



Revista Peruana de Medicina Experimental y
Salud Pública

ISSN: 1726-4642

revmedex@ins.gob.pe

Instituto Nacional de Salud
Perú

Mendoza, Walter; Subiría, Gracia
EL EMBARAZO ADOLESCENTE EN EL PERÚ: SITUACIÓN ACTUAL E IMPLICANCIAS PARA LAS
POLÍTICAS PÚBLICAS
Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, vol. 30, núm. 3, julio, 2013, pp. 471-479
Instituto Nacional de Salud
Lima, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36329476017>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

EL EMBARAZO ADOLESCENTE EN EL PERÚ: SITUACIÓN ACTUAL E IMPLICANCIAS PARA LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

ADOLESCENT PREGNANCY IN PERU: ITS CURRENT SITUATION AND IMPLICATIONS FOR PUBLIC POLICIES

Walter Mendoza^{1,a}, Gracia Subiría^{1,b}

¹ Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Lima, Perú.

^a Médico cirujano; ^b médica ginecoobstetra

Recibido: 08-07-13; Aprobado: 21-08-13

RESUMEN

El presente artículo muestra los vínculos entre el embarazo en adolescentes peruanas de 15 a 19 años con la pobreza, la desnutrición y la exclusión social. Se proponen alternativas para su atención en el marco de los programas sociales y de la lucha contra la pobreza. Para ello, se describen y analizan sus tendencias en los últimos 20 años, enfatizando sus múltiples y persistentes inequidades. Se registra que en ese período las prevalencias no se han modificado sustancialmente, a pesar de una leve baja en el área rural. Estas tendencias son analizadas a la luz de sus determinantes próximos, incluyendo los cambios en la exposición al riesgo de embarazo no planificado. Luego se describe el impacto que esta situación tiene sobre las adolescentes y sus hijos, así como su impacto laboral y económico. Finalmente, se hace una revisión de las experiencias de países que aplican programas sociales semejantes al peruano, destacando aquellas que podrían ser asimiladas por el Perú.

Palabras clave: Embarazo en adolescencia; Políticas públicas; Pobreza; Perú (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

This article elaborates on the relation between peruvian pregnant adolescents of 15 to 19 years of age and poverty, malnutrition and social exclusion, proposing alternatives for their medical care within the frame of social programs and the fight against poverty. Likewise, it describes and analyzes the trends recorded over the past 20 years, emphasizing the multiple and persistent inequalities. Over this period, prevalences have not changed substantially, despite a slight drop recorded in the rural area. First, the article analyzes these trends in the light of their closest determinants, including changes in teenagers' exposure to the risk of an unplanned pregnancy. Then, it describes the impact this situation has on adolescents and their children, as well as the economic and labour impacts. Finally, it examines the experiences of countries with social programs similar to the one in Peru, highlighting those which could be implemented in our country.

Key words: Pregnancy in adolescence; Public policies; Poverty; Peru (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

Uno de los aspectos menos atendidos en las políticas públicas de salud corresponde a las necesidades y demandas de las poblaciones de adolescentes y jóvenes. A esto se puede agregar el desconocimiento de sus derechos a un ejercicio libre, informado y responsable de su sexualidad, situación solo recientemente revertida mediante el fallo del Tribunal Constitucional que despenaliza las relaciones sexuales consentidas entre y con adolescentes ⁽¹⁾, pero cuya implementación práctica mediante servicios y orientación pertinentes no se avizora próxima.

Algunas iniciativas ya empezaron a enfrentar esta situación, aunque se trata de intervenciones sectoriales aisladas bajo el esquema del presupuesto por resultados a cargo del Ministerio de Salud, como es el caso del Programa Estratégico de Salud Materna Neonatal, o de los servicios de salud diferenciados para adolescentes, cuyos efectos a escala poblacional aún no son demostrables. A esto se agregan las actuales condiciones educativas y de salud de la población adolescente, que siendo mejores que la de generaciones anteriores, los mantiene lejos de poder competir en una economía globalizada. Esto resulta más preocupante si consideramos que la oportunidad derivada del cambio

Citar como: Mendoza W, Subiría G. El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2013;30(3):471-9.

poblacional en el país para hacer realidad el llamado bono demográfico ⁽²⁾, solo será posible si se invierte más y mejor en la adolescencia y juventud, tal como lo señala el Plan Nacional de Población 2010-2014.

A poco de terminar la infancia y apenas iniciada la pubertad, algunas necesidades y demandas de los adolescentes ya han quedado fuera de las prioridades en las políticas públicas. No se trata de cualquier necesidad o demanda, sino de aquellas que tienen que ver con su desarrollo afectivo y social, en edades en que se consolida una larga acumulación de oportunidades o exclusiones que ya marcaron sus primeros años. Adolescencia en la que, particularmente en el caso de las mujeres, aunado a la falta de educación sexual y de servicios de orientación y consejería (que incluya desarrollar habilidades para postergar la edad de inicio de la actividad sexual, si así lo desean), un embarazo no planificado puede bloquear las posibilidades de continuar una transición hacia la vida adulta acorde con los planes de vida que quisieran para sí mismas. En especial si se trata de adolescentes pobres.

