

# Políticas para prevenir el embarazo en adolescentes en el Perú

Wendy Albán hace un análisis de la problemática del embarazo en adolescentes que tienen entre 15 y 19 años de edad y sus consecuencias en la reducción de oportunidades. Sostiene que para lograr los objetivos de política del Estado se requiere ir más allá de las intervenciones sectoriales y fortalecer la participación de la sociedad.

#### **PALABRAS CLAVE:**

Embarazo en adolescentes, Brechas, Oportunidades, Políticas de Estado, Participación.

**Policies for preventing teenage pregnancy in Peru**  
Wendy Albán analyzes the problems involved in teenage pregnancy among 15 to 19 year-olds and how it reduces opportunities. She sustains that for government to meet its policy objectives it must go beyond sector intervention and must strengthen society participation.

#### **KEYWORDS:**

Teenage pregnancy, Gaps, Opportunities, Government policies, Participation.

---

#### **WENDY ROSI ALBÁN MÁRQUEZ**

Licenciada en Antropología por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Egresada de la maestría de Ciencia Política y Gobierno de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Especialista en derechos humanos y seguimiento de políticas de atención a la infancia y la adolescencia. Coordinadora del seguimiento concertado a las políticas de salud en la Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza. walban@mesadeconcertacion.org.pe

---

**A**mérica Latina y el Caribe (ALC) es la segunda región del mundo por su tasa de embarazo adolescentes. Si a escala mundial esta tasa es de 46 nacimientos por cada 1000 adolescentes, en ALC se la estima en 66,5/1000 nacimientos para el caso de adolescentes de entre 15 y 19 años de edad (OPS, UNFPA y UNICEF, 2018).

Aspectos que preocupan en relación con esta problemática en ALC son: i) su resistencia a la baja en adolescentes de entre 15 y 19 años;<sup>1</sup> ii) la tendencia creciente de embarazos en adolescentes tempranas menores de 15 años; iii) el mayor riesgo de muerte materna en las adolescentes; y, iv) la mayor vulnerabilidad de adolescentes rurales, indígenas y afrodescendientes en situación de pobreza y con baja escolaridad.

Al respecto, nuestro país tiene muchos retos que afrontar para avanzar hacia la reducción del embarazo adolescente. Si bien el Estado ha aplicado políticas a nivel nacional para reducirlo en 20 % hacia el 2021, éste ha tenido un incremento y persisten brechas considerables entre las adolescentes.

Este artículo presenta un balance de lo avanzado respecto a la problemática del embarazo adolescente en el Perú, las políticas públicas implementadas desde el año 2012 y lo que queda por resolver para prevenirla y reducirla. El balance es producto del Seguimiento Concertado que realiza la Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza (MCLCP) con la participación de representantes de la sociedad civil y del Estado.

## EL EMBARAZO ADOLESCENTE EN EL PERÚ: SITUACIÓN, CAUSAS Y CONSECUENCIAS

La tasa de embarazo adolescente en el Perú se estima en 60 nacimientos por cada 1000 adolescentes, y el porcentaje de mujeres de este grupo etario que estuvo alguna vez embarazada se calcula en 13,4 % (INEI, 2017).

En los últimos veinte años, estos números casi no se han movido. No obstante, como se observa en el gráfico 1, entre los años 2016 y 2017 se registra un aumento del embarazo adolescente de 12,7 % en el 2016 a 13,4 % en el 2017.

Preocupa particularmente la brecha que se aprecia entre las adolescentes que ya son madres y las adolescentes

embarazadas de un primer hijo o hija. Las cifras evidencian que las políticas estatales están fallando en la prevención del segundo embarazo en la adolescencia. Según el INEI (ENDES 2017), el 10,6 % de adolescentes de entre 15 y 19 años de edad ya eran madres, mientras que 2,9 % de adolescentes de ese mismo rango de edad se encontraban embarazadas de su primer hijo o hija. La brecha es mayor en adolescentes provenientes de zonas rurales, donde el 19,3 % ya eran madres y el 3,9 % se encontraba embarazada de su primer hijo o hija.

