



PERÚ

Ministerio de
Economía y Finanzas

Viceministerio de
Hacienda

Dirección General de
Presupuesto Público

EVALUACIÓN DE DISEÑO DE LAS INTERVENCIONES PÚBLICAS QUE CONTRIBUYEN CON LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE¹

Dirección de Calidad del Gasto Público
Dirección General de Presupuesto Público
Viceministerio de Hacienda
Ministerio de Economía y Finanzas

Junio 2023

Con el apoyo de:



¹ Este documento ha sido elaborado sobre la base del informe final de la consultoría realizada por el Grupo de Análisis para el Desarrollo – GRADE. El equipo evaluador estuvo conformado por Jorge Mesinas, Jorge Tuesta y Elisa Juárez.

La supervisión de la evaluación estuvo a cargo del equipo de Evaluaciones Independientes de la Dirección de Calidad del Gasto Público conformado por Rafael Visa, Madeleine Condori y Arturo García. En representación de UNICEF estuvieron Carlos Calderón y Guisella Ascate.

El equipo de Evaluaciones Independientes del MEF, agradece la participación de los funcionarios del MINSA y MINEDU, así como a las personas entrevistadas y expertos en la temática consultados.

Índice de contenido

1. RESUMEN EJECUTIVO	6
2. ANTECEDENTES	16
3. OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN DEL ESTUDIO	18
4. METODOLOGÍA Y FUENTES DE INFORMACIÓN	19
4.1 Revisión y descripción de intervenciones del Estado Peruano a ser consideradas en el análisis.....	19
4.2 Revisión de literatura especializada	20
4.3 Realización de Entrevistas	22
4.4 Procesamiento y análisis de datos administrativos y encuestas disponibles	23
5. DIAGNÓSTICO DE LA PROBLEMÁTICA	24
5.1 Identificación del problema	24
Situación del embarazo adolescente y sus determinantes	24
El embarazo adolescente en Perú a través de los años.....	25
Características del embarazo adolescente en la actualidad.....	26
Uso de anticonceptivos modernos en adolescentes	28
Atención de salud sexual y reproductiva del adolescente en los establecimientos de salud	29
Educación Sexual Integral (ESI).....	33
Embarazo adolescente como un resultado de violencia sexual.....	36
5.2 Datos estadísticos sobre el embarazo adolescente en el Perú	38
Fuentes de información.....	39
Información a nivel regional	40
Información a nivel provincial.....	42
6. IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES MÁS EFECTIVAS PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE, A LA LUZ DE LA EVIDENCIA	62
Evidencia sobre aumentar el uso de métodos anticonceptivos (MAC)	63
Evidencia de intervenciones educativas sobre la sexualidad	64
Evidencia de transferencias monetarias condicionadas (TMC) como mecanismo mantener a las niñas en la escuela	65
Evidencia sobre reducir las relaciones sexuales bajo coacción	66
Intervenciones para prevenir el embarazo adolescente en el Perú	66
7. ANÁLISIS Y RESULTADOS	67
7.1 Análisis de las preguntas de evaluación sobre las intervenciones implementadas por el Estado peruano para prevenir el embarazo adolescente	67
7.1.1 Actividad 5000058: Brindar servicios de salud para prevención del embarazo en adolescentes.....	68
7.1.2 Educación Sexual Integral	73
7.1.3 Actividades vinculadas con el embarazo adolescente del Programa Presupuestal 0131: Control y Prevención en Salud Mental	81

7.1.4 Actividad 3000907: Estudiantes de secundaria de 11 a 17 años y extra- edad, vivencian experiencias de aprendizaje para desarrollar sus competencias en prevención del acoso y de la violencia sexual	85
7.1.5 Actividades vinculadas con el embarazo adolescente del Programa Presupuestal 0002 Salud Materno Neonatal	87
7.1.6 Otras actividades vinculadas con el embarazo adolescente del Programa Presupuestal 0002 Salud Materno Neonatal	90
7.1.7 Actividad 5000070: Entregar a población adolescente información sobre infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA	94
7.1.8 Actividades vinculadas con el embarazo adolescente del PP 0049: Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres (JUNTOS).....	96
7.2 Análisis de las preguntas de evaluación para intervenciones específicas priorizadas ...	99
7.2.1 Actividad 5000058: Brindar servicios de salud para prevención del embarazo en adolescentes	100
7.2.2 Educación Sexual Integral (ESI).....	106
7.2.3 Actividad 5005201: Sesiones de entrenamiento en habilidades sociales para adolescentes, jóvenes y adultos	109
8. CONCLUSIONES.....	113
9. RECOMENDACIONES.....	118
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	124
11. ANEXOS	131
11.1 Presentación con los hallazgos más importantes y las recomendaciones contenidas en el informe final.....	131
11.2 Matriz de evaluación del estudio, listado de funcionarios entrevistados y guías de entrevistas.....	132
11.2.1 Matriz de preguntas de evaluación del estudio: Sección N° 1 Análisis de la pertinencia y articulación de intervenciones implementadas actualmente por el Estado peruano	132
11.2.2 Matriz de preguntas de evaluación del estudio: Sección N° 2 Análisis de Intervenciones específicas (solo para las 3 intervenciones priorizadas en los TdR)	133
11.2.3 Listado de personas entrevistadas	134
11.2.4 Guía de entrevistas	135
11.3 Descripción de las intervenciones analizadas.....	151
11.3.1 Intervenciones de presunta incidencia directa	151
11.3.2 Intervenciones de presunta incidencia indirecta	185
11.3.3 Reflexión final sobre el nivel de incidencia de las intervenciones presentadas.....	191
11.4 Matriz de la síntesis de las evidencias	198
11.5 Sistematización de las entrevistas realizadas	259
11.5.1 Situación actual del embarazo adolescente y los servicios de salud sexual y reproductiva para esta población	259
11.5.2 Valoración de las intervenciones enfocadas en la reducción del Embarazo Adolescente	264
11.5.3 La pandemia y el embarazo adolescente	269

Índice de tablas

Tabla 1. Algoritmos de búsqueda de evidencias utilizados	20
Tabla 2. Adolescentes de 15 a 19 años que ya son madres o que están embarazadas por primera vez, según característica seleccionada, 2017-2021 (porcentaje)	27
Tabla 3. Uso de métodos anticonceptivos modernos por grupo etario (2017-2021)	28
Tabla 4. Planes Nacionales vinculados a la salud sexual y salud reproductiva de los adolescentes ..	30
Tabla 5. Total de personas que han recibido consejería en salud sexual y reproductiva y métodos anticonceptivos, por grupo etáreo	32
Tabla 6. Reporte violencia sexual por rangos etarios entre los años 2018-2022	37
Tabla 7. Nacimientos ocurridos de madres entre los 0 y 14 años entre años 2017 y 2022	37
Tabla 8. Procedimientos del HISMINSA utilizados	57
Tabla 9. Matriz de evidencias: Factores asociados	198
Tabla 10. Matriz de evidencias: Intervenciones	207

Índice de gráficos

Gráfico 1. Consecuencias socio económicas del embarazo y maternidad adolescente en el Perú. Fuente: UNFPA y Plan Internacional.	25
Gráfico 2. Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años, alguna vez embarazadas (2019)	25
Gráfico 3. Consejería en servicios de PF, enero-julio 2019 y 2020	26
Gráfico 4. Uso de métodos anticonceptivos (en general y modernos) en mujeres (en general y unidad entre los 15 y 19 años)	29
Gráfico 5. Porcentaje de estudiantes que reportan haber aprendido sobre los temas	35
Gráfico 6. Total de casos atendidos por los CEM según tipo de violencia por años	37
Gráfico 7. Adolescentes de 15 a 19 años que son madres o están embarazadas por primera vez	38
Gráfico 8. Adolescentes sexualmente activas entre 15 y 19 años	38
Gráfico 9. Uso de al menos un método anticonceptivo en mujeres de 15 a 19	39
Gráfico 10. Tasa de maternidad en adolescentes entre 15 y 19 años, 2017 – 2021, según departamento	40
Gráfico 11. Tasa de embarazo con el primer hijo en adolescentes entre 15 y 19 años, 2017 – 2021, según departamento	41
Gráfico 12. Tasa de actividad sexual en adolescentes mujeres entre 15 y 19 años, 2017 – 2021, según departamento	41
Gráfico 13. Tasa de maternidad en mujeres entre 12 a 19 años, 2017, según provincia	42
Gráfico 14. Tasa de maternidad en mujeres entre 12 a 14 años, 2017, según provincia	43
Gráfico 15. Atenciones médicas relacionadas al embarazo en adolescentes entre 10 a 19 años, según provincia	43
Gráfico 16. Porcentaje de personas cuya lengua materna es una lengua originaria, según provincia	44
Gráfico 17. Dispersión entre el porcentaje de personas cuya lengua materna es una lengua originaria y la tasa de maternidad para mujeres entre 12 a 19 años	45
Gráfico 18. Tasa de maternidad en adolescentes de 15 a 19 según tipo de lengua materna, según provincia	45
Gráfico 19. Tasa de maternidad en adolescentes de 15 a 19 años según tercil de porcentaje de personas cuya lengua materna es una lengua originaria	46
Gráfico 20. Porcentaje de mujeres entre 15 y 19 cuya lengua materna es una lengua originaria, según departamento	46
Gráfico 21. Porcentaje de población rural, según provincia	47
Gráfico 22. Tasa de maternidad según región geográfica	48
Gráfico 23. Dispersión entre la tasa de ruralidad y la tasa de maternidad para mujeres entre 12 a 19 años	48
Gráfico 24. Porcentaje de mujeres entre 15 y 19 años en área rural, según departamento	49
Gráfico 25. Tasa de afiliación a seguro de salud entre mujeres de 10 a 19 años, según provincia	49
Gráfico 26. Dispersión entre la tasa de afiliación a un seguro en personas entre 10 y 19 años y la tasa de maternidad para mujeres entre 12 a 19 años	50

Gráfico 27. Tasa de afiliación a seguro de salud entre mujeres de 10 a 19 años, según departamento	50
Gráfico 28. Tasa de alfabetización, según provincia	51
Gráfico 29. Tasa de alfabetización entre mujeres de 15 a 19 años, según departamento	51
Gráfico 30. Perú, Tasa de culminación de la EBR entre adolescentes de 17 a 19 años, según provincia	52
Gráfico 31. Tasa de maternidad según tercil de culminación de la EBR entre mujeres de 17 a 19 años	53
Gráfico 32. Dispersión entre la tasa de culminación de la EBR entre personas de 17 y 19 años y la tasa de maternidad para mujeres entre 12 a 19 años	53
Gráfico 33. Perú, Tasa de culminación de la EBR entre adolescentes de 17 a 19 años, según departamento	54
Gráfico 34. Tasa de empleo a nivel provincial	55
Gráfico 35. Tasa de maternidad según tercil de empleo entre adolescentes de 17 a 19 años	56
Gráfico 36. Dispersión entre la tasa de empleo en adolescentes entre 15 a 19 años y la tasa de maternidad para mujeres entre 12 a 19 años	56
Gráfico 37. Tasa de empleo entre mujeres de 17 a 19 años, nivel departamental	57
Gráfico 38. Atención en consejería de Planificación Familiar brindada por centros de salud en adolescentes mujeres entre 10 a 19 años	58
Gráfico 39. Dispersión entre el porcentaje de mujeres entre 10 y 19 años que recibieron atención en consejería de Planificación Familiar y la tasa de maternidad para mujeres entre 12 a 19 años	58
Gráfico 40. Atención en consejería de salud sexual y reproductiva brindada por centros de salud en adolescentes mujeres entre 10 a 19 años	59
Gráfico 41. Dispersión entre el porcentaje de mujeres entre 10 y 19 años que recibieron atención en consejería de salud sexual y reproductiva y la tasa de maternidad para mujeres entre 12 a 19 años	59
Gráfico 42. Atención en consejería u orientación de planificación familiar brindada por centros de salud en adolescentes mujeres entre 10 a 19 años	60
Gráfico 43. Dispersión entre el porcentaje de mujeres entre 10 y 19 años que recibieron atención en consejería u orientación de planificación familiar y la tasa de maternidad para mujeres entre 12 a 19 años	60
Gráfico 44. Atención en consejería u orientación de prevención de ETS brindada por centros de salud en adolescentes mujeres entre 10 a 19 años	61
Gráfico 45. Dispersión entre el porcentaje de mujeres entre 10 y 19 años que recibieron atención en consejería u orientación de prevención de ETS y la tasa de maternidad para mujeres entre 12 a 19 años	61
Gráfico 466. Representación visual de la teoría de cambio de la actividad 5000058 “Brindar servicios de salud para prevención del embarazo en adolescentes”	101
Gráfico 47. Representación visual de la teoría de cambio de la actividad 5005201: Sesiones de entrenamiento en habilidades sociales para adolescentes, jóvenes y adultos	110
Gráfico 48. Modelo del Marco Conceptual de la Mortalidad y Morbilidad Materno Neonatal adaptado	153
Gráfico 49. Flujo de procesos de la actividad: Mejoramiento del acceso a la población a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva	156
Gráfico 50. Flujo de la actividad Brindar Servicios de Salud para prevención del Embarazo en Adolescentes	160
Gráfico 51. Flujo de procesos de la actividad Mejoramiento del acceso de la población a métodos de planificación familia	163
Gráfico 52. Flujo de procesos de la actividad Promoción de prácticas saludables para el cuidado de la salud sexual y reproductiva en familias	167
Gráfico 53. Flujo de procesos de la actividad Capacitación actores sociales que promueven la salud sexual y reproductiva	169
Gráfico 54. Árbol de problemas	171
Gráfico 55. Árbol de medios	172
Gráfico 56. Flujo de procesos de la actividad Tamizaje de niños de 0 a 17 años con déficit en sus habilidades sociales, trastornos mentales y del comportamiento y/o problemas psicosociales propios de la infancia y la adolescencia	174
Gráfico 57. Flujo de procesos para la actividad Personas con trastornos afectivos y de ansiedad tratadas oportunamente	176
Gráfico 58. Flujo de procesos de la actividad Prevención familiar de conductas de riesgo en adolescentes familias fuertes: amor y límites	178
Gráfico 59. Flujo de procesos de la actividad Sesiones de entrenamiento en habilidades sociales para adolescentes, jóvenes y adultos	180

1. Resumen ejecutivo

Motivado por la necesidad de examinar a profundidad el diseño de las intervenciones para prevenir el embarazo adolescente, el Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE) recibió el encargo del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) y del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), para llevar a cabo el “Servicio de consultoría para el análisis de diseño de las intervenciones públicas que contribuyen con la prevención de embarazo adolescente”, cuyo objetivo principal es brindar asesoramiento especializado para identificar, analizar y evaluar el diseño de las intervenciones que buscan prevenir el embarazo adolescente en Perú, para determinar si abordan esta problemática de una forma apropiada, pertinente y articulada para la obtención de los resultados esperados.

