISA (AVP+AVD) - PERÚ 2004



AVISA: Años de vida saludable perdidos (AVP + AVD)

■ AVP: Años de vida perdidos por muerte prematura
 ■ AVD: Años vividos con discapacidad

25 Los AVISA o AVAD o DALY en inglés miden los años saludables perdidos en el futuro como resultado de la mortalidad precoz y la incidencia y duración de la discapacidad en la población.

¿Cuántos adolescentes tienen un seguro de salud?

El 70% de las y los adolescentes de 12 a 17 años cuenta con un seguro de salud. No obstante, aún cerca de 1.1 millones de adolescentes carecen de uno²⁶.

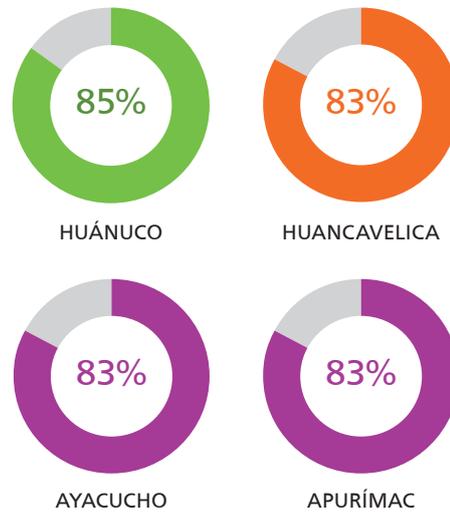
El 70% de las y los adolescentes de 12 a 17 años cuenta con seguro de salud

1.1 millones
no cuenta con seguro alguno.

En los departamentos con una mayor proporción de adolescentes en situación de pobreza, se encuentran las tasas más altas de afiliación al SIS: Huánuco (85%), Huancavelica (83%), Apurímac (83%) y Ayacucho (83%). Sobresale el caso de los departamentos de Loreto, Junín y Tumbes, donde alrededor de la mitad

de las y los adolescentes no está afiliado a un seguro, colocándolos en una condición de vulnerabilidad frente a diferentes enfermedades y/o accidentes.

EN LOS DEPARTAMENTOS CON UNA MAYOR PROPORCIÓN DE ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE POBREZA, SE ENCUENTRAN LAS TASAS MÁS ALTAS DE AFILIACIÓN AL SIS



26 UNICEF, INEI. Estado de la Niñez en el Perú, 2011.

6.

¿Qué requieren las y los adolescentes?



En el marco de la actual política de inclusión social las y los adolescentes, requieren desarrollar capacidades, habilidades y actitudes para estar en condiciones de aprovechar de mejor manera las oportunidades de la estabilidad económica de nuestro país, requieren también de protección y apoyo de sus familias, la sociedad y el Estado para gozar en el presente de una vida digna y feliz.

Las y los adolescentes, requieren que se aborde de forma integral sus necesidades y aspiraciones desde los diferentes escenarios en los que se desenvuelven. Para conseguir su desarrollo pleno, son claves el acceso a la salud y el bienestar, la educación, la justicia, el empleo y la participación social, además de contar con el soporte de las familias y comunidades.

“La participación es a la adolescencia
como la estimulación a la niñez”

Susana Grunbaum



1. Participación:

La participación de las y los adolescentes es un derecho, y es clave asegurar su participación en las decisiones que afectan sus vidas. Esto implica el desarrollo de mecanismos institucionales que les permitan ejercer sus derechos como ciudadanos pronunciándose e involucrándose en cuestiones relacionadas a su propio desarrollo.



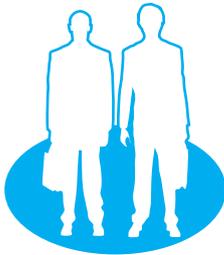
2. Calidad de la educación:

Asegurar una educación primaria y secundaria de calidad que llegue a todas y todos es fundamental. El contenido de la educación debe tener un vínculo fuerte con el mercado laboral, debe permitir el desarrollo de capacidades para la vida profesional futura, así como tomar en cuenta a la población con habilidades diferentes.



3. Aseguramiento universal y servicios diferenciados:

La salud del adolescente debe ser atendida de forma integral, tomando en cuenta sus necesidades en materia de salud física, mental, reproductiva, etc. La atención debe asegurar el derecho legal a la confidencialidad y privacidad y acceso a servicios de calidad centrados en sus necesidades.