Además, ello permite constatar la exclusión y el débil acceso que tienen las y los adolescentes a los métodos anticonceptivos modernos a pesar de ya haber iniciado relaciones sexuales y de tener un hijo o una hija.

Desde el año 2012, la MCLCP, a través del mecanismo de Seguimiento Concertado, analiza la problemática del embarazo adolescente y alerta sobre sus causas y consecuencias (MCLCP, 2012). En relación con las primeras, se ha llegado a un consenso sobre los aspectos clave:

- a) La edad de la iniciación sexual.
- b) La edad de la nupcialidad.
- c) Acceso a la educación y a la educación integral en sexualidad.
- d) Acceso a servicios de salud y uso de anticonceptivos.
- e) Proyecto de vida y acceso a oportunidades para el desarrollo personal.

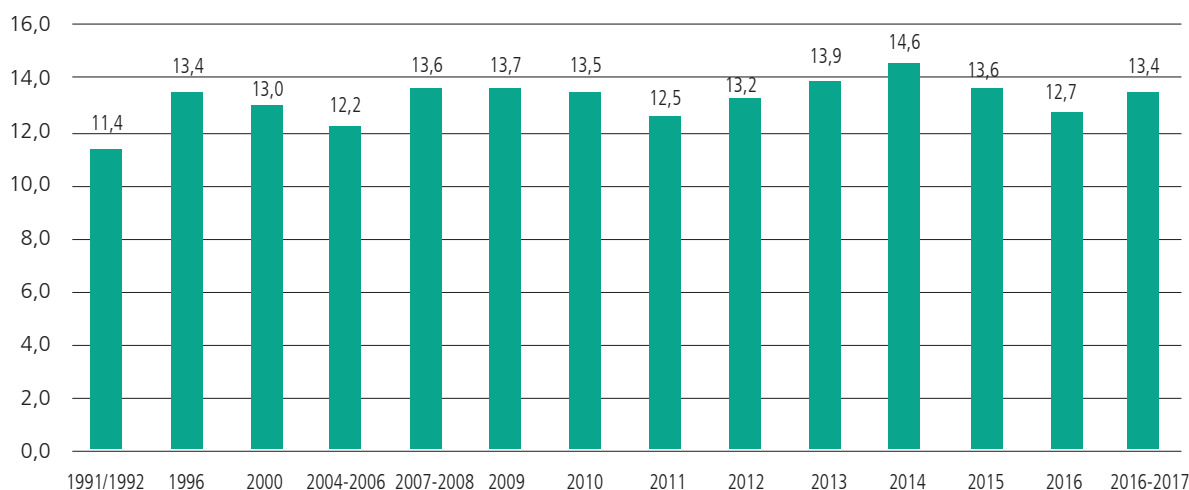
En lo que concierne a las consecuencias, se han identificado las siguientes:

- a) Incremento del riesgo de muerte materna en adolescentes debido a las probabilidades de presentar complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio, por su inmadurez biológica.
- b) Aumento del riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y muerte de recién nacidos debido a la inmadurez biológica y las condiciones de salud y nutrición de la adolescente.
- c) Mayor atraso y deserción escolar en las mujeres adolescentes.
- d) Reducción de oportunidades de desarrollo profesional y de acceder a condiciones laborales e ingresos dignos.
- e) Incremento de las condiciones de vulnerabilidad y exclusión de la población adolescente y, por tanto, reproducción de la pobreza.

<sup>1</sup> De ahora en adelante, cada vez que se nombre a las y los adolescentes, sin especificar edad o rango de edad, se estará haciendo referencia a adolescentes de entre 15 y 19 años. Cualquier otro rango será específicamente señalado.

**Gráfico 1.**

**Perú: Madres adolescentes o embarazadas por primera vez  
(Porcentaje del total de adolescentes mujeres de 15 a 19 años de edad)**



Fuente: INEI. ENDES 2017.