Ahora bien, ¿cómo entender el embarazo adolescente?, sobre todo el que más nos interesa para la política pública, el que no es planificado. Al igual que para la fecundidad general se ha postulado una serie de determinantes que se expresan en el contexto sociocultural, familiar e individual (Figura 1).

De manera esquemática, estas relaciones dan cuenta de una compleja trama de variables e intereses sociales

que incrementan el riesgo de que una adolescente quede embarazada, en la mayoría de casos sin proponérselo. En acuerdo con estas relaciones dinámicas, los marcos teóricos propuestos señalan que no se debe dejar de considerar el efecto de algunos factores contextuales, más vinculados al hogar y a las dinámicas familiares, de género y comunitarias, incluyendo la cultura local ⁽¹⁾. De los resultados de esta dinámica a escala poblacional, y de algunos comportamientos que se generan en ella, da cuenta la sección siguiente.

SITUACIÓN Y TENDENCIAS

Prácticamente estable en las últimas décadas entre el 12 y 13%, el embarazo en adolescentes de 15 a 19 años oculta una persistente heterogeneidad, sobre todo si no es planificado, que como veremos son la mayoría. Al compararlas con los hombres, menos de 1% de ellos son padres a la misma edad ⁽²⁾.

En los estratos de mayor riqueza el embarazo en adolescentes representa la décima parte de la observada en las zonas más pobres. Aunque las prevalencias son menores en áreas urbanas, es aquí donde se registra una leve tendencia al aumento, a diferencia de la tendencia al descenso registrada en las áreas rurales, pero persistentemente sobre el 25% en áreas de la selva (superior al 30% en el 2012 en Loreto). La evolución de estas y otras características sociodemográficas de interés en las últimas dos décadas puede ser apreciada en la Tabla 1.

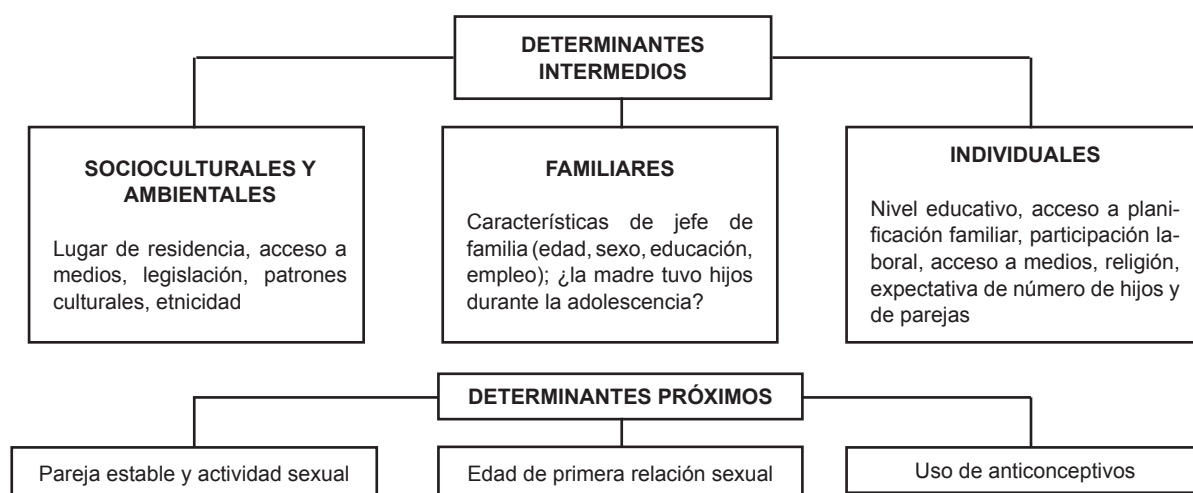


Figura 1. Determinantes de la fecundidad adolescente

Tabla 1. Características sociodemográficas de la planificación de la fecundidad en mujeres adolescentes del Perú 1991/92-2012

Características	1991/92 (%)	1996 (%)	2000 (%)	2004/6 (%)	2009 (%)	2012 (%)
Área de residencia						
Urbana	8,0	9,3	9,2	8,4	10,6	10,2
Rural	24,7	25,5	21,7	21,1	22,2	21,5
Región natural						
Lima Metropolitana	4,4	7,5	8,1	7,4	8,1	7,7
Resto costa	10,8	11,6	9,3	9,7	11,2	13,3
Sierra	14,2	14,5	15,5	12,2	15,2	12,4
Selva	26,7	31,1	25,7	29,4	27,2	27,5
Nivel de educación						
Sin educación	38,6	55,5	36,9	--	47,9	56,7
Primaria	27,6	30,6	26,4	33,2	32,5	34,9
Secundaria	7,7	9,3	9,6	10,1	11,8	11,6
Superior	2,7	2,6	4,1	3,4	6,4	4,5
Total nacional	11,4	13,4	13,0	12,2	13,7	13,2

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Instituto Nacional de Estadística e Informática.