4. Protección y acceso a la justicia:

El sistema de protección debe actuar de manera preventiva, abordando las causas subyacentes a los problemas y contribuyendo a la creación de un entorno protector para las y los adolescentes. Requieren programas específicos de apoyo a adolescentes institucionalizados, a madres y padres adolescentes y otros que sufren exclusión y violencia.



5. Cultura y recreación:

Se debe promover la creatividad y la promoción de actividades culturales, deportivas y artísticas. El apoyo al deporte y al entretenimiento sano puede inspirar a las y los adolescentes positivamente.



6. Posibilidades de empleo:

Hay que brindar oportunidades para que las y los adolescentes se preparen para el mundo del trabajo y la producción, para que sean competentes y tengan acceso a un trabajo digno, estableciendo un puente entre el sistema educativo formal y la estructura productiva.

7.

¿Cómo responde el sector salud a las necesidades de salud de las y los adolescentes?



Las necesidades de salud de las y los adolescentes son atendidas por los establecimientos de salud del MINSA, y se realiza en el marco del Modelo de Atención Integral basado en familia y comunidad.

La atención de la salud de calidad de las y los adolescentes se brinda a través de servicios diferenciados: *intra muros* (dentro del establecimiento de salud), *extra muros* (fuera del establecimiento de salud) y en los *Centros de Desarrollo Juvenil*.

Según datos de la Etapa de Vida Adolescente y Joven, en la actualidad existen 2,874 servicios diferenciados que brindan atención integral a las y los adolescentes. Ello expresa un esfuerzo importante del MINSA, aunque aún es insuficiente.

Los servicios de salud para las y los adolescentes

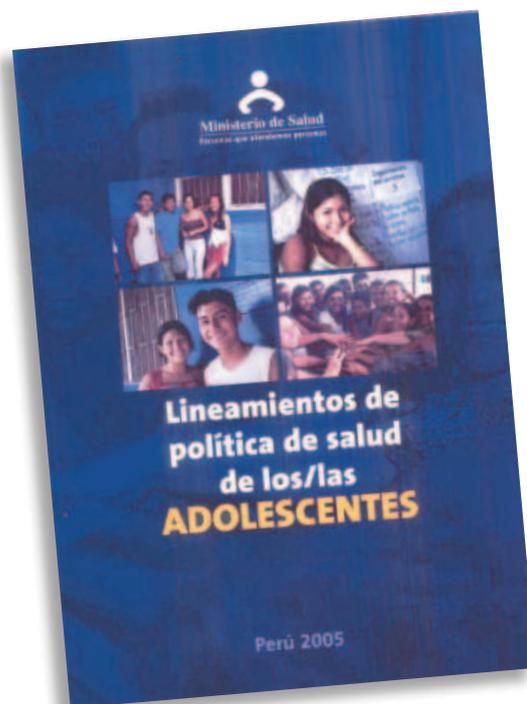
1. Brindan atención integral de salud en los aspectos bio-psicosociales y de aprendizaje para el autocuidado y cuidado colectivo de la salud. Están a cargo del personal profesional y técnico de salud capacitado y con competencias para ofrecer un trato cordial y un ambiente de confianza y respeto, en el marco de principios de privacidad y confidencialidad.
2. De acuerdo al nivel de atención, ofrecen un conjunto de cuidados esenciales comprendidos en el paquete de atención integral, según sub etapas: de 12 a 14 años y de 15 a 17 años.
3. La atención en los servicios comprende una evaluación integral que incluye: evaluación de crecimiento y desarrollo, evaluación del desarrollo sexual, agudeza visual, auditiva, físico postural, inmunizaciones, evaluación psicosocial, tamizaje de la violencia, habilidades sociales e identificación de factores de protección y riesgo. En base a ello se ofrece un Plan individualizado de atención integral.
4. El Plan integra los cuidados esenciales, servicios y atenciones requeridas para la promoción de la salud, entre ellas el fortalecimiento de las habilidades para la vida y la promoción de hábitos y estilos de vida saludables. Con este propósito las y los adolescentes son abordados en diferentes espacios como son la familia, la institución educativa o la comunidad.
5. Asimismo, se trabaja en la prevención de riesgos y daños, recuperación y rehabilitación; la referencia a servicios de la red y de otros sectores (Comisaría, DEMUNA, defensorías escolares o comunitarias, organizaciones juveniles, etc.).
6. De acuerdo a necesidad, los establecimientos de salud programan visitas domiciliarias a las y los adolescentes en riesgo, para orientación/ consejería a adolescentes embarazadas, adolescentes con patologías o enfermedades transmisibles, adolescentes en riesgo psicosocial entre otros.