Estos aspectos deben ser analizados a luz de las diversas características y condiciones que presentan las y los adolescentes, que componen un grupo heterogéneo. No es lo mismo ser una adolescente de 15 que una de 18 o 19 años de edad. No lo es, tampoco, ser una adolescente menor de 15 años que una de entre 15 y 19 años y, además, tener ya un hijo o hija. Aunque en todos los casos se encuentren en situación de vulnerabilidad.

### LA EQUIDAD SIGUE SIENDO UN DESAFÍO PARA PREVENIR EL EMBARAZO ADOLESCENTE

Las adolescentes que provienen de zonas rurales, pobres y sin educación siguen siendo las más vulnerables y quienes se encuentran en mayor riesgo de tener un embarazo precoz y morir.

De acuerdo con las últimas estimaciones del INEI (ENDES 2017), en el área urbana, 10,7 % de las adolescentes estuvo alguna vez embarazada, mientras que en el área rural lo estuvo el 23,2 %; es decir, las cifras se duplican en adolescentes provenientes de zonas rurales. Por situación socioeconómica, entre las adolescentes pobres el 24,2 % estuvo alguna vez embarazada, mientras que entre las no pobres solo el 3,9 % lo estuvo alguna vez.

En cuanto al acceso a la educación, las estimaciones del INEI (ENDES 2017) revelan que el 31,8 % de las adolescentes sin educación estuvo alguna vez embarazada. Lo mismo le ocurrió al 44,6 % con Educación Primaria, al 12,4 % con Secundaria y al 6,8 % con Educación

Superior, lo que evidencia que la educación ejerce un rol protector frente al embarazo temprano. Un aspecto que merece ser profundizado es la relación entre embarazo temprano y deserción o abandono escolar.

Al respecto, las instituciones del Estado y de la sociedad civil que participan en la MCLCP señalan que la existencia de barreras culturales, económicas, sociales y geográficas incide en el mayor riesgo de embarazo en adolescentes (MCLCP, 2018). A esto se añade la menor presencia del Estado en zonas rurales y dispersas.

### LAS MUJERES INDÍGENAS Y EL EMBARAZO ADOLESCENTE

La selva y las poblaciones indígenas representan un desafío para las políticas públicas. En la primera de estas regiones, el embarazo adolescente es el más alto del país (según información del INEI, representó el 22,6 % en el año 2017) (véase el gráfico 2).

Las distintas regiones de la selva registran los porcentajes más altos de embarazo adolescente: en Loreto, 30,4 % de las adolescentes estuvo alguna vez embarazada; en Amazonas, 23,8 %; en Ucayali, 23,1 %; y en San Martín, 20,0 %.

En esta misma región, las mujeres adolescentes indígenas y no indígenas se encuentran en riesgo de uniones tempranas, embarazos precoces y mayor vulnerabilidad frente a la violencia.

Otro ámbito de preocupación es el menor acceso a la educación y el mayor atraso o deserción escolar en las mujeres adolescentes indígenas de la Amazonía. Según el informe sobre condiciones de vida de la población por origen étnico (INEI, 2016), solo 27 de cada 100 mujeres adolescentes indígenas de 15 años a más de edad alcanzó el nivel secundario, mientras 44 de cada 100 hombres indígenas de la misma edad lograron este nivel educativo.

En cuanto al embarazo adolescente, la información del INEI (ENDES 2016) revela que 48,2 % de adolescentes indígenas de la Amazonía estuvo alguna vez embarazada, y que solo el 12 % de adolescentes cuya lengua materna es el castellano lo estuvo alguna vez.

Un desafío hacia adelante es profundizar el análisis sobre los factores que están influyendo en esta situación de mayor vulnerabilidad y desventaja de la población indígena desde los enfoques de derechos, género e interculturalidad.

Punto aparte merecen los casos reportados de violencia sexual ejercida en el ámbito educativo por docentes y autoridades. Estos hechos han afectado en especial a las niñas y adolescentes indígenas en zonas amazónicas como la provincia de Condorcanqui, en Amazonas (Defensoría del Pueblo, 2017).