Según muestran las proyecciones de población derivadas del censo del 2007, el país es cada vez más urbano, y la población rural se reduce en términos absolutos, pasando de 8,3 a 7,2 millones. Esto, mientras a nivel nacional ha venido creciendo el número total de las gestantes adolescentes, pues, en tanto las prevalencias se mantenían relativamente estables, venía aumentando la población de este grupo de edad, que alcanzó su pico histórico en el año 2011. Según estas tendencias el área urbana, sobre todo la de menores ingresos, seguirá concentrando el mayor número de gestaciones en este grupo de edad, en un contexto en el que desde hace más de veinte años disminuye anualmente la cantidad total de nacimientos, también por primera vez en la historia del Perú ⁽³⁾.

Otro aspecto por considerar es el leve aumento del embarazo en adolescentes con mayor educación, que, aunque de niveles menores al valor nacional, se registra incluso en Lima Metropolitana. Haría falta saber, sin embargo, la influencia que en estas cifras tiene el

embarazo no planificado, o en cuánto son atribuibles a decisiones libres e informadas ⁽⁴⁾.

A nivel de comportamientos individuales, o de determinantes próximos, algunas probables explicaciones de esta persistente prevalencia provienen de la dinámica en la exposición al embarazo, según se muestra en la Tabla 2. En él se evidencia el aumento de la actividad sexual reciente (en las últimas 4 semanas) en aquellas adolescentes de 15 a 19 que ya se iniciaron sexualmente, proporción que como vemos ha aumentado sostenidamente en los últimos 20 años. Lo mismo sucede en quienes registraron actividad sexual antes de los 15 años. A esta información habría que agregar, como probable explicación, los cambios registrados a nivel mundial en el descenso en la edad de la menarquia ⁽⁵⁾, aunque en el Perú la información sobre este importante marcador siga siendo escasa ^(6,7). A su vez, también cabe considerar las mejores condiciones nutricionales asociadas a cambios hormonales, así como los cambios psicológicos vinculados con la educación y el creciente acceso a medios.

Tabla 2. Evolución de la exposición al embarazo en mujeres adolescentes* del Perú 1991/92-2012

Año	Tuvo relaciones sexuales (%)	Actividad sexual en las últimas 4 semanas (%)	Primera relación sexual antes de los 15 años (%)	Uso de métodos anticonceptivos modernos en unidas (%)	Uso de métodos anticonceptivos modernos en activas** (%)
1991/92	18,4	11,5	3,6	--	--
1996	20,3	11,4	4,6	46,0	32,7
2000	22,2	11,5	5,1	31,0	26,6
2004/6	23,5	12,1	4,8	43,6	51,9
2009	27,8	13,6	6,2	40,9	63,7
2012	29,2	14,8	6,0	50,6	61,5

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Instituto Nacional de Estadística e Informática

* Las entrevistadas tenían de 15 a 19 años

** Comprende a quienes no estando unidas tuvieron relaciones sexuales en el mes anterior a la encuesta

Tabla 3. Planificación de la fecundidad según intención reproductiva en madres adolescente del Perú 1991/92-2012

Intención reproductiva de la madre	1991/92 (%)	1996 (%)	2000 (%)	2004/6 (%)	2009 (%)	2012 (%)
Lo quería entonces	52,6	49,0	44,4	34,8	35,7	31,7
Lo quería más tarde	35,2	36,6	41,8	58,6	56,2	57,8
No lo quería	12,1	14,1	13,5	6,6	8,1	10,5

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Instituto Nacional de Estadística e Informática

En este punto debemos precisar que el análisis demográfico previo no se agota en las estimaciones, sino que estas deben ser interpretadas en la medida que afectan las decisiones personales y pueden truncar proyectos de vida de cientos de miles de adolescentes en el Perú. Con mayor razón cuando el embarazo no fue buscado por la propia adolescente ni alentado por su familia ⁽⁸⁾.

Según se aprecia en la Tabla 3, son cada vez más las adolescentes embarazadas que hubieran querido ese embarazo más tarde, cifra que llega cerca al 60% en el 2012, y que fuera casi la mitad de este valor hace dos décadas. Mientras, quienes efectivamente buscaban quedar embarazadas bajaron de 52,6 a 31,7%. Se trata de situaciones que responden a cambios en la mentalidad, en los planes y expectativas de vida, y a una mayor educación y acceso a información en múltiples medios (que por sí sola no es suficiente para prevenir los embarazos no planificados).

A su vez, el efecto sobre las formaciones familiares también puede ser identificado. Si una adolescente pobre resulta embarazada, será mayor la probabilidad que pase a formar un nuevo hogar, generalmente precario e inestable. Cerca de dos tercios del total de madres adolescentes (63,8%) es conviviente. Pero si se trata de una adolescente de los estratos más altos (más educada) no habrá intención de unirse, y es su propia familia quien la apoya con la crianza y los cuidados del niño ⁽⁹⁾, mientras ella continua con su educación, y accede, a la larga, a mejores empleos.