Específicamente, mediante este servicio se buscó i) elaborar un diagnóstico actualizado sobre la problemática del embarazo adolescente en el contexto peruano; ii) identificar la población potencial y objetivo de las intervenciones para la prevención de embarazo adolescente y analizar sus características; iii) identificar, analizar y evaluar a profundidad el diseño de tres intervenciones inicialmente identificadas como vinculadas con la prevención del embarazo adolescente (la actividad “Brindar servicios de salud para prevención del embarazo en adolescentes del Programa Presupuestal 0002: Salud Materno Neonatal, la Educación Sexual Integral, y la actividad “Sesiones de entrenamiento en habilidades sociales para adolescentes, jóvenes y adultos” del Programa Presupuestal 0131: Control y Prevención en Salud Mental), más otras intervenciones que se identificaran fruto del análisis; iv) examinar la articulación y complementariedad, a nivel de diseño, de las intervenciones identificadas; y v) proponer recomendaciones para fortalecer el diseño de las intervenciones ya existentes y su articulación.

Los principales métodos de trabajo desarrollados en la consultoría para el logro de sus objetivos fueron los siguientes:

- 1. Revisión y descripción de intervenciones del Estado Peruano a ser consideradas en el análisis.** Se describieron las intervenciones que implementa el Estado peruano para prevenir el embarazo adolescente, principalmente las intervenciones pertenecientes a los Programas Presupuestales (PP), sobre la base de una revisión de documentos técnicos, documentos de gestión y la normativa vigente. A partir de la revisión más en detalle de la información, principalmente de los anexos 2 de los PP, así como de las evidencias encontradas, se hizo un análisis sobre cuáles en definitiva son intervenciones de incidencia directa y cuáles de incidencia indirecta sobre la prevención del embarazo adolescente.
- 2. Revisión de literatura especializada.** Se revisó documentación de diversas experiencias alrededor del mundo, incluido el Perú, para obtener información rigurosa tanto de factores asociados, así como de las intervenciones efectivas para la prevención del embarazo adolescente y sobre la situación de esta problemática en el país. La búsqueda sistemática tuvo como propósito identificar la mejor evidencia disponible a septiembre de 2022. Se indagó en las bases de datos PubMed, Cochrane Library, SCOPUS, WOS y SciELO. Se utilizaron dos objetivos básicos en el desarrollo de los algoritmos de búsqueda: uno enfocado en determinar los factores asociados a la ocurrencia del embarazo adolescente y otro que indagaba sobre las intervenciones planteadas para evitar su ocurrencia. También se utilizó el motor de búsqueda de Google y páginas oficiales de instituciones conocidas por manejar evidencia en el tema: OMS/OPS, UNICEF, Defensoría del Pueblo, UNFPA, entre otros.
- 3. Entrevistas a profundidad.** Para el recojo de información cualitativa se utilizaron entrevistas a profundidad semiestructuradas dirigidas a funcionarios/as y personal técnico de instituciones vinculadas con la problemática del embarazo adolescente en

el Perú, tanto del gobierno nacional (MINSA, MINEDU, MIMP, MEF) como de los niveles descentralizados, así como de organismos de cooperación y organizaciones de la sociedad civil, seleccionados/as con base en su experticia en el tema, en coordinación con el equipo del MEF y UNICEF. El objetivo principal de las entrevistas fue recoger las percepciones y opiniones de las personas entrevistadas sobre los aspectos relevantes del diagnóstico, diseño, articulación e implementación de las principales intervenciones que buscan prevenir el embarazo adolescente en Perú, para determinar si abordan esta problemática de una forma apropiada, pertinente y articulada para la obtención de los resultados esperados.

- 4. Procesamiento y análisis de datos administrativos y encuestas disponibles.** Se analizó la data disponible de fuentes secundarias (bases de datos como la ENDES) tomando como año base el 2019 para poder contrastar sus resultados con los años 2020 y 2021, afectados por la pandemia, y de esta forma entender de qué manera la emergencia sanitaria afectó la problemática del embarazo adolescente. Asimismo, se identificó y caracterizó las diferentes áreas del país y los grupos poblacionales en donde las tasas de embarazo adolescente son más altas, y los posibles factores asociados con este fenómeno.

En esa línea se identificaron, analizaron y evaluaron una serie de intervenciones vinculadas con la problemática del embarazo adolescente implementadas en el Perú desde diversos sectores como educación, trabajo, salud, desarrollo social, mujer e inclusión social; de las cuales a tres de estas intervenciones se les realizó un análisis de mayor profundidad al tener un mayor grado de incidencia en la problemática según los criterios de población objetivo, propósito y evidencia, y al ser un pedido concreto mencionado en los objetivos específicos de la consultoría. Estas tres intervenciones son: 1) la Actividad 5000058: Brindar servicios de salud para prevención del embarazo en adolescentes del Programa Presupuestal 0002: Salud Materno Neonatal; 2) la Educación Sexual Integrada (ESI) y, 3) la Actividad 5005201: Sesiones de entrenamiento en habilidades sociales para adolescentes, jóvenes y adultos del Programa Presupuestal 0131: Control y Prevención en Salud Mental.

Con relación a la **Actividad 5000058: Brindar servicios de salud para prevención del embarazo en adolescentes**, esta comprende acciones desarrolladas por el profesional médico, obstetra u otro profesional calificado en salud sexual y reproductiva (SSR), como la orientación y consejería en SSR, la evaluación clínica, exámenes de laboratorio, sesiones educativas en salud sexual y reproductiva, entre otros servicios, dirigidos a las adolescentes de 12 a 14 años y de 15 a 17 años con el fin de prevenir el embarazo no planificado durante esta etapa de vida.

La prestación del servicio de consejería y sesiones educativas en SSR es elemental para la reducción del embarazo adolescente. Sobre esta, la evidencia señala que debe estar acompañada de la entrega de insumos (MAC modernos) que permitan a los adolescentes, de manera efectiva, tener un control de su vida sexual y fertilidad. Si bien la entrega de MAC se incluye como uno de los entregables de esta actividad, según los expertos y funcionarios entrevistados el diseño de la actividad da mucha discreción a los prestadores, los cuales finalmente condicionan o limitan la entrega de MAC a adolescentes, limitando la pertinencia de la intervención. El hecho que la entrega de MAC se dé limitadamente junto con la prestación del servicio de consejería y sesiones educativas en SSR, tiene como resultado la prestación de un servicio incompleto y potencialmente poco efectivo para la reducción del embarazo adolescente. De hecho, la evidencia señala que solo la entrega conjunta de MAC, la cual debe estar acompañada de consejería que permita a los adolescentes una toma de decisiones libres y enfrentar las principales barreras para el uso,² junto con sesiones educativas en SSR, tiene el potencial de reducir el embarazo adolescente de manera tangible.

² ACOG Committee Opinion. Counselling Adolescents About Contraception <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2017/08/counseling-adolescents-about-contraception.pdf>

Por otro lado, los prestadores de salud constituyen en ciertas ocasiones una barrera para la provisión de información, así como de anticonceptivos. Si bien la norma es clara respecto del derecho de los adolescentes a acceder a MAC de manera autónoma y sin necesidad de que haya presencia de los padres y no restringe la consejería a la promoción de la abstinencia, muchos prestadores restringen su provisión de los servicios e insumos con base en sus propias valoraciones de lo que es correcto o adecuado para los adolescentes. Según la Defensoría del Pueblo (2021), el 20% de los prestadores refiere que no conoce lo que dice la norma respecto a la obligatoriedad de la presencia de los padres para la atención o tienen el concepto equivocado de que la norma especifica que la presencia es obligatoria.

De acuerdo con los entrevistados, la capacitación para los prestadores es insuficiente. Actualmente no se cuenta con herramientas o evaluaciones que permitan conocer la capacidad de los prestadores para brindar servicios de SSR a los adolescentes. Más aún, las capacitaciones que se dan en el tema resultan escasas o difíciles de llevar por los prestadores. Además, existe todavía cierto tabú al momento de tratar los temas de salud sexual y reproductiva con los padres de familia y los docentes. En particular, existe el temor de parte de los padres de familia cuando se van a tratar temas de prevención del embarazo con los adolescentes y, en tal sentido, los padres a veces se resisten a que el personal del sector salud trate los temas, por ejemplo, de MAC con sus hijos, limitando la orientación respecto de la variedad de MAC y su uso adecuado, así como la consejería en salud sexual y reproductiva.

El Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (2013-2021) se identificó como una oportunidad de articular esta actividad con diversos sectores, incluyendo el MINSA, MIMP, MINEDU, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (MINJUS), así como entidades prestadoras de salud privadas y públicas; sin embargo, según los entrevistados, las limitaciones presupuestales dificultaron su implementación. Otro intento que busca la articulación de esta Actividad con otros sectores se da a través del Protocolo de actuación conjunta entre los Centros Emergencia Mujer (CEM) y los Establecimientos de Salud (EES) para la atención a las víctimas de violencia. Sin embargo, de acuerdo con evaluaciones previas y la opinión de los entrevistados, existe un alto porcentaje de operadores que no lo conoce y, por ende, no lo cumple.

Esta intervención es universal entre los adolescentes, se ofrece a cualquier adolescente de 12 a 17 años que acude al establecimiento de salud por cualquier causa, siendo este grupo etario su población objetivo. Sin embargo, las limitaciones presupuestales principalmente no permiten atender necesariamente a toda la población adolescente de un espacio geográfico.

Por otro lado, la **Educación Sexual Integral (ESI)**, es definida como “el espacio sistemático de enseñanza y aprendizaje que promueve valores, conocimientos, actitudes y habilidades para la toma de decisiones conscientes y críticas con relación al cuidado del propio cuerpo, las relaciones interpersonales y el ejercicio de la sexualidad”, según los “Lineamientos de la Educación Sexual Integral (ESI) para la Educación Básica” publicados en 2021, así como el Currículo Nacional de Educación Básica (CNEB).

Los objetivos de la ESI, entendida como un proceso formativo, son: i) contribuir al bienestar y desarrollo integral de las y los estudiantes; ii) fortalecer la convivencia democrática, intercultural, igualitaria e inclusiva, libre de toda discriminación, exclusión y violencia; y iii) contribuir a la prevención de diversas problemáticas vinculadas a la vivencia de la sexualidad. Estos objetivos contribuyen, a su vez, a la formación personal y social de sus estudiantes, en el marco del principio de la igualdad y no discriminación, desarrollando competencias que favorezcan al fortalecimiento de su identidad, bienestar, pensamiento crítico, comportamiento ético, autonomía, autocuidado, cuidado del otro, desarrollo socioafectivo y relaciones interpersonales.

La evidencia es bastante clara sobre el rol que cumple la ESI en la reducción del embarazo adolescente. Asimismo, señala que no es una intervención que deba darse sola, sino que debe ir de la mano de intervenciones complementarias, como el desarrollo de habilidades

socioemocionales, oportunidades para culminación escolar, el desarrollo de proyectos de vida, así como la entrega de métodos anticonceptivos (MAC). Con relación a esto último, la documentación analizada no muestra que exista una acción coordinada con los EESS para facilitar la provisión de MAC. Esto es algo que no está contemplado, actualmente, en los lineamientos de la ESI, los cuales, si bien refieren la provisión de información sobre maneras de prevenir el embarazo adolescente, no refiere rutas claras para facilitar el acceso de adolescentes a MAC modernos.

Los estudios analizados dan pautas sobre las características favorables para el desarrollo de la ESI. En este sentido, se consideran los siguientes elementos positivos de la ESI diseñada por el sector Educación en el Perú: i) incluye el desarrollo integral y de habilidades socioemocionales y elaboración de proyectos de vida por parte de los adolescentes; ii) promueve la comunicación entre familias e hijos; y iii) promueve la mejora de los proyectos de vida y expectativas para el futuro, así como la mejora en el rendimiento escolar; entre otros.

Con relación al grado de articulación entre las intervenciones directamente vinculadas con el embarazo adolescente, según señalan los expertos en el tema, no existe actualmente un nivel real de articulación entre el sector Salud y Educación, sino que ambos funcionan de manera independiente sin que existan flujos claros de derivación entre uno y otro. Específicamente, la “Norma técnica de salud para la atención integral de salud de adolescentes” establece que los estudiantes captados a través de intervenciones en Instituciones Educativas (IIEE) deben ser derivados a los servicios para recibir atención, pero no señala un flujo claro de derivación ni responsables de esta. Por el lado del sector Educación, si bien se dispone de orientaciones sobre mecanismos y formatos de derivación a los EESS para estudiantes de secundaria por distintos motivos (incluidos la detección oportuna para la atención de casos violencia, la detección oportuna para la atención de trastornos mentales -depresión y ansiedad, consumo de alcohol- y del comportamiento, consejería en salud sexual y reproductiva -sexualidad, prevención de embarazo y de ITS-, y provisión de métodos anticonceptivos, esto último según solicitud), dichas orientaciones no han sido mencionadas por las personas entrevistadas, así como tampoco cómo se fomenta su utilización.

Por otro lado, la **Actividad 5005201: Sesiones de entrenamiento en habilidades sociales para adolescentes, jóvenes y adultos**, corresponde a intervenciones llevadas a cabo por personal de la salud capacitado del primer nivel de atención con el objetivo de desarrollar habilidades sociales en adolescentes de 12 a 17 años. Consiste en 10 sesiones monitoreadas por el profesional de psicología o responsable de salud mental del EESS de una duración de 45 minutos cada una, con grupos no mayores de 15 integrantes. No se dispone de evidencia sobre la efectividad o impacto de esta intervención en particular sobre el embarazo adolescente. En general, estas intervenciones requieren de una estrecha vinculación con los proveedores del servicio de educación básica. A partir de lo mencionado por las personas entrevistadas se identificaron los esfuerzos de trabajar con las IIEE. Entre las personas entrevistadas en el ámbito regional se han mencionado elementos que afectan la efectividad de las actividades asociadas al control y prevención de la salud mental, como la baja programación en los talleres, el déficit de personal, cruces de horarios, entre otros.