## **POLÍTICAS DE ESTADO PARA PREVENIR EL EMBARAZO ADOLESCENTE: EL RETO DE PASAR DE UN ENFOQUE SECTORIAL A UNO MULTISECTORIAL Y MULTIACTOR**

El Perú asumió el compromiso de prevenir el embarazo de adolescentes a partir del año 2012, por medio del Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021<sup>2</sup> y del Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013-2021.<sup>3</sup> En ambos casos se cuenta con una ruta para el seguimiento y la rendición de cuentas a través de comisiones multisectoriales. No obstante, los resultados del INEI evidencian no solo que no hay avances, sino que el embarazo en adolescentes de entre 15 y 19 años de edad aumentó en el año 2017.

Al respecto, es necesario reflexionar sobre lo que se está haciendo desde el Estado, lo que está funcionando y lo que no, y emprender mejoras.

Dos avances importantes han sido: 1) la inclusión, a partir del año 2012, del producto “Adolescentes acceden a servicios de salud para prevención del embarazo” en el programa presupuestal “Salud Materno Neonatal”, y 2) la aprobación del Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes de noviembre del año 2013.

El Plan Multisectorial tiene como objetivo principal reducir en 20% el embarazo adolescente hacia el 2021. Cuenta además con cinco objetivos que recogen evidencias internacionales sobre lo que está funcionando para reducir este grave problema:

Objetivo 1. Postergar el inicio de las relaciones sexuales en la adolescencia.

Objetivo 2. Incrementar el porcentaje de adolescentes que concluyen la Educación Secundaria.

Objetivo 3. Asegurar la inclusión de la Educación Sexual Integral en el Marco Curricular Nacional, para que las regiones cuenten con condiciones y recursos educativos para implementar la Educación Sexual Integral.

Objetivo 4. Incrementar la prevalencia de uso actual de métodos anticonceptivos modernos con las y los adolescentes sexualmente activos y en madres adolescentes.

Objetivo 5. Disminuir los diferentes tipos de violencia en las y los adolescentes, con énfasis en la violencia sexual.

Es en los tres últimos objetivos del Plan Multisectorial donde menos se ha avanzado. Al respecto, se tiene lo siguiente:

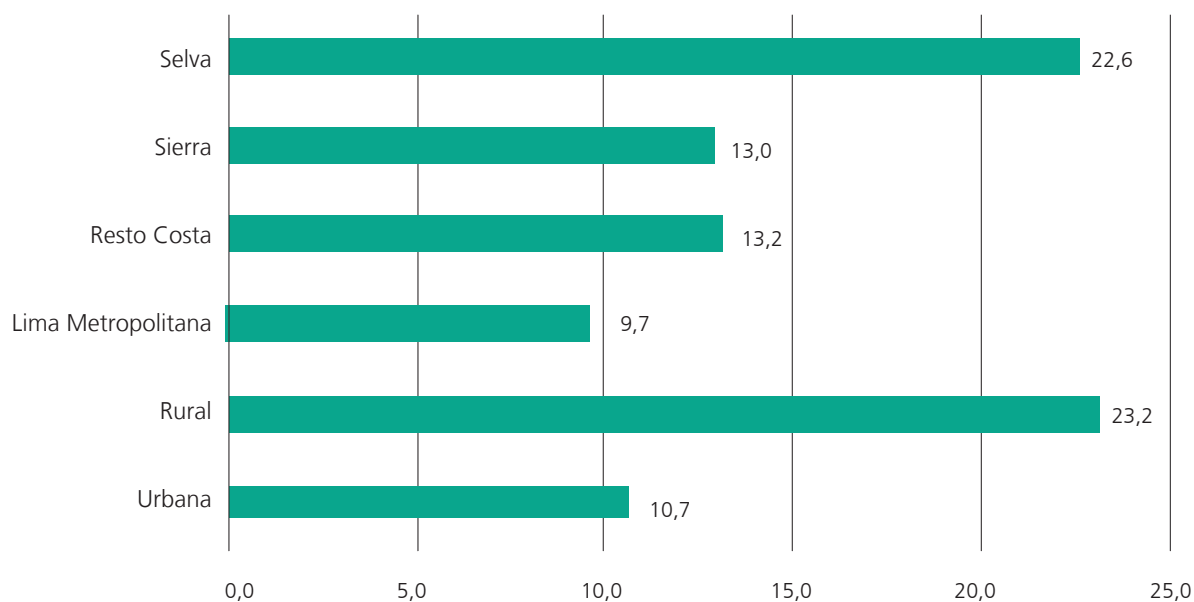
a) En salud, para avanzar hacia el objetivo 4 del Plan Multisectorial se aprobó la norma técnica de planificación familiar (Resolución Ministerial N° 652-2016-MINSA), que permite el acceso de adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva y a los métodos anticonceptivos. No obstante, aún no es conocida por todos los prestadores de servicios de salud en el país, y en algunos casos éstos ponen barreras al acceso a métodos anticonceptivos y exigen la presencia de los padres o de un tutor, a pesar de que esto ya no es necesario. Como consecuencia, se constata un limitado acceso a métodos anticonceptivos modernos. Según información del INEI (ENDES 2017), el 47,3 % de las adolescentes usan métodos anticonceptivos