Otro aspecto que considerar radica en la violencia sexual contra las mujeres, incluso en menores de 15 años. En nuestro país, según la ENDES 2012, el 6% de adolescentes unidas han sido víctimas de alguna forma de violencia sexual por parte de sus parejas. Las situaciones de violencia tendrán mayor relevancia en poblaciones en las que hay alta movilidad poblacional, asociados a ciclos expansivos de explotación de

recursos naturales o comercio, como sucede en muchas áreas de la selva y ceja de selva. En estas zonas se trata de un negocio cuya rentabilidad forma parte del comercio de bebidas alcohólicas y alimentos, y no obedece a una lógica criminal organizada, sino a un conjunto de redes familiares ⁽¹⁰⁾.

Por otro lado, en cuanto al análisis global del rango de edad adolescente, también se debe considerar el hecho que el grupo de 15 a 19 años es heterogéneo, lo que tendría implicancias para la prevención. En los últimos veinte años el grupo de 15 a 17, que en su mayoría está en la escuela secundaria, presenta porcentajes de embarazo relativamente estables, por debajo del 10%, mientras que el grupo de 18 a 19, generalmente fuera del sistema educativo, muestra prevalencias superiores al 20%. Obviamente, y tratándose de valores nacionales, lo que también debemos considerar es que estos valores fluctúan hacia arriba o hacia abajo según analicemos estratos, regiones naturales, etc.

IMPACTOS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

Tanto a nivel individual como colectivo, son múltiples los impactos del embarazo adolescente, sobre todo si no fue resultado de una decisión libre e informada que, como vimos, son la mayoría. Algunos de los impactos más estudiados en nuestro país, someramente esbozados en secciones anteriores, tienen que ver con la limitación al ejercicio de derechos y oportunidades, que afectan los planes de vida y la transición a la vida adulta, perpetuando la transmisión intergeneracional de la pobreza ⁽¹¹⁾. Menos reconocidos, pero no por falta de evidencias, son sus asociaciones de riesgo con la desnutrición infantil y la muerte temprana (de la adolescente y de sus hijos). En conjunto o por sí solos, configuran un potencial efecto negativo para los intentos de capitalizar la oportunidad derivada del cambio poblacional y hacer realidad el bono demográfico.

En relación con el primer grupo, directamente vinculado a la pobreza, está la formación del llamado capital humano, fundamentado en una educación y salud de calidad. La evidencia educativa va por doble vía. De un lado, el embarazo lleva a la deserción escolar, mientras que una educación de mala calidad desalienta la continuidad en la escuela. En nuestro país, la deserción escolar por causa del embarazo, matrimonio o para cuidar niños varía, pues según los departamentos del 10 al 20% de mujeres de 15 a 24 años dejaron la escuela por alguno de esos motivos. Nueve de cada diez madres adolescentes no asisten a algún centro educativo, y según estudios realizados en América Latina, las más

pobres al acceder mayoritariamente a una educación de muy mala calidad, no consideraban que ese acceso vaya a alterar su futuro ⁽¹²⁾.

En cuanto a sus efectos sobre la continuidad en la escuela secundaria, los estudios encuentran que en el área urbana el efecto de haber tenido algún parto en los últimos tres años reduce en 33% las posibilidades de progresar en los estudios. En el área rural esa probabilidad alcanza el 39% ⁽¹³⁾. Nuevamente, la pobre calidad educativa no hace sino reforzar este circuito de exclusiones; además del embarazo, la deserción escolar también puede resultar de uniones formales tempranas, de la baja calidad de la educación que se ofrece y de expectativas igualmente bajas que tienen las adolescentes para sus propias vidas. Por lo tanto, las políticas que buscan reducir el embarazo adolescente tendrían que considerar mucho más que solo brindar información sobre los anticonceptivos y facilitar su acceso. Es decir que, sin educación sexual de calidad o el fortalecimiento de las capacidades de asertividad adolescente, es realmente poco lo que se pueda lograr ⁽¹⁴⁾.

En el caso del embarazo adolescente, estudios realizados por el Banco Mundial han encontrado que el costo de oportunidad de por vida, medido por el ingreso anual no percibido por la madre adolescente durante toda su vida, varía entre 1% (en países muy desarrollados, con baja fecundidad) hasta el 30% (países muy pobres, con alta fecundidad) ⁽¹⁵⁾. Para el Perú, el costo que tiene la deserción escolar (para ambos sexos), en términos de la producción no materializada durante la vida de la cohorte actual de los jóvenes, ha sido estimado como equivalente a 17,1% del PBI ⁽¹⁶⁾.