Entre las principales **conclusiones** de la consultoría tenemos las siguientes:

- De acuerdo con la evidencia analizada, al ser el embarazo adolescente un problema que tiene múltiples causas (como los bajos niveles educativos, el limitado acceso a los servicios de anticoncepción, las condiciones de pobreza, la escasez de oportunidades, la violencia sexual, entre otros) y multidimensional, las intervenciones diseñadas para prevenirlo parecen ser más efectivas cuando se utiliza un enfoque de intervenciones múltiples. Así, las intervenciones no solo deben centrarse en los factores sexuales y las consecuencias relacionadas, sino que también deben incluir factores no sexuales como la capacitación en habilidades y desarrollo personal; bajo un enfoque más integral de desarrollo adolescente. Para ello, el grupo de edad que se toma como referencia para atender a la población adolescente, y por tanto para abordar los temas de prevención del embarazo, es desde los

10 a los 19, según lo recomendado por la OMS, el cual es utilizado por la mayoría de los países de la comunidad internacional.

- La solución a la problemática del embarazo adolescente no ha experimentado una priorización suficiente, ni como parte de la política pública nacional, ni en el presupuesto público. Con relación a la política pública nacional sí existieron coordinaciones previas importantes en el marco de la Política establecida, pero que contaban con muchas limitaciones, no tenían un presupuesto directamente asignado anualmente, y no tenían definidas las acciones específicas a realizar y monitorear. Así, el tema ha perdido relevancia y la percepción es que ha sido dejado de lado.
- En la evidencia internacional, se ha encontrado que las intervenciones más efectivas para reducir el embarazo adolescente son aquellas que ayuden a desarrollar el conocimiento, las habilidades, la resiliencia y las aspiraciones de los jóvenes y brindarles un fácil acceso a servicios acogedores, los ayuden a retrasar las relaciones sexuales hasta que estén listos para disfrutar de relaciones sanas y consentidas y a usar métodos anticonceptivos para evitar embarazos no planificados. Estas intervenciones exitosas han requerido de interacción y complementariedad. Específicamente, la evidencia analizada en el presente estudio sugiere que las intervenciones de transferencias monetarias condicionadas orientadas a la obtención de objetivos escolares son las que presentan mayor efectividad en cuanto al retraso del embarazo adolescente; factores como el nivel de pobreza y objetivos escolares enfocados en el desempeño mejoran el efecto. Pese a que la evidencia aún es contradictoria, la mayoría de evidencia apunta a que las intervenciones educativas por sí solas no generan impacto en la prevención del embarazo adolescente; sin embargo, intervenciones educativas, las cuales deben incluir un fuerte componente de desarrollo personal y elaboración de plan de vida, combinadas con otras intervenciones, tales como la entrega de MAC; pueden generar beneficios, aunque en algunos casos estos son pequeños o no llegan a ser evidenciados.
- Las intervenciones existentes en el Perú, en teoría y tomadas por separado, son necesarias, aunque no suficientes para combatir el embarazo adolescente. De acuerdo con lo conversado con expertos y en correspondencia con la evidencia analizada, las intervenciones existentes han contribuido en la reducción del embarazo adolescente. Sin embargo, aún se necesita que estas intervenciones abarquen más decididamente otros aspectos como la mejora de la adecuación al territorio, así como la articulación y complementariedad de las distintas intervenciones en el territorio, la especificidad por grupo etario, y la focalización en la población con mayor incidencia en embarazo adolescente en función de los factores de riesgo.
- Con relación a la Actividad 5000058: Brindar servicios de salud para prevención del embarazo en adolescentes, de acuerdo con la opinión de expertos, los prestadores de salud no se sienten muy motivados de aplicar la "Norma técnica de salud en planificación familiar" debido a que corren riesgos por las posibles represalias sociales y legales que les pueden acarrear al proveer MAC o al ofrecer consejerías de promoción de la abstinencia. Por otro lado, muchos prestadores de salud restringen la provisión de los servicios con base en sus propias valoraciones de lo que es correcto o adecuado para los adolescentes y otros afirman no conocer lo que la norma menciona respecto de la obligatoriedad de la presencia de los padres para la atención o tienen el concepto equivocado de que la norma específica que la presencia es obligatoria. Esto se da en parte debido a que, según la opinión de los entrevistados, la capacitación para los prestadores de salud es insuficiente.
- De acuerdo con las personas entrevistadas del sector salud, existe un limitado número de prestadores de salud (obstetras, nutricionistas, psicólogos y otros) encargados de la atención en los servicios ofrecidos por la Actividad 5000058: Brindar servicios de salud para prevención del embarazo en adolescentes en los establecimientos de salud. Esto los obliga a realizar múltiples funciones, y no solo las vinculadas a dicha actividad, tales como

la prevención y el control del VIH, ITS, cáncer ginecológico, entre otras; lo cual impide que puedan brindar esta Actividad oportunamente.

- No fue posible hallar evidencia rigurosa a nivel sectorial respecto del proceso de implementación de la ESI. Únicamente se encontró un estudio de 2021 elaborado por la Defensoría del Pueblo, el cual solo debe ser tomado como referencia para entender el proceso de implementación de la ESI, ya que sus resultados no pueden ser considerados representativos a nivel nacional dadas las limitaciones en su tamaño muestral. De acuerdo con este estudio, el 77% de las IIEE supervisadas, refiere haber tenido problemas para la implementación de la ESI. Entre las principales dificultades reportadas se encuentran: i) la ausencia de material educativo adecuado dirigido a los estudiantes de secundaria, ii) la limitada capacitación y formación de docentes en estos temas, iii) la falta de recursos o de materiales de enseñanza dirigidos a docentes y la actitud de los padres y/o las madres de familia, que muestran resistencias que dificultan esta labor, y iv) la ausencia de lineamientos y orientaciones para la ESI. Adicionalmente, debido a la Ley 31498, Ley que impulsa la calidad de los materiales y recursos educativos en Perú, y su todavía ausente reglamentación, se han retirado recursos educativos de ESI que fueron elaborados para Aprendo en casa en 2021, y se ha detenido la elaboración y publicación de materiales hasta que se tenga claridad la ruta de participación de las familias en el proceso de elaboración de materiales.
- El presupuesto para la ESI se desprende de la partida “gestión del currículo de la educación básica” (dentro del PP de Logros de Aprendizaje de Estudiantes de la Educación Básica Regular [PELA]), es decir, no existe una partida presupuestaria específica para la ESI. En tal sentido, no hay un PP, producto o actividad presupuestal que visibilice el accionar de la ESI sobre su población objetivo, que contenga una programación detallada, metas físicas de atención o indicadores de desempeño para su seguimiento. Tampoco se visibiliza la ESI en el aplicativo de CEPLAN sobre planes estratégicos instituciones del MINEDU. Al no visibilizarse ni en el SIAF ni en el POI, el presupuesto de la ESI es limitado, lo cual limita su implementación en el territorio e innovación. El no contar con un programa presupuestal limita a la ESI la inyección de presupuesto en la etapa de la formulación presupuestal del año fiscal posterior, dada la prioridad de las herramientas del presupuesto por resultados (PpR) durante esa etapa. Asimismo, el no tener un diseño en el marco del PpR, indicadores y un modelo operacional limita también a la ESI (respecto de otras prioridades) las posibilidades de agenciarse de mayores recursos vía demandas adicionales durante la etapa de ejecución presupuestal en el año fiscal en curso.
- De acuerdo con la evidencia analizada, la implementación de la ESI debe ir de la mano de intervenciones complementarias, como la entrega de MAC, previa consejería por parte de los proveedores de salud. A pesar de que los lineamientos de la ESI plantean actividades preventivas - promocionales, como ferias, campañas, pasacalles, entre otras; en la práctica la ESI se desarrolla únicamente a través del servicio de tutoría. Desde el sector Educación se debe continuar desarrollando alternativas para la provisión de la ESI y que éstas involucren a las acciones del sector Salud. Además, se releva la necesidad que las estrategias de trabajo a utilizar consideren a los miembros de la familia, especialmente a los padres y madres de familia.
- Según los lineamientos de ESI para la Educación Básica aprobados mediante R.V.M. 169-2021-MINEDU, y lo opinado por los funcionarios del sector educación entrevistados, recién en el año 2022 se cuenta con un sistema inicial de monitoreo y evaluación para la ESI, que busca brindar información en tiempo real sobre cómo se está implementando la ESI en las diferentes regiones del país. Asimismo, como sector, es necesario contar con data estadística de reporte de casos de embarazo adolescente en las IIEE.
- Existe evidencia que sugiere que las iniciativas que apuntan, entre otros objetivos, a mejorar las competencias socioemocionales de las adolescentes pueden ser herramientas efectivas para la reducción del embarazo adolescente (Kessler et. al (1997), Vafai (2018)).

Sin embargo, la literatura sobre la implementación de estas iniciativas en la realidad nacional está ausente, hecho que limita en particular poder realizar mejoras en el diseño y la implementación de la Actividad 5005201 “Sesiones de entrenamiento en habilidades sociales para adolescentes, jóvenes y adultos”. De acuerdo con los funcionarios entrevistados, entre los factores que limitan la implementación de las estrategias existentes de salud mental específicas en adolescentes, se encuentran las siguientes: i) en tanto las intervenciones se realizan principalmente en el contexto escolar, pero fuera del horario escolar, algunos adolescentes tienen dificultades para regresar y estar presentes, por lo que se discontinúa la asistencia; ii) se evidencian limitaciones presupuestales y frecuentemente la falta de materiales para el desarrollo de las sesiones no permite el desarrollo óptimo de estas; iii) se identifica un déficit de personal para la implementación de estrategias de salud mental, como la ausencia de psicólogos en los centros de salud; asimismo, existen limitaciones de personal para el trabajo comunitario, sin el cual es poca la llegada que se tiene a los adolescentes, ya que estos no suelen ir a los EESS. Asimismo, no existe una práctica de construcción y medición de indicadores de desempeño que permita un adecuado seguimiento a los entregables o a los procesos internos de la Actividad 5005201 “Sesiones de entrenamiento en habilidades sociales para adolescentes, jóvenes y adultos” para una mejor toma de decisiones (por ejemplo, tasa de asistencia o deserción de los talleres, aprovechamiento del aprendizaje, desempeño del trabajo de los profesionales, etc.). Por otro lado, no se evidencia un criterio de programación de metas físicas con carácter técnico. Solamente se exige un taller de adolescentes a cada establecimiento por año, valor arbitrario pero sujeto a las restricciones presupuestarias. Si consideramos que en cada taller no debe haber más de 15 adolescentes, la subcobertura es bastante elevada, concordante con lo afirmado por los especialistas en el ámbito regional.

Entre las principales **recomendaciones** a partir de las conclusiones tenemos las siguientes:

- Se recomienda explorar el diseño de un Programa Presupuestal orientado a Resultados (PPoR) sobre desarrollo adolescente, basado en evidencias, que contemple articulación presupuestal territorial y un enfoque de derechos, que identifique intervenciones, indicadores y responsables muy claros en los sectores correspondientes. Su diseño debería estar a cargo de manera conjunta por aquellos sectores que concentren la rectoría en las problemáticas asociadas con el desarrollo adolescente y en tanto ello, responsables de la mayoría de los servicios asociados con su atención, como lo son Salud y Educación, en estrecha colaboración con los demás sectores involucrados (MIMP, MIDIS, entre otros) y con la asistencia técnica del MEF.

Cabe señalar que al ser el embarazo adolescente un problema causado por múltiples condiciones, no necesariamente atendibles por un solo sector o nivel de gobierno, y que son, a su vez, la causa de otros múltiples problemas que afectan a la adolescencia; más que pensar exclusivamente en el embarazo adolescente se hace necesario tratar previamente el tema de la adolescencia como un problema integral (en donde claramente el embarazo adolescente surgirá como una de las temáticas más relevantes a atender), tema que no ha merecido la suficiente atención en años recientes, como sí lo ha tenido el desarrollo infantil temprano. Ello implicaría colocar al desarrollo adolescente como una de las prioridades de política pública y presupuestales para los próximos años, por lo que requeriría del compromiso desde los sectores responsables y desde el MEF, y un intenso trabajo primero desde el Ejecutivo y luego con el Congreso para la priorización del tema en sus agendas.

- Complementariamente al diseño del PPoR de desarrollo adolescente antes descrito, específicamente para la prevención del embarazo adolescente, podría pensarse en herramientas de seguimiento y mecanismos de asignación de recursos contra desempeño en gobiernos subnacionales. Podría, por ejemplo, concentrarse el trabajo en algunos Gobiernos Regionales donde se tiene las más altas tasas de embarazo adolescente, para generar acuerdos de financiamiento por desempeño vinculados con la provisión de los

servicios estratégicos vinculados (SSR, ESI, salud mental, prevención y atención de la violencia, oferta de oportunidades educativas y laborales, etc.), mapeando y focalizando el accionar en las zonas donde se concentran los factores de riesgo, utilizando para ello información disponible o generada especialmente para los propósitos de la herramienta; y aprovechando el capital humano y social local para diversificar los servicios e incluir espacios no sanitarios ni educativos frecuentados por los adolescentes. Ello involucraría, también, acordar arreglos de gobernanza y definir una junta responsable superior para monitorear la implementación y el impacto de las acciones acordadas; así como identificar a un alto funcionario o miembro electo para brindar un liderazgo visible en la implementación de la estrategia en el ámbito local. En el marco de estos acuerdos de gestión, la asignación de recursos estaría directamente vinculada con el desempeño, lo que implicaría una medición frecuente y fidedigna de los productos y resultados que se consignen en los convenios correspondientes, los cuales deberían estar asociados con los indicadores de desempeño y meta física de las intervenciones involucradas en el PPOr.