2 Decreto Supremo N° 001-2012-MIMP. Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021: [https://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/pnaia/pdf/Documento\\_PNAIA.pdf](https://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/pnaia/pdf/Documento_PNAIA.pdf)

3 Decreto Supremo N° 012-2013-SA. Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, 2013-2021: [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2013/DS012\\_2013\\_SA\\_EP\\_c.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2013/DS012_2013_SA_EP_c.pdf)

**Gráfico 2.**

**Perú: Adolescentes (15-19 años) que ya son madres o que están embarazadas por primera vez según ámbito geográfico. 2016-2017 (Porcentaje)**



Fuente: INEI. ENDES 2017.

modernos, y el 68,5 % de las adolescentes sexualmente activas recurren a métodos anticonceptivos modernos. Por otro lado, esta misma información da cuenta de que el 62,2 % de las adolescentes quería su embarazo después. Es decir, al menos 6 de cada 10 adolescentes madres entre 15 y 19 años de edad tuvieron un embarazo no esperado o no planificado en la adolescencia y hubieran preferido postergarlo. Eso nos lleva a preguntarnos sobre las barreras existentes en el acceso a información y a métodos anticonceptivos para las y los adolescentes y sobre los retos para garantizar desde el Estado el derecho a la salud sexual y reproductiva en este grupo de edad.

b) En educación, desde el 2008 se dispone de los “Lineamientos educativos y orientaciones pedagógicas para la educación sexual integral”. No obstante, existen barreras para su implementación, ya que no se ha dado al problema la prioridad política necesaria, no se cuenta con presupuesto específico y suficiente para su implementación y hay una oposición de un sector de la población que considera que se trata de un asunto privado y que debe restringirse al ámbito familiar.

Además, en el año 2016 se aprobó el Currículo Nacional de Educación Básica del Ministerio de Educación (Resolución Ministerial N° 281-2016-MINEDU), y

se incorporó el enfoque de igualdad de género. Sin embargo, su aplicación se suspendió en el 2018 por el fallo de la Primera Sala Civil de la Corte Superior de Justicia de Lima, lo que puso en riesgo la ejecución de la Política Educativa Nacional.

Por ello, no se ha podido avanzar ni en el objetivo 3 ni en el objetivo 4 del Plan Multisectorial, referido este último a la disminución de los diferentes tipos de violencia.

c) En el área de protección frente a la violencia, el objetivo 5 del Plan Multisectorial es el que ha tenido, particularmente este año, mayor atención desde las políticas y programas del Estado. Un paso importante es sin duda la aprobación de la Ley N° 30364, Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar. Asimismo, la reciente dación del Decreto Supremo N° 008-2018-MIMP, que aprueba el Plan de Acción conjunto para prevenir la violencia contra las mujeres. A pesar de estos avances, alertan las cifras nacionales sobre casos de violencia perpetrados contra niñas, niños y adolescentes y reportados por los Centros de Emergencia Mujer (CEM), que para el cierre del año 2017 representaron el 73 % del total de casos de violencia atendidos en estos Centros (9012 en todo el país) (MIMP, 2017).