En las adolescentes más pobres el embarazo llevará a conseguir un empleo a edades más tempranas, y bajo malas condiciones laborales ⁽¹⁷⁾. Justo en los años en que inician la transición a la vida adulta, apresurada a causa del embarazo, en los que se van asumiendo nuevos roles, dependiente de la situación familiar, etnicidad, pobreza, y acceso a redes de apoyo social. Se trata de transiciones que, según la distribución de oportunidades, hacen o no posible la inclusión social. En tal sentido, se perpetúan las inequidades en las transiciones a la vida adulta, limitando el ejercicio de sus derechos, con altos costos sociales y económicos derivados de estos rezagos.

El impacto sanitario tampoco será menor, sobre todo si consideramos que casi el 60% de los embarazos en adolescentes no fueron planificados. Entonces, ¿Cuántos de ellos terminan como aborto inducido? Según la Primera Encuesta Nacional de la Juventud del

2011, cerca del 30% de adolescentes declaraba “cercanía con algún conocido que se ha realizado un aborto” ⁽¹⁸⁾. A su vez, estudios más especializados reportan datos por encima y por debajo a los estimados realizados para el país en estudios internacionales ^(19,20). En todo caso, prevenirlos habría costado bastante menos, tanto desde el punto de vista sanitario, psicológico, social y familiar, como económico, el más invocado por quienes optan por aborto ⁽²¹⁾. Según algunos estudios internacionales, en países como el Perú, evitar cada embarazo no planificado en la adolescencia costaría entre US\$ 43 y US\$ 63 ⁽²²⁾.

Estrechamente vinculado con lo anterior están las muertes maternas evitables, de no haberse producido estos embarazos o de no haberse producido su deterioro. En las adolescentes de nuestro país las razones de mortalidad maternas (RMM) son desproporcionadamente más altas que las registradas para las mujeres en edad reproductiva, sobre todo en la sierra y selva, llegando en esta última a valores de 453 muertes maternas por cien mil nacidos vivos en el periodo 2007-2011, según lo muestra un reciente estudio de la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud del Perú y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) ⁽²³⁾. Estos valores demuestran claramente la inequidad existente, lo que justifica no solo una atención en términos geográficos. Adicionalmente, hay que considerar que, según registros de vigilancia epidemiológica, algunas muertes maternas en este grupo de edad son producidas por suicidios, situación sobre la cual la es escasa la información acerca de su magnitud y contexto.

Luego del embarazo se pueden considerar los efectos vinculados con la nutrición y desarrollo, no solo de la propia madre sino también la del recién nacido. En el Perú es mayor la probabilidad de que los hijos de las adolescentes multiparas (alrededor del 2% de las gestaciones entre las adolescentes) experimenten bajo peso al nacer o que sean pequeños para la edad gestacional, comparadas con quienes no son multiparas a esa edad ⁽²⁴⁾. Resultados de otros estudios evidencian una importante diferencia entre las madres adolescentes y las adultas en términos de peso del recién nacido, más aun en la adolescencia temprana ⁽²⁵⁾. Los resultados nutricionales, sin embargo, pueden ser revertidos ⁽²⁶⁾.

Un elemento adicional es que todos estos aspectos, a la larga, afectan el estado nutricional del niño, en estrecha asociación con un intervalo intergenésico corto ⁽²⁷⁾, más aun si es menor a 18 meses ⁽²⁸⁾. En el Perú, en madres adolescentes de 15 a 19 años, dicho intervalo se mantiene alrededor de los 25 meses, mientras que en los otros grupos de edad es casi el doble.

Globalmente, las crecientes brechas de oportunidades entre las adolescentes que, siendo pobres, resultan embarazadas sin haberlo planificado, son de tal magnitud que en conjunto pudieran contrarrestar la posibilidad de capitalizar la oportunidad derivada del cambio poblacional. De no revertirse estas tendencias, el bono demográfico no pasará de haber sido una oportunidad más. Al no estar aprovechando la oportunidad, no dejará de ser sino un pagaré.

EMBARAZO ADOLESCENTE E INCLUSIÓN SOCIAL: ALGUNAS EXPERIENCIAS

Aprovechando el actual ciclo de crecimiento económico, los últimos gobiernos han venido priorizando la atención a las poblaciones más vulnerables mediante los programas sociales en programas de transferencias condicionadas. Sin embargo, alcanzados algunos logros en los primeros años de la vida, tales como el descenso en la mortalidad infantil y la menor desnutrición, ninguno de estos programas sostiene intervenciones orientadas a consolidar dichos logros, incluyendo la prevención de embarazos no planificados durante la pubertad o la adolescencia, ni los hacen parte de algunas de sus condicionalidades, salvo que estuvieran ya embarazadas o sean madres. Incluso, se ha llegado a decir, sobre la base de presunciones y prejuicios, que el embarazo aumentaría como condicionante para lograr la afiliación en estos programas ⁽²⁹⁾, cuando ninguna evidencia sería lo ha podido sostener ⁽³⁰⁾.