- Es necesario que las intervenciones pensadas en reducir el embarazo adolescente, tanto directa como indirectamente, involucren a los jóvenes en su atención y en el diseño, la prestación y la revisión de los servicios; hagan que los jóvenes sean bienvenidos, brinden servicios de alta calidad, mejoren las habilidades y la capacitación del personal, se vinculen con otros servicios, y apoyen las necesidades cambiantes de los jóvenes. En esa línea, particular atención merece el encontrar una interacción más efectiva y definitiva entre la ESI y la atención de las necesidades en salud sexual y reproductiva de manera individualizada, incluyendo el empoderamiento de los derechos sexuales y reproductivos, acceso a información a través de la orientación/ consejería en SSR y la provisión de MAC, de manera que se provean de manera complementaria, bajo modalidades de entrega que garanticen el acceso y uso por parte de los jóvenes. En particular, en el caso de la ESI, es necesario pensar, para esta labor, en nuevos actores, como pueden ser las trabajadoras sociales u otros profesionales cercanos al campo de la salud mental o desarrollo personal. Asimismo, tomar en cuenta la necesidad de implementar el uso de herramientas de medición de habilidades para impartir ESI en adolescentes y no asumir que es una función para las que todos los profesionales están en capacidad de asumir. En esta misma línea, el ofrecimiento de una educación de calidad, así como incentivos que fomenten el buen rendimiento escolar en adolescentes e intervenciones que ofrezcan las posibilidades de desarrollo profesional (acceso a la educación superior, por ejemplo) toman también protagonismo para la reducción del embarazo adolescente. Pero no solo ello, si es que se quiere dar un impulso decidido a la prevención del embarazo adolescente, va a ser necesaria la adecuación de intervenciones que, si bien no lo tienen como propósito, podrían estar incidiendo indirectamente sobre este. Por ejemplo, en el caso de las transferencias monetarias condicionadas entregadas mediante el Programa JUNTOS, en zonas de mayor riesgo podrían modificarse las condicionalidades de los hogares con población adolescente, para promover el uso de los servicios de salud vinculados con la prevención del embarazo y/o modificando la única condicionalidad existente entre los hogares usuarios con estudiantes de secundaria, para premiar logros educativos específicos (algo similar al caso del bono VRAEM) que acerquen a los jóvenes hacia mejores oportunidades de vida, modificando congruentemente el monto de la transferencia, de ser necesario.
- Con el fin de abordar la articulación y complementariedad de las distintas intervenciones en el territorio (MAC, ESI, transferencias condicionadas, prevención y atención de la violencia sexual, etc.) estas deberán ejecutarse bajo un marco común de diseño, acción y presupuestación, como lo es un PP, y/o con incentivos a la gestión a nivel de los gobiernos subnacionales (recursos a cambio del cumplimiento de metas). Esa es una de las razones por las que se propone el PPOr de desarrollo adolescente, para intentar que exista una acción conjunta, coordinada y eficaz sobre la adolescencia. En el caso de los incentivos a la gestión subnacional, mediante los acuerdos de financiamiento por desempeño antes descritos, se alinean con recursos las acciones de los gobiernos subnacionales (a cargo finalmente de los servicios) en los territorios que concentran la problemática. Un ejemplo de este esquema de incentivos a nivel regional es el Fondo de Estímulo al Desempeño -

FED, que promueve y financia acciones complementarias en el territorio para el Desarrollo Infantil Temprano. Asimismo, estas herramientas de incentivos sirven para abordar el tema de la territorialidad y la focalización en la población con mayor incidencia en embarazo adolescente según factores de riesgo. En el marco de los acuerdos de financiamiento por desempeño se debería mapear y focalizar el accionar en las zonas donde se concentran los factores de riesgo, utilizando para ello información disponible o generada especialmente para los propósitos de la herramienta; previamente, se debe identificar mediante datos locales a las zonas con mayor incidencia de embarazo temprano y otras variables de interés asociadas como abandono escolar, episodios de violencia, tasa de pobreza; y en función de estos datos establecer categorías de priorización territorial. Por otro lado, donde sea pertinente estos servicios deben adaptarse a las características de la población en determinada región en función a las costumbres e idiosincrasia locales.

- Se deben generar lineamientos para el fuerte uso de datos para encargar y monitorear el progreso de las intervenciones vinculadas directamente con la prevención del embarazo adolescente, como la consejería y entrega de MAC específicamente en adolescentes e ir agregando progresivamente la de otras intervenciones a medida que crezca su cobertura y se disponga de información (como por ejemplo, la ESI e intervenciones de salud mental), para lo cual es necesario contar con un equipo que tenga como responsabilidad recopilar, monitorear y analizar los datos de embarazo adolescente y las estadísticas de aceptación del servicio local de las intervenciones aplicadas. La responsabilidad en una primera etapa recaería en la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - DGIES actual responsable técnico del PP 002. Asimismo, se deben acordar arreglos para la revisión del conjunto de los datos mediante sistemas de calificación que permitan identificar tendencias o señales de alerta temprana. Esta información debe ser utilizada tanto para la programación de las intervenciones como para el diseño de políticas para combatir la problemática. En particular se deberían monitorear las siguientes acciones: i) evolución de factores de riesgo para la mejor precisión en la focalización (grupo etareo, nivel de violencia familiar, condiciones de vida, nivel educativo, etc.); ii) evolución de los indicadores de resultado (tasa de embarazo adolescente y/o sus proxys disponibles según nivel de desagregación), iii) entrega de los servicios de manera permanente (mensuales) para destrabar posibles cuellos de botella durante la implementación; esto último debiera ser presentado a través de rutinas de seguimiento con las máximas autoridades sectoriales e intergubernamentales involucradas en la problemática y así tomar decisiones oportunamente; y iv) calidad en la entrega de los servicios (cumplimiento de estándares, satisfacción de los usuarios, etc.), que podrían también presentarse en las rutinas mencionadas anteriormente.
- Con relación a la Actividad 5000058: Brindar servicios de salud para prevención del embarazo en adolescentes, se recomienda establecer complementariamente servicios de anticoncepción/salud sexual que salgan de los establecimientos de salud, y se establezcan en espacios de fácil acceso para los jóvenes. Estos podrían estar en centros juveniles, comunitarios, IIEE u otros espacios a los que los adolescentes accedan con mayor libertad. Para ello es necesario identificar con los propios adolescentes cuáles serían esos espacios en cada territorio.
- En las capacitaciones impulsadas por el sector Salud, es necesario reforzar los conocimientos y las competencias, en general sobre el desarrollo adolescente, y en particular sobre relaciones y salud sexual en adolescentes, lo cual permitiría que los prestadores tengan mayor confianza para adoptar un enfoque apropiado y proactivo y, a su vez, aumentaría las oportunidades para que los prestadores de salud se ganen la confianza de los adolescentes y estos últimos hablen sobre relaciones saludables, planteen inquietudes y obtengan información precisa. Al respecto, la OMS establece competencias básicas relacionadas a tres ámbitos: i) ámbito 1: conceptos básicos en materia de salud y desarrollo de los adolescentes, y comunicación eficaz; ii) ámbito 2: leyes, políticas y normas de calidad; y iii) ámbito 3: atención clínica de los adolescentes con afecciones específicas. Asimismo, se recomienda realizar un diagnóstico de las capacidades de los prestadores

de salud. En esa línea, las capacitaciones deben intentar fortalecer aquellas capacidades insuficientes y deben ser supervisadas durante y después de su aplicación, considerando la retroalimentación de los prestadores de salud. Así, las capacitaciones podrían ponerse a disposición de forma modular, para atender las distintas necesidades y niveles de especialización requeridas; y financiarse de manera descentralizada, utilizando lineamientos sectoriales para la permanente inclusión de estas capacitaciones en los planes de desarrollo de personal de las instancias descentralizadas; e incluyendo, además, procesos de inducción específicos en temáticas de atención de adolescentes para el nuevo personal, siguiendo para ello los lineamientos correspondientes de SERVIR. Finalmente, se deben monitorear de manera permanente los servicios (el *delivery*), especialmente los de información, consejería y la entrega de MAC en adolescentes, así como sus resultados, para saber si están llegando de manera satisfactoria a los usuarios, para lo cual podrían utilizarse encuestas de calidad y satisfacción sobre los servicios.

- Se recomienda dimensionar y costear las necesidades de personal en zonas donde se concentra el problema de embarazo adolescente. Para mayor precisión, se recomienda que ello se realice en función de la cuantificación de las atenciones brindadas a los usuarios de los EESS públicos en dichas zonas y se utilice, para cada atención, información sobre las horas de atención y la especialidad (de corresponder) de los profesionales que brindan la atención, independientemente de la modalidad de atención, por cada EESS; de manera que pueda proponerse una mejor asignación de los recursos humanos y que esta responda a la demanda de horas por especialidad/enfermedad. Ello previamente podría requerir, de ser necesario, de la actualización de la cartera de servicios de salud para adolescentes, principalmente de los vinculados con la prevención del embarazo.
- Se deben generar y poner a disposición de los docentes más materiales y recursos educativos que permitan la implementación de la ESI. Asimismo, es necesario complementar esto con capacitaciones, tanto de los lineamientos y guías de la ESI, así como sobre los materiales y recursos que se pongan a disposición, para que los docentes puedan otorgar el servicio de manera completa y pertinente.
- Es necesario que el diseño de la ESI esté establecido en un marco de resultados, es decir, tenga componentes definidos, actividades asociadas a presupuesto, indicadores de desempeño, etc. Ello debe estar basado en un modelo de teoría del cambio el cual siga los lineamientos definidos por el MEF, lo cual debe estar sustentado en evidencias. Así, anticipamos que la ESI podría ser sustentada al menos como subproducto o actividad presupuestal dentro del PELA. Asimismo, es necesario incluir la implementación de la ESI como parte de las herramientas de seguimiento a la entrega de los servicios en las IIEE que dispone el MINEDU. Para ello, en principio, la ESI debería al menos tener indicadores asociados con logros de aprendizaje pertinentes al grado de los estudiantes, cobertura curricular, prácticas docentes, y acceso y uso de materiales/recursos educativos. Una vez que se cuente con esta información, se podría pensar, además, en incorporar indicadores de cobertura y calidad en la implementación de la ESI como parte de los mecanismos de incentivos a las UGEL que dispone anualmente el MINEDU.
- Se debe considerar la inclusión de estándares de entrega de los servicios incluidos en la ESI, los cuales deben ser considerados al momento de establecer un nuevo marco con base en resultados. Se deben establecer mecanismos de seguimiento regulares tanto del MINEDU (del tipo "Semáforo Escuela" o el "Monitoreo de Prácticas Escolares") que impliquen rutinas y seguimiento permanente de indicadores para la rendición de cuentas. Además, es necesario identificar las necesidades de los adolescentes sobre estos temas para la correcta aplicación de la ESI en las IIEE, y se tenga retroalimentación de su parte.
- Es necesario evaluar/analizar a profundidad algunos procesos que limitan la implementación de la Actividad 5005201: Sesiones de entrenamiento en habilidades sociales para adolescentes, jóvenes y adultos. En particular, la evaluación deberá desarrollar soluciones para los desafíos encontrados a la baja asistencia y deserción de los jóvenes a las sesiones

de entrenamiento en habilidades sociales. Esto pasa principalmente por consultarles a los jóvenes sobre cuáles son las dificultades que ellos están encontrando para poder asistir a las sesiones de entrenamiento, sus niveles de satisfacción con las sesiones y cuáles serían las mejores modalidades de entrega desde su percepción, según espacio territorial (por ejemplo, para la selva, zonas urbanas / rurales, etc.). Pero esta evaluación a profundidad se debería también identificar con mayor detalle el proceso de implementación en su conjunto, los costos, análisis en términos monetarios y físicos de los recursos existentes (personal, materiales, entre otros), las fortalezas y debilidades de la gestión del tratamiento.

- Asimismo, como parte del dimensionamiento de los recursos humanos necesarios en los EESS para los servicios vinculados con la prevención del embarazo adolescente, recomendado previamente, se debería incluir el correspondiente a esta Actividad, con base en lo cual podría sustentarse más sólidamente una mejora y ampliación de su cobertura. En la misma línea, dado que la evidencia es favorable acerca de la efectividad de la mejora de competencias socioemocionales en la reducción del embarazo no deseado, esta Actividad podría ser considerada como parte del diseño del PPoR de desarrollo adolescente antes propuesto. Sin embargo, en el camino se recomienda que se adecuen sus definiciones operacionales, para redirigir la atención hacia la población con más riesgo de embarazo adolescente, incluyendo en la programación de metas la utilización de criterios de focalización explícitos para la atención de esta población y centrando los contenidos y estándares del servicio, así como los indicadores para la medición de su desempeño, en aquellas habilidades sociales que más requiere esta población en particular, según la evidencia; incorporando, además, las recomendaciones de mejora a la modalidad de entrega del servicio que surjan de la evaluación de procesos antes propuesta. Todo ello facilitará la programación concurrente de los recursos y las metas para los distintos servicios vinculados con la prevención del embarazo adolescente y, en consecuencia, su provisión de manera integral.

2. Antecedentes

En 2013, se aprobó el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013-2021, y se instaló la Comisión Multisectorial de Prevención del Embarazo Adolescente con la participación del Ministerio de Salud (MINSA), Ministerio de Educación (MINEDU), Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), Ministerio de la Mujer y Población Vulnerables (MIMP), Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MTPE), Ministerio de Comercio Exterior y Turismo (MINCETUR), Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (MINJUS), Presidencia del Consejo de Ministros (PCM), Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) y el Ministerio de Relaciones Exteriores y, en calidad de invitados, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza (MCLCP) y la Defensoría del Pueblo. El objetivo principal de dicho plan fue reducir en 20% el embarazo en adolescentes. Asimismo, se establecieron 12 líneas de acción estratégica:

1. Entorno familiar, escolar y comunitario favorable para el desarrollo integral del adolescente.
2. Espacios de recreación y buen uso del tiempo libre para el desarrollo integral de los y las adolescentes.
3. Permanencia, acceso y conclusión de la educación básica en mujeres y varones.
4. Programa de educación sexual integral de calidad para la educación básica regular.
5. Acceso a servicios de atención integral con énfasis en salud sexual y reproductiva (SSR).
6. Orientación/consejería en salud sexual y reproductiva y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes sexualmente activas/os y madres adolescentes.
7. Redes de protección y apoyo social con participación comunitaria.
8. Empoderamiento y participación adolescente y joven.
9. Orientación vocacional y empleabilidad juvenil.

10. Comunicación social en la prevención del embarazo adolescente.
11. Alianzas estratégicas multisectoriales.
12. Monitoreo, supervisión, evaluación e investigación operativa.