Uno de los nudos críticos es el poco presupuesto y la desarticulación para financiar las actividades comprendidas en el citado Plan Multisectorial. Desde la Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza (MCLCP, 2018) se identificó que, a través del Programa de Salud Materno Neonatal, se destinan S/ 7 en promedio por adolescente con el fin de que tengan acceso a los servicios de salud para la prevención del embarazo adolescente, lo que resulta claramente insuficiente.

## REFLEXIONES FINALES

Como se puede apreciar a partir del recuento de la situación del embarazo adolescente en el Perú y de lo que se está haciendo desde el Estado, queda todavía mucho por hacer para prevenir este grave problema. Al respecto, planteamos algunas reflexiones finales:

- La optimización de la implementación del Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo adolescente requiere pasar de un enfoque sectorial a uno multisectorial de las intervenciones y del presupuesto. A esto se suma la necesidad de avanzar hacia un enfoque territorial que mire el papel que pueden tener los gobiernos regionales y los gobiernos locales en la prevención del embarazo adolescente.
- Urge no truncar la inclusión del enfoque de igualdad de género en el Currículo Nacional, no solo porque posibilita avanzar como país hacia la igualdad y la no discriminación, sino también porque nos permitirá consolidar una sociedad más justa, respetuosa y solidaria. Además, ello facilitará que todas las mujeres, entre ellas las niñas y las adolescentes, alcancen bienestar sin miedos, prejuicios ni discriminación, y sin violencia.
- La educación equitativa y de calidad es clave para que las y los adolescentes crezcan en un ámbito de igualdad de oportunidades y para prevenir el embarazo adolescente. Es importante, en ese sentido, avanzar en el cierre de brechas.
- La educación integral en sexualidad es clave para que las niñas, los niños y las y los adolescentes alcancen salud, bienestar y dignidad, desarrollen hacia adelante relaciones sociales y sexuales respetuosas, y entiendan cuáles son sus derechos.
- Es necesario fortalecer el rol de la escuela y de la comunidad en la prevención de la violencia y del embarazo adolescente.

- Las y los adolescentes deben participar y tener voz en el diseño e implementación de las políticas públicas, en especial en educación y salud.
- Los enfoques de derechos, género e interculturalidad deben incorporarse de manera transversal a las intervenciones de los sectores.
- Aún es necesario fortalecer la articulación entre los ministerios de Salud, Educación y de la Mujer y Poblaciones Vulnerables en el acceso a la información sobre salud sexual y reproductiva, prevención del embarazo en adolescentes y de la violencia, entre otras materias.
- Es urgente incrementar el acceso a métodos anticonceptivos modernos por adolescentes sexualmente activos o que ya son madres o padres. Aún preocupa la insuficiente prevención del segundo embarazo en la adolescencia. **T**

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. (2016). Informe de condiciones de vida de la población según origen étnico. Lima: INEI.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. (2017). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES 2017. Lima: INEI.

MESA DE CONCERTACIÓN PARA LA LUCHA CONTRA LA POBREZA. (2012). Prevención del embarazo en adolescentes en el Perú. Seguimiento Concertado entre Estado y sociedad civil. Lima: MCLCP.

MESA DE CONCERTACIÓN PARA LA LUCHA CONTRA LA POBREZA. (2017). Prevención del embarazo en adolescentes: situación y perspectivas al 2021. Reporte de Seguimiento Concertado entre Estado y sociedad civil. Lima: MCLCP.