Los programas de transferencias condicionadas (del tipo Juntos) operan de modos diversos. Establecida como condicionalidad la permanencia en la escuela secundaria puede modificar las percepciones de las adolescentes respecto de las oportunidades que perderían, mejoraría su autoestima y agencia personales, desincentivándolas del riesgo de un embarazo no planificado. También esta mayor retención del sistema escolar puede incidir en el uso del tiempo por parte de las adolescentes, abocándose más a sus actividades lectivas ⁽³¹⁾. Sin programas sociales específicamente orientados a la población adolescente, en el área rural del Perú la población de 12 a 19 años de ambos sexos dedica 29 horas semanales a actividades educativas, dos horas menos que en el área urbana, mientras que en esta última se disponen de seis horas y media adicionales de tiempo libre a la semana (21 h 47 min frente a 15 h 17 min) ⁽³²⁾.

Algunas experiencias en América Latina han empezado a transitar por esos caminos. En Colombia, el programa Subsidio Educativo ha contribuido a reducir el embarazo

adolescente, siendo la condición no solo asistir a la escuela secundaria, sino también alcanzar un mínimo de rendimiento educativo, variable que hizo la diferencia respecto de otros programas sociales ⁽³³⁾. También en Brasil algunos estudios encuentran que el programa Bolsa Familia ha logrado impactar sobre el embarazo adolescente ⁽³⁴⁾. De manera similar a lo registrado en Chile, país en el que la extensión de la jornada escolar contribuyó a reducir la fecundidad adolescente, explicando hasta en un tercio de la reducción observada ⁽³⁵⁾.

Estas intervenciones no tuvieron lugar solo sectorialmente, dada la compleja trama de situaciones en que se presenta el embarazo adolescente no planificado. El Gobierno de México ha incorporado a su oferta de programas sociales, en gestión con los gobiernos locales y organizaciones comunales y ONG, un programa de becas para adolescentes madres y gestantes. De modo que el sector educación es uno de los que ineludiblemente debe formar parte de estas intervenciones. A la larga, para superar la pobreza, que no es solo monetaria sino multidimensional, se debe excluir al embarazo como opción principal para la movilidad social.

En otras regiones del mundo, aun más pobres, se han registrado logros semejantes. Es el caso de una experiencia local en el marco del programa de transferencias condicionadas en Malawi, en el que la probabilidad del embarazo cayó en 30% en quienes en un principio no formaban parte de él, mientras que la de unirse para formar alguna pareja descendió en 40%. A su vez, la iniciación sexual resultó 38% menor que en quienes no formaban parte del programa ⁽³⁶⁾.

PLAN NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

Para hacer frente a la situación descrita en secciones anteriores, este plan tiene una sólida propuesta de intervención de política pública, aunque su aprobación está pendiente desde hace dos años. Recoge lo más avanzado de la investigación internacional y nacional, a partir del balance de las intervenciones que tienen efecto probado para disminuir embarazo no planificado en adolescentes ⁽³⁷⁾, y reconoce que solo las intervenciones simultáneas y multisectoriales, nunca aisladas, habrán de tener un efecto sostenible. Su horizonte temporal alcanza el año 2021 (bicentenario), siendo su objetivo general reducir en 20% la prevalencia del embarazo en las adolescentes. Sus objetivos específicos son:

- Postergar el inicio de la actividad sexual en la adolescencia;

- Incrementar el porcentaje de adolescentes que concluyen la educación secundaria;
- 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;
- Incrementar la prevalencia de uso actual de métodos anticonceptivos modernos en los adolescentes sexualmente activos mayores de 18 años y en adolescentes que ya son madres;
- Disminuir los diferentes tipos de violencia en los adolescentes poniéndose énfasis en la violencia sexual.

Tratándose de un plan multisectorial requerirá de un sostenido liderazgo del Ministerio de Educación y del Ministerio de Salud, y en menor medida (por el volumen de las acciones) del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, y de los gobiernos regionales y locales. Aún no se formaba el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social cuando este plan fue formulado. Sus principales líneas de acción comprenden:

- Acceso a la educación básica;
- Educación sexual integral desde la infancia;
- Entorno familiar y comunitario favorable para el desarrollo integral del adolescente;
- Espacios de recreación y buen uso del tiempo libre para el desarrollo integral de los adolescentes;
- Acceso a servicios de atención integral en salud sexual y reproductiva.
- Orientación y consejería en salud sexual y reproductiva y anticoncepción para los adolescentes sexualmente activos mayores de 18 años y en adolescentes que ya son madres;
- Redes de protección y apoyo social con participación comunitaria;
- Empoderamiento y participación adolescente y joven;
- Comunicación social en la prevención del embarazo adolescente;
- Orientación vocacional y empleabilidad juvenil;
- Alianzas estratégicas multisectoriales;
- Monitoreo, supervisión, evaluación e investigación operativa.