8.

¿Qué compromisos hemos asumido?



El Estado peruano ha firmado ante la comunidad internacional compromisos con relación a garantizar los derechos de las y los adolescentes, algunos de los cuales tienen carácter vinculante; es decir, que obligan de manera imperativa al Estado a tomar medidas específicas.



Algunos compromisos internacionales son:

1. Declaración Universal de Derechos Humanos.
2. Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José).
3. Convención sobre los Derechos del Niño.
4. Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes.
5. Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer – CEDAW.
6. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo-CIPD.
7. Objetivos del Desarrollo del Milenio.

Algunos compromisos de carácter nacional son:

1. Lineamientos y Políticas de Salud de los/las Adolescentes.
2. Lineamientos para la Educación Sexual Integral.
3. Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012 – 2021.
4. Plan Multisectorial para la prevención del embarazo adolescente 2012 -2021.
5. Plan Sectorial de Acción para la Promoción del Empleo Juvenil.
6. Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades entre mujeres y varones 2006-2010.
7. Plan Estratégico Nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009-2015.
8. Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 para la Prevención y Control de las ITS y VIH/SIDA en el Perú.

9.

¿Qué debemos apoyar desde las instancias de gobierno nacional, regional y local?



Debemos apoyar a las y los adolescentes, incorporándolos de manera prioritaria en los planes, programas y proyectos asignándoles presupuestos que permitan el logro de los objetivos planteados.

Debemos invertir para que las trayectorias juveniles en el país sean exitosas.

Debemos fortalecer vínculos efectivos entre la educación con pertinencia, la salud con acceso, los requerimientos laborales que permitan un aprendizaje y combatir las discriminaciones étnicas y de género.

La inclusión y participación de las juventudes en los campos social, económico, político y cultural son el mejor seguro frente a las encrucijadas políticas y demográficas que enfrentamos.

Por ello, instamos a las autoridades regionales del país, a hacer suyo y cumplir con los Lineamientos de política de salud y desarrollo de las y los adolescentes, priorizando en sus respectivas agendas sociales, políticas que favorezcan su atención.

LINEAMIENTOS DE POLÍTICA

Lineamiento 1

Acceso universal de las y los adolescentes a una atención integral y diferenciada en los servicios públicos y privados de salud.

Las/los adolescentes que habitan el territorio nacional deben estar asegurados y recibir paquetes de atención integral de salud anualmente. Según el PNAIA 2012 2021 esta responsabilidad es compartida entre el MINSA, Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales.

Lineamiento 2

Promoción de entornos saludables para adolescentes con énfasis en redes de oportunidades y de protección social de la vida y la salud de las y los adolescentes.

Las/los adolescentes deben contar con familias, instituciones educativas, comunidades y políticas locales, regionales y nacionales que promuevan su desarrollo integral y su incorporación en la sociedad como ciudadanos plenos.

Lineamiento 3

Alianza con los diferentes sectores para la promoción de estilos de vida saludables, prevención y cuidado de la salud de las y los adolescentes.

El trabajo articulado de las instituciones del estado, sociedad civil y las organizaciones juveniles debe garantizar el bienestar y calidad de vida de las y los adolescentes.

Lineamiento 4

Desarrollo de capacidades para el empoderamiento de las y los adolescentes que garanticen el ejercicio pleno de sus derechos ciudadanos.

La sociedad en general, y de manera prioritaria, los gobiernos regionales y locales deben generar oportunidades para que sus adolescentes participen activamente en la vida democrática del país.

Lograr que las y los adolescentes sean personas felices y ciudadanos dignos, supone que el estado y la sociedad en su conjunto les brinden las oportunidades para su desarrollo integral, porque creen firmemente que son el presente y son el futuro de la nación.