Una de las principales intervenciones que el Estado Peruano ha implementado para atender esta problemática se encuentra en el producto “Adolescentes acceden a servicios de salud para prevención del embarazo” que forma parte del Programa Presupuestal (PP) 0002 Salud Materno Neonatal. De acuerdo con el modelo operacional vigente del producto, este comprende un conjunto de actividades periódicas desarrolladas por el profesional médico, obstetra u otro profesional calificado en salud sexual y reproductiva, que incluye, entre otros, la orientación y consejería en salud sexual y reproductiva en adolescentes de 12 a 14 años y de 15 a 17 años, la valuación del desarrollo sexual según Tanner, la atención en planificación familiar (si el caso lo requiere), la evaluación clínica orientada a la búsqueda de patologías sexuales y reproductivas (amenorrea, problemas del ciclo menstrual, dismenorreas, ITU, infecciones, migrañas, cefaleas), visita domiciliaria en caso de identificar factores de riesgo y/o deserción, seguimiento; exámenes de laboratorio de descartar de embarazo (en caso la adolescente lo requiera) y otros exámenes de laboratorio según su necesidad; y sesiones educativas en salud sexual y reproductiva para adolescentes según grupo etario.

Sin embargo, acuerdo con lo señalado en el documento técnico de “Anexo N° 2 de Contenidos Mínimos del PP 0002 Salud Materno Neonatal” del 2021, la cobertura del producto “Adolescentes acceden a servicios de salud para prevención del embarazo” es aún limitada y, además, se habría reducido en los últimos años, a pesar de que los recursos financieros programados para este producto han aumentado.

Otra intervención que se ha implementado para atender la problemática del embarazo adolescente es la Educación Sexual Integral (ESI). Esta intervención está orientada al logro de las competencias y capacidades del educando dentro del Currículo Nacional de Educación Básica 2016 (CNEB) del MINEDU y se la concibe como “el espacio sistemático de enseñanza y aprendizaje que promueve valores, conocimientos, actitudes y habilidades para la toma de decisiones conscientes y críticas con relación al cuidado del propio cuerpo, las relaciones interpersonales y el ejercicio de la sexualidad”. Es importante señalar que para la implementación de la ESI no se cuenta con un producto específico que permita hacer algún tipo de seguimiento dentro del PP 0090 Logros de Aprendizaje de Estudiantes de Educación Básica Regular (EBR), pues este programa financia la implementación de todo el currículo nacional de manera transversal.

A pesar de la inclusión de la ESI en el currículo nacional desde el 2016, y desde el 2008 en los “Lineamientos Educativos y Orientaciones Pedagógicas para la Educación Sexual Integral”, hay aspectos por mejorar en su implementación. Por ejemplo, un estudio realizado en Lima, Ucayali y Ayacucho en 2017 evidenció que solo el 9% de los estudiantes en las instituciones educativas de la muestra analizada en este trabajo recibió el contenido de los 18 temas que deberían ser abordados. También se encontró en dicho estudio que los docentes no contaban ni con materiales suficientes y ni con la capacitación adecuada para implementar la ESI en las instituciones educativas.

Finalmente, otra intervención relevante que contribuye a la prevención del embarazo adolescente se encuentra dentro del PP 0131 Control y Prevención en Salud Mental en la actividad: 5005201 “Sesiones de entrenamiento en habilidades sociales para adolescentes, jóvenes y adultos” del producto “Población en riesgo acceden a programas de prevención en salud mental”. Al respecto, cabe señalar que el indicador de desempeño de dicho producto que es el “Porcentaje de niñas, niños y adolescentes que reciben paquete de sesiones de habilidades sociales” no ha mostrado cambios significativos en los últimos tres años: 28% en el 2019, 30% en el 2020 y 33% en el 2021.

Al revisarse los documentos de diseño de las intervenciones para prevenir el embarazo adolescente como los Anexos N°2 de los PP y otros documentos técnicos, se detectan

grandes oportunidades para fortalecer la articulación de todas estas intervenciones bajo un enfoque multisectorial y una necesidad de replantear la estrategia para enfrentar la alta tasa de embarazo adolescente en el país. Asimismo, desde la sociedad civil, se ha relevado la necesidad de que esta problemática sea priorizada en el diseño de políticas públicas, programas, y planes nacionales y regionales, que cuente con un presupuesto suficiente, adecuado y sostenible, con indicadores y metas a alcanzar en un periodo de tiempo, y con mecanismos que permitan monitorear el logro de resultados tangibles. Asimismo, se resalta que las intervenciones para prevenir el embarazo adolescente deben llevarse a cabo dentro de una estrategia multisectorial en la que participen todos los niveles de gobierno (nacional, regional y local). Todo ello ha quedado plasmado en el documento “Agenda nacional de la Niñez y Adolescencia 2021-2026 – Propuestas para la atención y protección de niñas, niños y adolescentes en el Perú” que ha sido elaborado por la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza (MCLCP) en el 2021 y que ha sido suscrito por varias organizaciones de la sociedad civil.

3. Objetivos de la evaluación del estudio

El objetivo del servicio es brindar asesoramiento especializado para identificar, analizar y evaluar el diseño de las intervenciones que buscan prevenir el embarazo adolescente en Perú, para determinar si abordan esta problemática de una forma apropiada, pertinente y articulada para la obtención de los resultados esperados. El propósito es identificar las debilidades, fortalezas y vacíos de estas intervenciones que buscan reducir los embarazos no deseados y optimizar la edad del primer embarazo evitando riesgos en la salud de la madre y la del bebé; y proponer recomendaciones para fortalecer su diseño dentro de una estrategia multisectorial. Para esto, se plantean cinco objetivos específicos:

- Elaborar un diagnóstico actualizado sobre la problemática del embarazo adolescente en el contexto peruano, incluyendo un análisis exploratorio sobre cómo la pandemia impactó en ello durante el 2020 y 2021.
- Identificar la población potencial y objetivo de las intervenciones para la prevención de embarazo adolescente y analizar su ubicación, cultura, características, nivel educativo, entre otras variables.
- Identificar, analizar y evaluar a profundidad el diseño de las siguientes intervenciones: Producto “Adolescentes acceden a servicios de salud para prevención del embarazo” del PP 0002 Salud Materno Neonatal, “Implementación efectiva de la Educación Sexual Integral”, y la actividad “Sesiones de entrenamiento en habilidades sociales para adolescentes, jóvenes y adultos” del producto “Población en riesgo acceden a programas de prevención en salud mental” del PP 0131 Control y Prevención en Salud Mental; entre otras que identifique el equipo consultor.
- Examinar la articulación y complementariedad, a nivel de diseño, de las intervenciones contempladas en el Plan Multisectorial para la prevención del embarazo en adolescentes, las implementadas en otros PP relevantes (como los PP 0016, PP 0117 y PP 1002, por ejemplo), y otras intervenciones que identifique el equipo consultor, comparándolas con la evidencia disponible, tanto a nivel internacional como nacional, e identificando tanto los aspectos positivos que habrían funcionado como aquellas oportunidades para mejorar en esta materia.
- Proponer recomendaciones para fortalecer el diseño de las intervenciones ya existentes y su articulación con la finalidad de obtener resultados tangibles. Ello puede implicar propuestas de diseño de nuevas intervenciones que aún no se implementen en el país pero que, dada la evidencia y las buenas prácticas sobre la materia, son necesarias para reducir el embarazo adolescente de manera sostenida en el país.

4. Metodología y fuentes de información

Los principales métodos de trabajo de la consultoría son los siguientes:

4.1 Revisión y descripción de intervenciones del Estado Peruano a ser consideradas en el análisis

Como parte de estudio, se describieron las intervenciones que implementa el Estado peruano para prevenir el embarazo adolescente inicialmente identificadas en el plan de trabajo de la consultoría, sobre la base de una revisión de los documentos técnicos, documentos de gestión y la normativa vigente.

Para ello, se tomó en cuenta principalmente las intervenciones pertenecientes a los Programas Presupuestales (PP), a excepción de la ESI, que no aparece explícitamente como parte del diseño de un PP. Formalmente, el PP es una unidad de programación de las acciones de los pliegos (entidades públicas), las que integradas y articuladas se orientan a proveer productos para lograr resultados u objetivos estratégicos institucionales. Cada PP tiene un diseño detrás, un documento denominado “Anexos N° 2 - Contenidos Mínimos de los Programas Presupuestales (PP)” (en alusión al número de anexo de la directiva presupuestaria que regula la herramienta), mediante el cual se desarrolla y describe la lógica del programa, se define claramente la población objetivo y se describen detalladamente las características de los bienes y servicios (productos) a entregar, así como las actividades necesarias para generarlos. Y son justamente esos productos y actividades los que, a manera de enunciado, se consignan en las cadenas presupuestarias correspondientes. Así, en términos prácticos, todas las cadenas de gasto asociadas con PP tienen un sustento documentario (el “Anexo 2”) que permite identificar a qué y a quiénes están destinadas.³

En tal sentido, se revisaron los documentos con los “Anexos N° 2 - Contenidos Mínimos de los Programas Presupuestales (PP)” de los PP que presuntamente tuviesen alguna incidencia en la prevención del embarazo adolescente de manera directa o indirecta. Además, se revisaron otros documentos técnicos, documentos de gestión y la normativa vigente vinculada con las intervenciones.

La descripción detallada de las intervenciones analizadas se encuentra en el Anexo 11.3 del presente informe.

A partir de la revisión más en detalle de la información, así como de las evidencias encontradas, se hizo un análisis sobre cuáles en definitiva son intervenciones de incidencia directa y cuáles de indirecta sobre la prevención del embarazo adolescente.

De todas las intervenciones inicialmente consideradas como de “presunta incidencia directa” o de “presunta incidencia indirecta”, se concluyó que, luego de la aplicación de los criterios descritos en esta sección, únicamente tres intervenciones podrían ser catalogadas como de incidencia directa en la prevención del embarazo adolescente:

- Actividad 5000058: Brindar servicios de salud para prevención del embarazo en adolescentes, del PP 0002 Programa Presupuestal 0002: Salud Materno Neonatal Programa Presupuestal;

³ Cabe indicar que, a partir de la aprobación de la Directiva N° 0005-2020-EF/50.01, “Directiva para el diseño de los Programas Presupuestales en el marco del Presupuesto por Resultados”, mediante Resolución Directoral N° 0030-2020-EF/50.01 del 5 de diciembre de 2020, las definiciones y metodologías asociadas con el diseño de los PP han variado. Si bien los PP vigentes se encuentran en un periodo de progresiva adecuación metodológica, ésta se refleja progresivamente en los documentos de diseño de los programas, así como en las cadenas presupuestales correspondientes. En estricto, se analizarán los documentos de diseño vigentes de los PP.

- Educación Sexual Integral;
- Producto 3000907: Estudiantes de secundaria de 11 a 17 años y extra-edad, vivencian experiencias de aprendizaje para desarrollar sus competencias en prevención del acoso y de la violencia sexual; perteneciente al Programa Presupuestal orientado a Resultados de Reducción de violencia contra la mujer.

Asimismo, bajo los criterios antes descritos se consideraron de incidencia indirecta las siguientes intervenciones:

- Actividad 5000059: Brindar información sobre salud sexual y reproductiva y métodos de planificación familiar, Actividad 5000043: Mejoramiento del acceso de la población a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva, Actividad 5000042: Mejoramiento del acceso de la población a métodos de planificación familiar, Actividad 5005984: Promoción de prácticas saludables para el cuidado de la salud sexual y reproductiva en familias, y Actividad 5005985: Capacitación a actores sociales que promueven la salud sexual y reproductiva (todas pertenecientes al Programa Presupuestal 0002: Salud Materno Neonatal);
- Actividad 5006280: Tamizaje de niños de 0 a 17 años con déficit en sus habilidades sociales, trastornos mentales y del comportamiento y/o problemas psicosociales propios de la infancia y la adolescencia, Actividad 5005200 Prevención familiar de conductas de riesgo en adolescentes familias fuertes: amor y límites, y Actividad 5005201: Sesiones de entrenamiento en habilidades sociales para adolescentes, jóvenes y adultos (pertenecientes al Programa Presupuestal 0131: Control y Prevención en Salud Mental);
- Actividad 5000070: Entregar a población adolescente información sobre infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA (perteneciente al Programa Presupuestal 0016 TBC-VIH/SIDA);
- Actividad 5004902: Entrega de incentivos monetarios condicionados a hogares usuarios en situación de pobreza y Actividad 5004948: Entrega de Incentivos Monetarios Condicionados a Estudiantes de Hogares Usuario (pertenecientes al Programa Presupuestal 0049 Programa nacional de apoyo directo a los más pobres).

Por último, bajo estos mismos criterios se propuso que las actividades restantes identificadas inicialmente como de presunta incidencia indirecta se excluyan del análisis al no demostrar una incidencia relevante sobre la prevención del embarazo adolescente.

4.2 Revisión de literatura especializada

Se revisó documentación de diversas experiencias alrededor del mundo, incluido el Perú, para obtener información rigurosa tanto de factores asociados, así como de las intervenciones efectivas para la prevención del embarazo adolescente y sobre la situación de esta problemática en el país.