Además, las políticas y programas en marcha, y por desarrollarse, deberían poder medir su impacto en temas clave como el incremento en el porcentaje de adolescentes que concluyen la educación secundaria; el incremento de la prevalencia de uso actual de métodos anticonceptivos en adolescentes sexualmente activas, y la disminución de la violencia sexual que afecta a los adolescentes.

CONCLUSIONES

En el Perú, el porcentaje de mujeres adolescentes (15 a 19 años) que están o han estado alguna vez embarazadas se mantiene a niveles estables (alrededor del 13%) en las últimas dos décadas. Los porcentajes varían notablemente según se trate de adolescentes pobres o no pobres, urbanas o rurales, y según región natural (en la selva supera el doble del promedio nacional), lo que las limita para aprovechar sus escasas oportunidades educativas, laborales y de desarrollo personal y familiar en sus transiciones hacia la vida adulta. Aunque a nivel rural se registra un leve descenso, a nivel nacional el valor se mantiene estable, a causa de un leve aumento en las áreas urbanas, incluyendo Lima Metropolitana, cuyas poblaciones crecen, a diferencia de las poblaciones rurales.

Por otro lado, se registra un notable aumento de adolescentes que hubieran querido postergar el embarazo, de 35,2% (1991/92) a 57,8% (2012), a la par de un notable descenso en quienes efectivamente lo esperaban cuando se presentó (52,6 a 31,7%). En consecuencia, los riesgos sanitarios son mayores en ellas, al presentar RMM superiores a todos los otros grupos de edad, y al tener sus hijos mayor desnutrición. Según un estudio reciente del Ministerio de Salud y el UNFPA, para el periodo 2007-2011, la RMM en este grupo fue 241 muertes maternas por cien mil nacidos vivos, valor superior al doble del promedio nacional global (106); y si la adolescente vivía en la selva, dicha razón llegaba a 453 muertes maternas adolescentes por cien mil nacidos vivos.

A la prácticamente ausencia de políticas de prevención, expresada en la falta de educación sexual, en un contexto de precaria calidad educativa, también se registra un incremento de la práctica sexual reciente (en los últimos 30 días) y un leve aumento en el inicio sexual antes de los 15 años. En el terreno de las políticas públicas, se revisan las experiencias de otros países en programas tipo Juntos, que vinculan la retención en la secundaria con la prevención del embarazo. Finalmente, se reseñan las principales medidas del Plan Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente, destacando el trabajo intersectorial, sobre todo entre el Ministerio de Educación, Ministerio de Salud y el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.