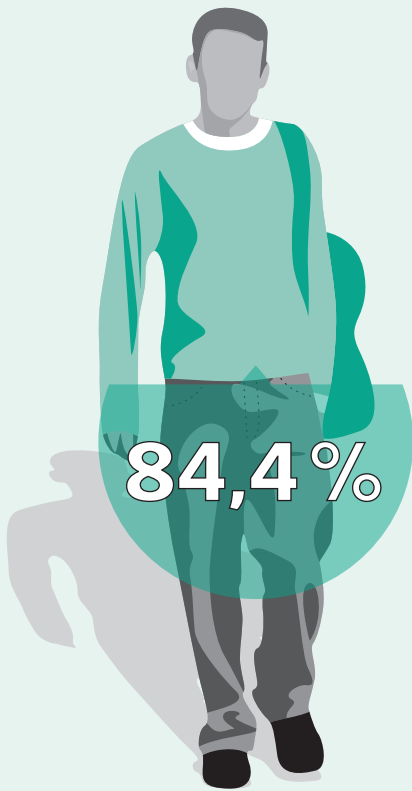
MESA DE CONCERTACIÓN PARA LA LUCHA CONTRA LA POBREZA. (2018). Embarazo en adolescentes y niñas en el Perú: un problema de salud pública, de derechos y oportunidades para las mujeres. *Alerta* N.º 1: Seguimiento Concertado entre Estado y sociedad civil. Lima: MCLCP.

OPS/OMS, UNFPA, UNICEF. (2018). Informe Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe.

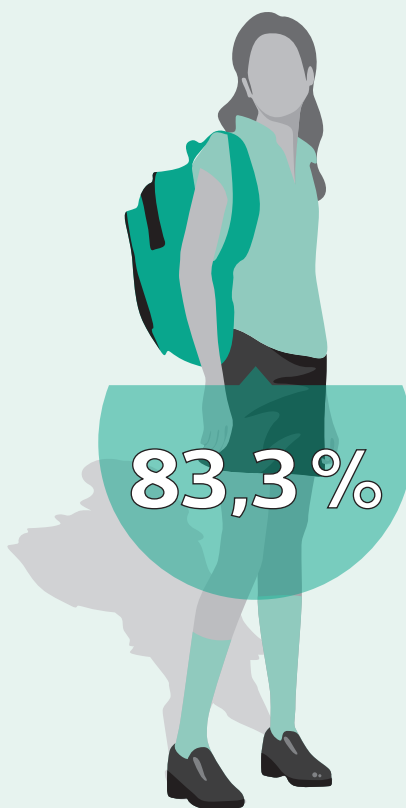
# Asistencia escolar

La tasa neta de asistencia a Educación Secundaria de adolescentes fue:

## Hombres



## Mujeres

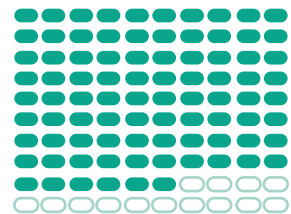


La tasa de asistencia de adolescentes

### Área urbana

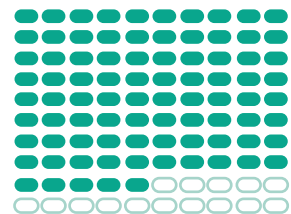
Adolescentes hombres

86,4%



Adolescentes mujeres

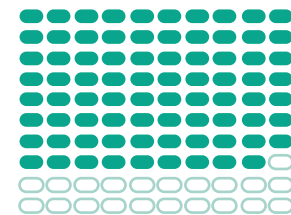
85,8%



### Área rural

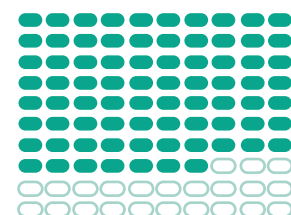
Adolescentes hombres

79,6%



Adolescentes mujeres

77,2%



## Condición socioeconómica de adolescentes

Asistencia a la secundaria de adolescentes del quintil con

**más altos ingresos**

Adolescentes hombres

90,5%

Adolescentes mujeres

90,9%



Asistencia a la secundaria de adolescentes del quintil con

**más bajos ingresos**

Adolescentes hombres

76,6%

Adolescentes mujeres

74,6%