La búsqueda sistemática tuvo como propósito identificar la mejor evidencia disponible a septiembre de 2022. Se indagó en las bases de datos PubMed, Cochrane Library, SCOPUS, WOS y SciELO. Se utilizaron dos objetivos básicos en el desarrollo de los algoritmos de búsqueda: uno enfocado en determinar los factores asociados a la ocurrencia del embarazo adolescente y otro que indagaba sobre las intervenciones planteadas para evitar su ocurrencia. Los algoritmos desarrollados se describen a detalle en la siguiente tabla:

Tabla 1. Algoritmos de búsqueda de evidencias utilizados

	Factores asociados	Intervenciones
--	--------------------	----------------

SCOPUS	TITLE-ABS-KEY (("adolescent pregnancy" OR "teenage pregnancy") AND ("associated factors" OR "risk factors") AND (Peru OR "latin america" OR latinoamerica)) (25 resultados)	TITLE-ABS-KEY (("adolescent pregnancy" OR "teenage pregnancy") AND (intervention OR prevention) AND (Peru OR "latin america" OR latinoamerica)) (53 resultados)
Cochrane library	(adolescent pregnancy OR teenage pregnancy) AND (associated factors OR risk factors) AND (Peru OR latin america OR latinoamerica) (8 resultados)	(adolescent pregnancy OR teenage pregnancy) AND (intervention OR prevention) AND (Peru OR latin america OR latinoamerica) (25 resultados)
Web of Science	(adolescent pregnancy OR teenage pregnancy) AND (associated factors OR risk factors) AND (Peru OR latin america OR latinoamerica) (42 resultados)	(adolescent pregnancy OR teenage pregnancy) AND (intervention OR prevention) AND (Peru OR latin america OR latinoamerica) (43 resultados)
PubMed	("pregnancy in adolescence"[MeSH] OR "adolescent pregnancy" OR "teenage pregnancy") AND ("Risk Factors"[Mesh] OR associated factors) AND ("Latin America"[Mesh] OR "Peru"[Mesh] OR latinoamerica) (30 resultados)	("pregnancy in adolescence"[MeSH] OR "adolescent pregnancy" OR "teenage pregnancy") AND ("Psychosocial Intervention"[Mesh] OR "Early Intervention, Educational"[Mesh] OR intervention OR prevention) AND ("Latin America"[Mesh] OR "Peru"[Mesh] OR latinoamerica) (61 resultados)
SciELO	TS=((adolescent pregnancy OR teenage pregnancy) AND (associated factors OR risk factors) AND (Peru OR latin america OR latinoamerica)) (12 resultados)	TS=((adolescent pregnancy OR teenage pregnancy) AND (intervention OR prevention) AND (Peru OR latin america OR latinoamerica)) (7 resultados)

Adicionalmente, se realizó una búsqueda manual de literatura gris⁴ mediante el motor de búsqueda Google. Se buscaron revisiones sistemáticas (con metaanálisis o sin él), estudios experimentales y estudios descriptivos (cohorte y caso control) que se hubieran omitido en la revisión sistemática por no encontrarse indexadas en las bases de datos consultadas o que se pudieron encontrar en las referencias de los documentos encontrados. De igual forma, se consultó las páginas oficiales de instituciones conocidas por manejar evidencia en el tema: OMS/OPS, UNICEF, Defensoría del Pueblo, UNFPA.

RESULTADOS

Factores asociados:

Se identificaron 117 documentos mediante la búsqueda sistemática en las bases de datos seleccionadas, fueron eliminados 23 duplicados. Ingresaron a evaluación 94 documentos. Fueron seleccionados para evaluación a texto completo 14 documentos, a estos se agregaron 15 estudios identificados por medio de la búsqueda manual en Google (3), evidencia sugerida por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) (9) y citas bibliográficas encontradas en

⁴ La literatura gris es cualquier tipo de documento que no se difunde por los canales ordinarios de publicación comercial, y que por tanto plantea problemas de acceso. Para el presente caso, nos referimos a documentos cuyo contenido pretende dirigirse a un público especializado, que ofrece información de último momento y no se ajusta a las normas de control bibliográfico (ISBN, etc.). Este es el caso de documentos elaborados por ONG u entidades gubernamentales.

documentos que no ingresaron en la evaluación (3). De este total, 17 documentos fueron considerados dentro de la evaluación final.

Intervenciones:

Se identificaron 169 documentos mediante la búsqueda sistemática en las bases de datos seleccionadas, fueron eliminados 48 duplicados. Ingresaron a evaluación 141 documentos. Fueron seleccionados para evaluación a texto completo 13 documentos, a estos se agregaron 23 estudios identificados por medio de la búsqueda manual en Google (3), evidencia sugerida por el MEF (2) y citas bibliográficas encontradas en documentos que no ingresaron en la evaluación (18). De este total, 19 documentos fueron considerados dentro de la evaluación final.

Posteriormente, se elaboraron matrices para sintetizar la información de la evidencia encontrada, considerando los campos propuestos en el plan de trabajo del presente servicio. Tanto la matriz de evidencias de los factores asociados con la ocurrencia de embarazo adolescente, así como la matriz de evidencias de las intervenciones vinculadas con la prevención del embarazo adolescente, se encuentran en el Anexo 11.4 del presente informe.

4.3 Realización de Entrevistas

Para el recojo de información cualitativa se utilizaron entrevistas a profundidad semiestructuradas dirigidas a funcionarios/as y personal técnico de instituciones vinculadas con la problemática del embarazo adolescente en el Perú, tanto del gobierno nacional como de los niveles descentralizados, así como de organismos de cooperación y organizaciones de la sociedad civil, seleccionados/as con base en su experticia en el tema, en coordinación con el equipo del MEF y UNICEF.

El objetivo principal de las entrevistas fue recoger las percepciones y opiniones de las personas entrevistadas sobre los aspectos relevantes del diagnóstico, diseño, articulación e implementación de las principales intervenciones que buscan prevenir el embarazo adolescente en Perú, para determinar si abordan esta problemática de una forma apropiada, pertinente y articulada para la obtención de los resultados esperados.

Así, se elaboraron guías de entrevistas para 11 perfiles distintos de personas que entrevistar, diferenciándolos según su *expertise*, sea desde el lado del diseño y rectoría, o desde el lado de la implementación y la atención de las necesidades específicas en el territorio; para las distintas temáticas consideradas en el estudio como vinculadas con la prevención del embarazo adolescente. Las guías de entrevistas utilizadas se encuentran en el Anexo 11.2.4 del presente informe.

Para la definición del listado de personas que entrevistar, en coordinación con MEF y UNICEF, se estableció que 30 iba a ser el número máximo de entrevistas, concordante con lo propuesto inicialmente por GRADE como parte de la propuesta técnica elaborada para la presente consultoría.

Para iniciar con la recolección de información por medio de entrevistas, primero fue necesario realizar un mapeo de los expertos, funcionarios o exfuncionarios relacionados con la problemática del embarazo adolescente. Para ello, en trabajo conjunto con MEF y UNICEF se planteó un listado de nombres, cargos y datos de contacto de personas, entre los que se encontraban expertos en temas relacionados con el embarazo adolescente de órganos de cooperación internacional y sociedad civil, junto con funcionarios y exfuncionarios del gobierno nacional en ministerios relacionados al tema como Salud, Educación y Mujer y Poblaciones Vulnerables. Además, se consideró a funcionarios de Gobiernos Regionales, de manera que se tenga una visión de aquellas personas que están más involucradas con la aplicación misma de las intervenciones.

En este último caso, se procuró que los funcionarios o coordinadores proviniesen de regiones

en donde se tuviese experiencia previa de trabajo con UNICEF en temas de salud, lo cual facilitaría su contacto, rápida respuesta y apoyo para los propósitos del estudio. Además, se procuró que proviniesen de las tres regiones naturales. Así, se determinó entrevistar a personas de las regiones Lima, Ucayali, Loreto, Junín y Huancavelica.

Posteriormente, se coordinó con los sectores salud y educación para su retroalimentación sobre el listado, con lo cual se definió el listado definitivo, compuesto de 32 personas para un total de 30 entrevistas (2 entrevistas se realizarían en parejas).

Para la coordinación de las entrevistas, el MEF y UNICEF se encargaron de la invitación y contacto inicial con los entrevistados, lo cual facilitó que las personas aceptaran rápidamente su participación en el estudio. El MEF se contactó mediante correo electrónico y telefónicamente con las personas a entrevistar de los ministerios (MEF, MINEDU, MIMP y MINSAs), mientras que UNICEF se contactó con los expertos fuera del sector público y los funcionarios o exfuncionarios de las regiones. Los entrevistados respondían al contacto inicial proponiendo una fecha y hora tentativa, y eran puestos en contacto con el equipo de GRADE quien culminaba la coordinación y pactaba con cada persona la fecha y hora definitivas.

Las entrevistas se realizaron entre el 15 de noviembre y el 2 de diciembre de 2022 en las fechas y horas pactadas. Estas se realizaron de manera virtual a través de la plataforma Zoom, la cual permitía grabarlas y almacenarlas en línea. Las entrevistas estaban pautadas para tomar alrededor de una hora, por lo que se procuró cumplir con ello. Se basaron principalmente en guías elaboradas en el segundo producto del presente servicio, para cada tipo de perfil según correspondiese.

Durante la realización de las entrevistas se presentaron pocos incidentes. Se tuvo tres entrevistas que no pudieron realizarse debido a que los entrevistados manifestaron su imposibilidad de participar desde el contacto inicial; mientras que, para otras dos entrevistas, sí se establecieron fechas y horas, pero finalmente los entrevistados no pudieron presentarse, tampoco incluso a las reprogramaciones que se lograron coordinar. Así, se tuvo como resultado final 25 entrevistas a 27 personas, las cuales se muestran en la tabla siguiente. El listado final de personas entrevistadas se encuentra en el Anexo 11.2.3 del presente informe.⁵

Posteriormente, se realizaron transcripciones de manera que lo mencionado en todas las entrevistas se tuviese en documentos para su lectura y para su sistematización. Se hizo un control de calidad de las transcripciones cotejando la fidelidad entre lo mencionado y registrado en los videos y lo redactado en estas.

Finalmente, se elaboró la matriz de sistematización de la información de entrevistas en formato Excel, la cual contiene una síntesis del análisis de todas las entrevistas realizadas (se adjunta archivo al presente informe, denominado “Matriz de sistematización de la información de las entrevistas.xlsx”).

4.4 Procesamiento y análisis de datos administrativos y encuestas disponibles

Se analizó la data disponible de fuentes secundarias (bases de datos como la ENDES) tomando como año base el 2019 para poder contrastar sus resultados con los años 2020 y 2021 afectados por la pandemia, y de esta forma entender de qué manera la emergencia sanitaria afectó la problemática del embarazo adolescente. Asimismo, se identificó y caracterizó las diferentes áreas del país y los grupos poblacionales en donde las tasas de embarazo adolescente son más altas, y los posibles factores que explicarían este fenómeno.

Así, se elaboró un mapa provincial de embarazo adolescente con base en la información disponible a ese nivel de desagregación. Dicho mapa no sólo muestra los resultados relacionados al embarazo adolescente a nivel provincial, sino también los factores que podrían

⁵ El equipo a cargo de la presente consultoría agradece enormemente la participación de todas las personas entrevistadas, la cual ha permitido contar con muy valiosa información para los propósitos del análisis.

estar relacionados o caractericen a las zonas con mayor incidencia. En el capítulo siguiente se describe en detalle el análisis realizado.

5. Diagnóstico de la problemática

5.1 Identificación del problema

Situación del embarazo adolescente y sus determinantes

La adolescencia es el período de la vida comprendido entre los 10 y 19 años;^{6,7} siendo esta una etapa caracterizada por múltiples cambios físicos y psicológicos e inicio de la edad fértil y la vida sexual. En general, utilizaremos la definición planteada por la OMS (10-19 años); sin embargo, anticipamos que la data que presentaremos podría referirse únicamente al rango etario entre los 15 y 19, ya que este ha sido el rango utilizado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) para la elaboración de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), al menos hasta el 2019, cuando se amplió el rango para incluir a las adolescentes desde los 12 años. En todos los casos señalaremos el rango de edad al que nos referimos para garantizar la comprensión de los datos.

El embarazo adolescente no es un problema exclusivo de un lugar o una sola realidad; sin embargo, su ocurrencia es más frecuente en medios marginalizados o con limitadas oportunidades educativas y de empleo,⁸ donde los círculos se perpetúan a través de generaciones de madres jóvenes cuyas hijas también tienen embarazos a edades tempranas. El reporte de “Consecuencias socio económicas del embarazo y maternidad adolescente en el Perú”, publicado por UNFPA y Plan Internacional⁹ da cuenta de cómo el embarazo y la maternidad adolescentes contribuyen a la transmisión intergeneracional de la pobreza, la vulnerabilidad y la desigualdad de género. Solo el costo de atención es bastante alto; de hecho, la maternidad en adolescentes en el año 2019 implicó un gasto de atención que asciende a USD 58 millones (S/204 millones).¹⁰ Más aún, el embarazo adolescente tiene un impacto en los proyectos de vida y posibilidades de desarrollo educativo de las mujeres, lo cual genera pérdidas a lo largo de la vida. En dicho reporte se señala que entre las mujeres que tuvieron su primer hijo en la adolescencia hay un porcentaje menor de mujeres con educación superior (18.8%) que entre las que tuvieron su primer hijo en la adultez (26%). Así mismo, hay un porcentaje mayor de mujeres con solamente educación secundaria (49.6% vs 41.7%). (Ver Gráfico 1).

Los factores asociados a la ocurrencia de embarazo adolescente son diversos y han sido materia de investigación. La violencia sexual, los bajos niveles educativos, las normas sociales respecto al inicio de las relaciones sexuales y uso de anticonceptivos, que frecuentemente se constituyen en obstáculos para la adquisición y uso de estos,¹¹ así como las inequidades de género, entre otros son los motivos que subyacen a esta realidad. Sobre estos elementos discutiremos más adelante en este documento, particularmente sobre su realidad en el caso del Perú.

⁶ Salud Adolescente https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1

⁷ <https://plan-international.org/srhr/teenage-pregnancy/>

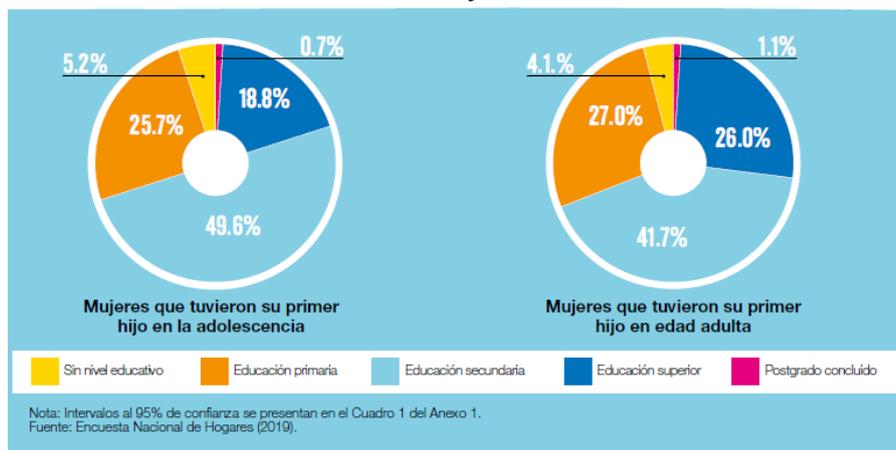
⁸ <https://www.paho.org/en/topics/adolescent-health>

⁹ UNFPA, Plan Internacional. Consecuencias socio económicas del embarazo y maternidad adolescente en el Perú. Disponible en: https://peru.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/estudio_csemap_ver_digital_1.pdf (visitado el 02/10/22)

¹⁰ Plan Internacional, UNFPA. Consecuencias socioeconómicas del embarazo y la maternidad adolescente en Perú. https://peru.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/estudio_csemap_ver_digital_1.pdf

¹¹ UNICEF. Normas sociales en relación con la violencia y el embarazo adolescente. Disponible en: <https://www.unicef.org/peru/media/9411/file/Normas%20sociales%20sobre%20violencia%20y%20embarazo%20adolescente.pdf>

Gráfico 1. Consecuencias socio económicas del embarazo y maternidad adolescente en el Perú. Fuente: UNFPA y Plan Internacional.