Contribuciones de autoría: WM y GS participaron en la concepción y diseño del artículo, análisis e interpretación de datos y revisión de las fuentes, WM preparó la primera versión escrita del texto. WM y GS aprobaron la versión final del artículo.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés en la publicación de este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tribunal Constitucional. *Sentencia del Pleno Jurisdiccional del Tribunal constitucional* 00008/2012 PI/TC. 12 de diciembre del 2012.
2. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). *El bono demográfico en las regiones del Perú*. Lima: UNFPA; 2012.
3. Boyd C. *La transformación de las mujeres rurales jóvenes en Perú. Análisis comparativo a partir de los censos nacionales (1961-2007)*. Documento de Trabajo N.º 10. Lima: Instituto de Estudios Peruanos, Nuevas Trenzas; 2013.
4. Escobar J, Saavedra J, Vakis R. *¿Está el piso parejo para los niños en el Perú? Medición y comprensión de la evolución de las oportunidades*. Lima: Banco Mundial, GRADE; 2012.
5. Binstock G, Näslund-Hadley E. *Iniciación sexual, asistencia escolar y embarazo adolescente en sectores populares de Asunción y Lima: una aproximación cualitativa*. Debates en Sociología. 2010;(35):45-67.
6. Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI); Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). *Perú: Salud sexual y reproductiva de los varones. Informe General. ENDES Varones, 2008*. Lima: INEI, UNFPA; 2010.
7. Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). *Perú: Estimaciones y proyecciones de la población total, por años calendario y edades simples, 1950-2050*. Lima: INEI, UNFPA; 2009.
8. Bayer AM, Tsui AO, Hindin MJ. *Constrained choices: adolescents speak on sexuality in Peru*. Cult Health Sex. 2010;12(7):771-82.
9. National Research Council; Institute of Medicine. *Growing up global: the changing transitions to adulthood in developing countries..* Washington, DC: The National Academies Press; 2005.
10. Gonzales GF, Villena A. *Body mass index and age at menarche in Peruvian children living at high altitude and at sea level*. Hum Biol. 1996;68(2):265-75.
11. Miranda R. *Factores biopsicosociales relacionados al embarazo en adolescentes del Centro Materno Infantil "Juan Pablo II" de Villa el Salvador-2005*. Tesis de Bachiller en Obstetricia. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 2005.
12. Benavides M, Ríos V, Olivera I, Zúñiga R. *Ser joven excluido es algo relativo. Dimensiones cuantitativas y cualitativas de la heterogeneidad de los jóvenes pobres urbanos peruanos*. Buenos Aires: CLACSO; 2010.
13. INEI. ENDES Realizadas [Internet]. Lima: INEI; c2009 [citado el 16 de enero de 2013]. Disponible en: <http://desa.inei.gob.pe/endes/>
14. Mujica J, Cavagnoud R. *Mecanismos de explotación sexual de niñas y adolescentes en los alrededores del puerto fluvial de Pucallpa*. Anthropologica. 2011;29(29):91-110.
15. Alarcón G. *¿Cómo 'desconectar' la transmisión intergeneracional de la pobreza? El caso de las madres adolescentes en el Perú*. Lima: Centro de Investigación y Desarrollo (CIDE) del INEI; 2002.
16. Näslund-Hadley E, Manzano G. *Educación de calidad: ¿un anticonceptivo eficiente?* New York: Banco Interamericano de Desarrollo; 2011.
17. Cavero D, Montalva V, Rodríguez J. *Determinantes socioeconómicos de las transiciones entre niveles educativos: un enfoque sobre género y ruralidad en el Perú*. Documento de Trabajo 309. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2011.
18. Näslund-Hadley E, Binstock G. *The miseducation of Latin American girls: poor schooling makes pregnancy a rational choice*. Technical Notes No. IDB-TN-204. New York: Inter-American Development Bank; 2010.
19. Chaaban J, Cunningham W. *Measuring the economic gain of investing in girls: the girl effect dividend*. Policy Research Working Paper 5753. Washington, DC: The World Bank; 2011.
20. *El Potencial de la juventud: políticas para jóvenes en situación de riesgo en América Latina y el Caribe. Resumen Ejecutivo*. Washington, DC: Banco Mundial; 2007.
21. Alcázar L, Lovatón R. *Consecuencias socio-económicas de la maternidad adolescente: ¿constituye un obstáculo para la formación de capital humano y el acceso a mejores empleos?* Lima: INEI; 2006.
22. Secretaría Nacional de la Juventud (SENAJU). *Primera Encuesta Nacional de la Juventud. Resultados finales*. Lima: SENAJU; 2012.
23. Tarqui-Mamani C, Barreda A, Barreda M, Sanabria-Rojas H. *Prevalencia del intento de interrumpir el embarazo y factores asociados en una comunidad urbano marginal de Lima-Perú, 2006*. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2010;27(1):38-44.
24. Bernabé-Ortiz A, White PJ, Carcamo CP, Hughes JP, Gonzales MA, García PJ, et al. *Clandestine induced abortion: prevalence, incidence and risk factors among women in a Latin American country*. CMAJ. 2009;180(3):298-304.
25. Palomino N, Padilla MR, Talledo BD, Mazuelos CG, Carda J, Bayer AM. *The social constructions of unwanted pregnancy and abortion in Lima, Peru*. Glob Public Health. 2011;6 Suppl 1:S73-89. doi: 10.1080/17441692.2011.590813.
26. Guttmacher Institute; International Planned Parenthood Federation (IPPF). *Facts on the Sexual and Reproductive Health Of Adolescent Women in the Developing World*. New York: IPPF; 2010.
27. Perú, Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología; Fondo de Población de Naciones Unidas. *La mortalidad materna en el Perú, 2002 al 2011*. Lima: MINSA; 2013.
28. Ventura W, Ventura-Laveriano J, Nazario-Redondo C. *Perinatal outcomes associated with subsequent pregnancy among adolescent mothers in Peru..* Int J Gynaecol Obstet. 2012;117(1):56-60.
29. Ryan JA, Casapía M, Aguilar E, Silva H, Rahme E, Gagnon AJ, et al. *A comparison of low birth weight among newborns of early adolescents, late adolescents, and adult mothers in the Peruvian Amazon*. Matern Child Health J. 2011;15(5):587-96.
30. Arias E, Lopez Calva LF. *The impact of maternal age on non-cognitive skills development and the consequences for social progress in*

- Peru. Washington, DC: The World Bank; 2012.
31. Rutstein SO. [Further Evidence of the Effects of Preceding Birth Intervals on Neonatal, Infant, and Under-Five-Years Mortality and Nutritional Status in Developing Countries: Evidence from the Demographic and Health Surveys](#). USAID DHS Working Papers. 2008(41).
32. Conde-Agudelo A, Rosas-Bermúdez A, Kafury-Goeta AC. [Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes: a meta-analysis](#). JAMA. 2006;295(15):1809-23.
33. El Comercio. Se embarazan para cobrar S/100. Lima, 18 de enero de 2009.
34. Huber L, Zárate P. [Programa JUNTOS: Certezas y malentendidos](#)

[en torno a las transferencias condicionadas](#) Estudio de caso de seis distritos rurales del Perú. Lima: UNICEF, IEP, UNFPA; 2009.

Correspondencia: Walter Mendoza
Dirección: Av. Guardia Civil 1231, Lima 27, Perú.
Teléfono: 2261026 *anexo:* 217
Correo electrónico: mendoza@unfpa.org.pe