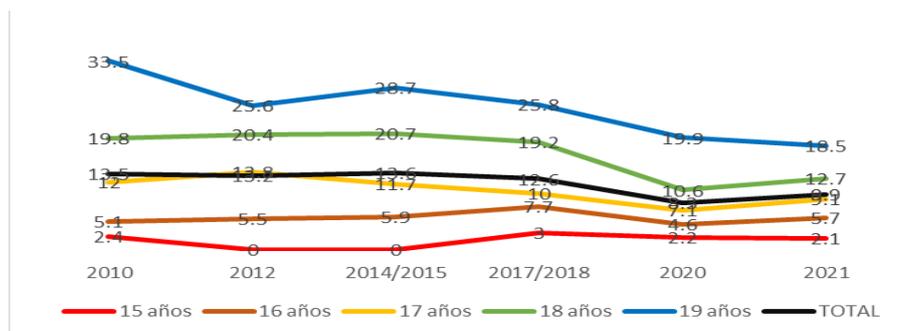


Además de los riesgos que implican en la salud de las adolescentes, cuyos cuerpos no están físicamente preparados para llevar un embarazo, especialmente para las más jóvenes, los costos del embarazo adolescente son altos: las adolescentes se ven con frecuencia obligadas a abandonar la escuela, permanecer en círculos de violencia y vivir otras situaciones que precarizan su situación de vida y debilitan sus posibilidades de desarrollo personal y profesional. En ese sentido, trabajar en la prevención del embarazo adolescente resulta una prioridad si se buscan sociedades más justas y seguras para todos y todas.

El embarazo adolescente en Perú a través de los años

Las tendencias nacionales del embarazo adolescente, en la última década, han sido oscilantes; pero se han mantenido alrededor del 13% hasta el 2019¹² (el último año antes de la pandemia de COVID-19).

Gráfico 2. Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años, alguna vez embarazadas (2019)



Fuente: ENDES 2018-2021.

Sin embargo, la cifra publicada en la ENDES 2020 muestra una importante disminución respecto al año previo (8.2 vs. 12.6, respectivamente). Si bien se postulan diferentes explicaciones para esta variación, las cuales se han discutido en espacios de reflexión y discusión sobre estos temas, y sobre las que exploraremos nuevamente en las entrevistas con expertos; entre las que se incluyen el incremento del uso de anticonceptivos de larga duración (LARCS por sus siglas en inglés), en esta población, así como el menor contacto entre los jóvenes debido a las medidas de restricción a la movilidad social; existen otros

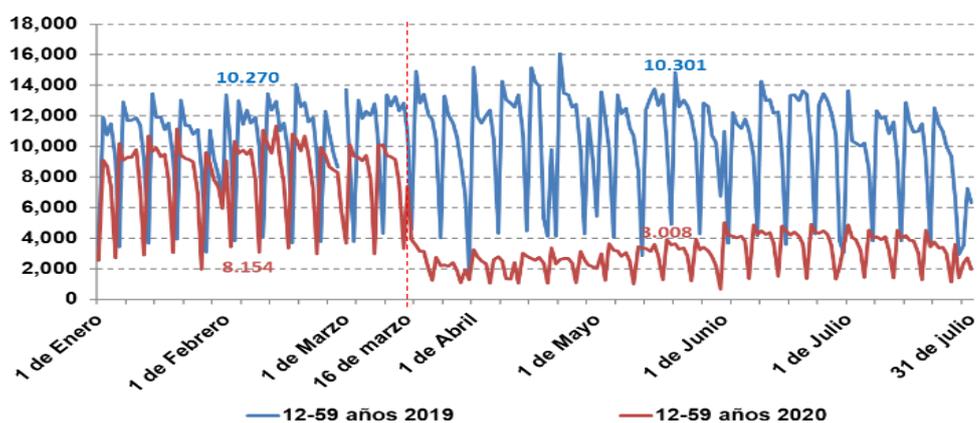
¹²En 2019, la ENDES no publicó las cifras de embarazo adolescente. Las cifras publicadas en ese año fueron las mismas dadas por la ENDES 2018.

factores que abren algunos cuestionamientos a esta reducción.

Entre los argumentos presentados por los/as expertos/as que mantienen algunas dudas sobre los datos registrados en el 2020, están aquellos que lo aluden al cambio en la modalidad del recojo de la información ocurrido en 2020, cuando, por el contexto de emergencia sanitaria, el recojo de la ENDES pasó de ser presencial a ser telefónico, ocasionando posiblemente sesgos en los datos obtenidos, los cuales se pueden dar por diversos factores: i) un muestreo telefónico no permite hacer las diferenciaciones por zonas de manera tan precisa como cuando se hace un muestreo casa por casa; ii) el solo acceso a una línea telefónica y la posibilidad de contestar el teléfono ya puede estar condicionado a ciertas condiciones de vida; iii) las adolescentes podrían no encontrarse en un lugar cómodo y/o privado al momento de la llamada, lo cual las obliga a modificar sus respuestas. En esta misma línea, la imposibilidad de comprobación (al no poder verlas) facilita la modificación de las respuestas frente a preguntas complicadas.

Más aún, las dudas respecto a las cifras obtenidas en este contexto se ven apoyadas por diversos factores que afectaron directamente el acceso a métodos anticonceptivos (MAC) en el 2020, principalmente al cierre de los servicios de primer nivel, incluido los de Planificación Familiar (PF).

Gráfico 3. Consejería en servicios de PF, enero-julio 2019 y 2020



Fuente: Elaboración propia a partir de registros administrativos del MINSA

Según la evidencia recogida por UNFPA, y un análisis hecho a partir de los registros administrativos del MINSA, entre marzo y julio del 2020 (este fue un análisis puntual que se hace en cara a la necesidad de conocer el impacto de la emergencia sanitaria en la SSR), el número de atenciones para consejería en PF dadas fueron, en promedio, menores a la tercera parte de las brindadas en dicho período del año previo.

Más aún, esta postura se ve ciertamente apoyada por la tendencia del embarazo adolescente después del 2020. Según la ENDES 2021, el embarazo en menores entre 15 y 19 años aumentó de 8.3% en el 2020 a 8.9% en el 2021. Este aumento ha sido más marcado aún en el área rural (y con, muy probablemente menos acceso a teléfonos móviles), donde aumentó de 12.4% a 15.6%, que, en el área urbana, donde aumentó de 6.9% a 7.2%.¹³

Características del embarazo adolescente en la actualidad

Si bien el embarazo adolescente es un problema que afecta a toda la población, no afecta de la misma manera a todas las personas; por el contrario, existen lugares y grupos poblacionales

¹³ ENDES 2021.

con cifras mucho mayores que el promedio nacional, tal como veremos a continuación.

Según la ENDES 2021, entre las adolescentes de 15 a 19 años, el 8,9% estuvieron embarazadas alguna vez, de las cuales 6,6% (74.2% del total de adolescentes alguna vez embarazadas) ya eran madres y 2,3% (25,8% del total de adolescentes alguna vez embarazadas) estaban embarazadas de su primer hijo. Además, en este grupo etario, los mayores porcentajes de adolescentes alguna vez embarazadas se encontraron en el área rural (15,6%); entre las cuales el 12,7% (79.9% del 15.6% mencionado) ya son madres y el 2,9% (20.1% del 15.6% mencionado) está embarazada de su primer hijo. Los mayores porcentajes de adolescentes que eran madres o que estaban embarazadas con el primer hijo se presentan en las residentes en la selva (14,6%) y las que se ubican en el quintil inferior de riqueza (16,5%); en el otro extremo, se encuentra a las adolescentes residentes en la costa (7,7%) y las ubicadas en el quintil superior de riqueza (1,3%).¹⁴

Por otra parte, si hablamos de la población de adolescentes entre los 12 y 17 años, el 2,9% estuvieron alguna vez embarazadas, de estas el 1,6% (55,2% del total de adolescentes entre 12 y 17 años alguna vez embarazada) ya eran madres y el 1,3% (44,8% del total de adolescentes entre 12 y 17 años alguna vez embarazada) estaban gestando por primera vez.

Tabla 2. Adolescentes de 15 a 19 años que ya son madres o que están embarazadas por primera vez, según característica seleccionada, 2017-2021 (porcentaje)

Característica seleccionada	Adolescentes alguna vez embarazadas						Número de mujeres			
	Ya son madres		Embarazadas con el primer hijo		Total alguna vez embarazadas		Ponderado		Sin ponderar	
	2016- 2017	2021	2016- 2017	2021	2016- 2017	2021	2016- 2017	2021	2016- 2017	2021
Edad										
15	1.6	1.3	1.3	0.8	2.9	2.1		1192.0	2162.0	1054.0
16	4.4	2.7	3.1	3.0	7.6	5.7		1269.0	2072.0	1059.0
17	8.3	5.8	2.0	3.3	10.3	9.1		1014.0	2192.0	920.0
18	17.0	10.2	5.2	2.5	22.2	12.7		951.0	1916.0	804.0
19	23.4	17.0	3.0	1.5	26.4	18.5		861.0	1918.0	839.0
Nivel de educación										
Sin educación	(27,7)	^	(4,1)	^	(31,8)	^		^	^	^
Primaria	39.1	27.8	5.6	5.8	44.6	33.6		162.0	543.0	218.0
Secundaria	9.7	6.4	2.7	2.3	12.4	8.6		4529.0	8399.0	4068.0
Superior	4.0	2.6	2.8	1.2	6.8	3.8		591.0	1297.0	383.0
Quintil de riqueza										
Quintil inferior	20.0	13.1	4.2	3.4	24.2	16.5		1042.0	2006.0	1570.0
Segundo quintil	14.6	9.1	2.8	3.0	17.4	12.1		1097.0	2113.0	1179.0
Quintil Intermedio	8.3	5.6	3.7	2.4	12.0	8.0		1089.0	2238.0	851.0
Cuarto quintil	6.3	4.0	2.7	1.9	9.0	6.0		1099.0	2032.0	667.0
Quintil superior	3.3	0.9	0.6	0.4	3.9	1.4		960.0	1869.0	409.0
Total 2021	6.6		2.3		8.9			5286.0		4676.0
Total 2020	6.5		1.7		8.3			5229.0		5003.0
Total 2017-2018	9.3		3.3		12.6			10283.2		9476.0
Total 2016-2017	10.6		2.9		13.4					10259.0
Total 2015-2016	10.1		2.6		12.7			11247.0		10275.0

Elaboración propia.

Las tasas o porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar no se muestran (^) y las tasas o porcentajes basados en 20-24 casos se presentan entre paréntesis.

Fuente: ENDES 2017-2021. Tomar en cuenta que en el 2020 se hizo la encuesta de forma telefónica. En los demás años esta se hizo de manera presencial. En la ENDES 2017 no se brinda el dato de ponderado.

A partir de la Tabla anterior se observa que, a través de los años, el quintil inferior mantiene porcentajes de adolescentes alguna vez embarazadas muy por encima de los otros quintiles, siendo más del doble del porcentaje encontrado en el quintil medio (tendencia que se ha

¹⁴ ENDES 2021.

mantenido a través de los años). Si bien el embarazo en adolescentes se ha relacionado directamente con los niveles de pobreza, así como con ciertas ubicaciones geográficas identificadas como de mayor prevalencia, el factor que parece establecer las mayores diferencias en cuanto a ocurrencia son los niveles educativos, que no solo se ubica como parte de los factores causales, sino entre las consecuencias más graves del embarazo adolescente, al ser el abandono escolar una de las principales consecuencias de este. Según la información que nos arroja a ENDES 2021, casi el 34% de las adolescentes entre los 15 y 19 años, que cuentan solo con educación primaria son madres o están embarazadas, mientras que este porcentaje se reduce a casi el 9% entre las que tienen educación secundaria y menos del 4% entre las que cuentan con estudios superiores. Vale la pena mencionar que esta es la misma tendencia que se encuentra en los años 2016-2017, lo que refleja que más allá de las mejoras que pueden existir, el componente educativo sigue siendo un elemento clave en el que trabajar, tanto para garantizar que las adolescentes accedan a educación de calidad que incluya la ESI y, a través de la cual se trabaja en la prevención del embarazo; como para buscar mecanismos que reduzcan el abandono escolar luego del embarazo.

Uso de anticonceptivos modernos en adolescentes

Para hacer un análisis sobre la ocurrencia del embarazo adolescente, uno de los primeros indicadores que tenemos que mirar es el uso de métodos anticonceptivos (MAC) modernos y, particularmente, el uso de anticonceptivos de larga duración (LARC, por sus siglas en inglés). En términos generales, el uso de MAC modernos se ha mantenido, desde el 2015, alrededor del 55% entre las mujeres actualmente unidas (MAU) y del 38% entre el total de mujeres en edad fértil (medida que resulta más precisa para el análisis de uso de métodos anticonceptivos). Dentro del grupo de adolescentes entre los 15 y 19 años, la cifra ha oscilado alrededor del 11% entre las adolescentes en general y del 50% en las adolescentes actualmente unidas. Más aún, entre la MAU, el grupo de adolescentes entre los 15 y 19 es el que reporta el más bajo uso de MAC modernos en comparación a los otros grupos etarios, exceptuando el grupo entre los 45 y 49 años. Si bien la diferencia entre el uso de MAC modernos en la población de 15 a 19 años y el promedio general ha mostrado una tendencia a la disminución desde el 2018 (aunque ciertamente lenta), no ha ocurrido lo mismo entre las mujeres en general, cuando había una tendencia al alza hasta el 2020, al menos.

Tabla 3. Uso de métodos anticonceptivos modernos por grupo etario (2017-2021)

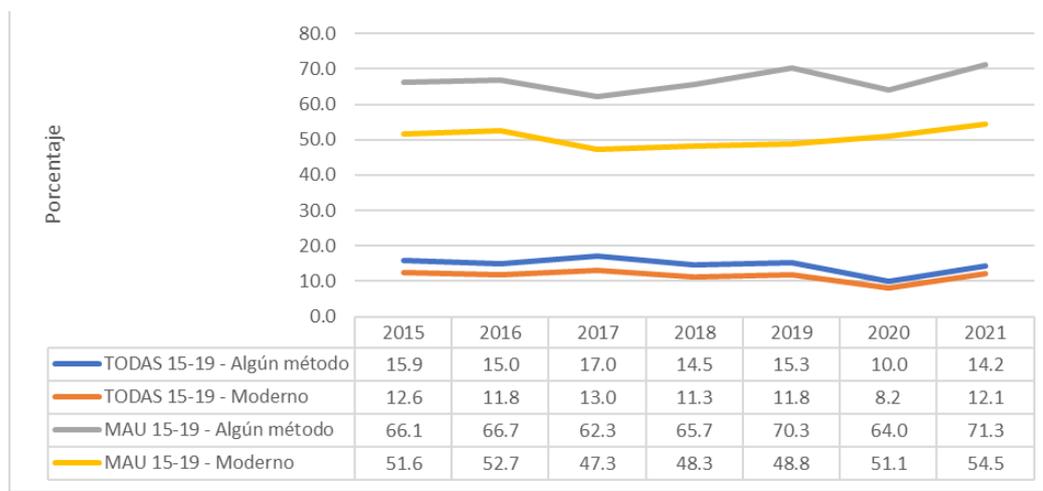
	2017		2018		2019		2020		2021	
	Todas las mujeres	MAU								
12-14									0.7	
15-19	13.0	47.3	11.3	48.3	11.8	48.8	8.2	51.1	12.1	54.5
20-24	40.9	59.4	37.9	59.6	40.0	60.9	35.2	64.3	40.8	65.9
25-29	49.3	59.7	49.8	60.4	47.5	61.6	46.4	62.6	51.0	61.6
30-34	50.8	62.1	48.3	58.3	48.6	58.3	48.5	58.5	51.2	62.0
35-39	47.6	56.9	48.5	58.5	51.8	61.5	48.4	58.0	51.0	59.4
40-44	42.4	51.9	46.1	54.8	45.4	55.4	43.8	54.1	45.0	55.0
45-49	30.7	36.2	31.5	38.9	30.6	35.6	31.6	38.3	30.1	38.0
Total	39.4	54.5	39.1	55.0	39.3	55.5	36.9	55.0	36.2	57.0
Diferencia entre "15-19" y el promedio total	26.4	7.2	27.8	6.7	27.5	6.8	28.7	3.9	24.2	2.5

Fuente: ENDES 2017-2021.
Elaboración propia.

Si observamos el grupo de mujeres en general, se evidencia que el uso de MAC modernos, que de por sí no mostraba una tendencia favorable, tiene una importante caída en el 2020, cuando, debido a la emergencia sanitaria declarada en el país, la gran mayoría de servicios de atención de primer nivel (incluyendo los de Planificación Familiar) fueron cerrados. Esta caída es mucho más marcada entre los grupos de mujeres jóvenes, incluyendo a las adolescentes entre los 15 y 19 años, quienes muy probablemente tuvieron muchas más dificultades para acceder a métodos, tanto por limitaciones económicas como culturales. Lo ocurrido en la pandemia con los servicios así la situación actual de los retornos de estos, así

como serán temas abordados en las entrevistas a realizarse con expertos.

Gráfico 4. Uso de métodos anticonceptivos (en general y modernos) en mujeres (en general y unidad entre los 15 y 19 años)



Elaboración propia a partir de datos de las ENDES 2015-2021.

Por otro lado, es importante resaltar que, aun en el contexto de emergencia sanitaria, las estadísticas muestran un incremento del uso de implantes en las adolescentes actualmente unidas, el cual se incrementa de 1.2 en 2017, a 7.5 en 2021. Algunos expertos refieren que este incremento está directamente relacionado con la reducción del embarazo adolescente evidenciada en 2020.¹⁵

Al margen de las causas de la reducción del embarazo adolescente que se dio en 2020, el incremento del uso de MAC modernos en la población de adolescentes es un reto vigente a nivel nacional. Al respecto vale la pena seguir sumando esfuerzos para el incremento de su uso, particularmente del uso de LARC, dado los beneficios en efectividad. Asimismo, es necesario capacitar a los prestadores para incorporar como una práctica el ofrecimiento de MAC, como parte de la atención integral al margen del reporte o no de relaciones sexuales y hacer énfasis en el uso de doble protección (sumar el uso de preservativos a otros métodos) para la prevención del contagio de VIH¹⁶; sobre todo porque esta es una edad que se caracteriza por no tener uniones formales, sino que es más frecuente que las relaciones se den de manera esporádica y con diversas parejas.

Atención de salud sexual y reproductiva del adolescente en los establecimientos de salud

El acceso de los adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo el acceso a la información, así como a MAC modernos, es una pieza clave para la reducción del embarazo adolescente.¹⁷

Con la finalidad de garantizar esto, el Perú diseñó e implementó dos políticas que buscan garantizar este acceso: el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021¹⁸ y el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo Adolescente 2013-2021¹⁹, ambas dirigidas a garantizar que las y los adolescentes puedan ejercer su derecho a la salud

¹⁵ ENDES 2015-2021.

¹⁶ OMS Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos, tercera edición [Selected practice recommendations for contraceptive use, 3rd edition].

¹⁷ UNFPA. Que hacemos: Embarazo adolescente:

<https://lac.unfpa.org/es/temas/embarazo-en-adolescentes>.

¹⁸ Aprobado por Decreto Supremo N° 001-2012-MIMP, de fecha 20 de abril del 2012.

¹⁹ Aprobado por Decreto Supremo N° 012-2013-SA, de fecha 7 de noviembre de 2013.

sexual y salud reproductiva.

Tabla 4. Planes Nacionales vinculados a la salud sexual y salud reproductiva de los adolescentes

Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021	Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo Adolescente 2013-2021
<p>Resultado Esperado 9: Las y los adolescentes postergan su maternidad y paternidad hasta alcanzar la edad adulta. Tiene como meta reducir en 20% el embarazo adolescente.</p> <p>Estrategias: i) promover el acceso de adolescentes a servicios de salud diferenciados para la atención integral a adolescentes para prevenir conductas de riesgo y alentar estilos de vida saludables; (...); iii) propiciar, desde el Ministerio de Salud, el acceso a información y métodos anticonceptivos oportunamente, así como la capacitación de las y los adolescentes para que puedan ejercer una actividad sexual responsable, prioricen su educación y posterguen la maternidad/paternidad hasta la edad adulta. (...) v) capacitar desde las instituciones educativas, a padres y madres de familia sobre sexualidad con un enfoque de género.</p>	<p>Meta: Reducir en 20% la prevalencia de embarazo adolescente</p> <p>Meta del Objetivo Específico 4: Incrementar en 50% el uso actual de métodos anticonceptivos modernos en adolescentes sexualmente activos/as y en madres adolescentes, bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud y los Gobiernos Regionales²⁰, para lo cual propone:</p> <p>Línea de Acción Estratégica 5 (LAE5): acceso a servicios de atención integral, con énfasis en salud sexual y salud reproductiva;</p> <p>Línea de Acción Estratégica 6 (LAE6): orientación/ consejería en salud sexual y reproductiva y anticoncepción para adolescentes sexualmente activos/as.</p>
<p>Fuente: Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia y Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo Adolescente. Elaboración: Defensoría del Pueblo.</p>	

Fuente: Defensoría del Pueblo. Resultados de la supervisión defensorial a los servicios de salud diferenciados para la atención integral a adolescentes. Julio 2018

Por su parte, el Ministerio de Salud cuenta con la siguiente normativa que rige el funcionamiento de los servicios de salud para los adolescentes²⁰:

- 1. Lineamientos de políticas de salud del adolescente²¹**, cuyo Lineamiento 1, plantea la necesidad de implementar y fortalecer la atención integral y diferenciada desde los sistemas de aseguramiento público y privado, incluyendo prestaciones que respondan a las necesidades de los y las adolescentes, en especial las relacionadas a su salud sexual y reproductiva, eliminando aquellas barreras que obstaculizan su afiliación y/o atentan contra la confidencialidad.
- 2. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de Adolescentes (NTS N° 157-MINSA/2019/DGIESP)**, la cual, entre otros, establece criterios que los establecimientos deben cumplir respecto a la atención de adolescentes. Entre estos se menciona que “Todos los establecimientos de salud a nivel nacional, sin excepción alguna, deben brindar atención integral de salud a adolescentes” y “todos los establecimientos de salud que brindan servicios de salud para adolescentes deben estar inscritos en el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - RENIPRESS”. Así mismo, da las dos características que deben tener los Servicios diferenciados intramurales: 1. Servicios con ambientes exclusivos, “un ambiente destinado exclusivamente para la provisión del paquete de atención integral de salud para adolescentes, que incluye la oferta de métodos anticonceptivos, además de otros insumos, y debe funcionar en los todos días y en horarios de atención del establecimiento de salud. Se realiza la consulta a los adolescentes para seleccionar un horario o turno elegido de acuerdo con las características de la localidad, garantizando la confidencialidad y privacidad. Debe contemplar la posibilidad de tener una puerta de entrada con acceso directo, haciéndolos más amigables para la población adolescente que los utiliza. En este tipo de servicio también se debe brindar la atención integral diferenciada a la adolescente embarazada. Todo el equipo

²⁰ Defensoría del Pueblo. Resultados de la supervisión defensorial a los servicios de salud diferenciados para la atención integral a adolescentes. Julio 2018

²¹ Aprobados mediante Resolución Ministerial N° 107-2005/MINSA, de fecha 14 de febrero de 2005.

multidisciplinario de salud debe brindar la atención a la población adolescente en el ambiente exclusivo, para lo cual deben organizarse”. y 2. Servicios especializados, “Los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel deben entregar el paquete de atención integral de salud especializado para adolescentes en la consulta externa” Así mismo, esta norma técnica muestra cambios frente a la previa (Norma Técnica N° 034-MINSA/DGSP-V.01) como la eliminación de los horarios diferenciados para adolescentes.

3. **Norma Técnica N° 095-MINSA/DGSP.V.01, Norma Técnica de Salud: Criterios y Estándares de Evaluación de Servicios Diferenciados de Atención Integral de Salud para Adolescentes**²², la cual establece los criterios para evaluar el desarrollo de estos servicios y garantizar su calidad. Entre los objetivos de esta norma se encuentra: i) ofrecer evidencias que en los servicios diferenciados de atención integral de salud para adolescentes, las decisiones clínicas, no clínicas y preventivo promocionales se manejan con atributos de calidad y se otorgan con el compromiso y la orientación de maximizar la satisfacción de la población adolescente; ii) promover la cultura de calidad en todos los servicios donde se ofrezca atención integral a las/los adolescentes a través del cumplimiento de criterios y estándares para evaluación de la calidad; y iii) dotar a los usuarios de información relevante para la selección de los servicios por sus atributos de calidad.
4. **Norma Técnica N° 124-2016-MISA-V.01 Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar**,²³ la cual, además de dar las pautas para la atención de la PF y las alternativas a ofrecerse, precisa que “los anticonceptivos temporales que conforman actividades de planificación familiar no constituyen tratamiento médico”²⁴ (preservativo masculino, preservativo femenino, inyectables, pastillas, dispositivo intrauterino); y deben estar disponibles en el servicio de Planificación Familiar o el que haga sus veces.

A julio de 2017, el Ministerio de Salud registró un total de 3,290 servicios diferenciados de atención integral de salud para adolescentes. Noventa y uno de estos servicios fueron incluidos en la supervisión realizada por la Defensoría del Pueblo,²⁵ para analizar su situación, particularmente en lo referente a la atención de SSR. Es importante mencionar que solo se incluyeron establecimientos situados en zonas urbanas (tres por cada capital de ciudad).

Algunos de los hallazgos de esta evaluación se señalan a continuación, en la medida que los mismos son esenciales para entender la problemática del país:

1. El Plan de capacitación con competencias de RRHH, el cual debería garantizar que el personal cuente con conocimientos técnicos, particularmente en el campo de SSR, competencias en el área de derechos, género e interculturalidad, y actitudes necesarias para la atención de adolescentes, solamente se cumple en el 63,7% (58) de los establecimientos supervisados por la Defensoría del Pueblo
2. Solo en el 33% (30) del total de los establecimientos de salud supervisados (91), hay información sobre la ruta que las y los adolescentes deben seguir para acceder al servicio. Lo cual hace suponer que aun cuando las y los adolescentes se acerquen al establecimiento de salud, es posible que desistan de recibir la atención al no tener claridad sobre la ruta a seguir. Más aún, la falta de información no es solo referente a

²² Aprobada mediante Resolución Ministerial N° 503-2012/MINSA de fecha 15 de junio del 2012.

²³ Aprobada mediante Resolución Ministerial N° 652-2016/MINSA, del 31 de agosto de 2016.

²⁴ Norma Técnica N° 124-2016-MISA-V.01, Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar aprobada mediante Resolución Ministerial N° 652-2016/MINSA. Ítem 7.3.2 sobre disponibilidad de métodos anticonceptivos, literal b.

²⁵ Defensoría del Pueblo. Resultados de la supervisión defensorial a los servicios de salud diferenciados para la atención integral a adolescentes. Julio 2018.

la señalización sino también a los horarios, los cuales en más de la mitad de los establecimientos no están señaladas en ningún lugar.

3. Aun cuando la Norma Técnica N° 124-2016-MISA-V.01 Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar,²⁶ precisa que, al no considerarse los MAC como tratamiento médico, estos pueden ser provistos sin autorización de los padres, al menos un cuarto de los establecimientos supervisados mantiene la exigencia de contar con los padres o tutores para la prestación del servicio.
4. La brecha entre la consejería y la entrega de MAC es grande. Del total de adolescentes entre los 14 y 17 años que recibieron consejería, los que recibieron MAC fueron aproximadamente 25% y 33% (mujeres y hombres respectivamente). La diferencia es aún mayor en la población de 12 a 13 años, donde el porcentaje fue de 6% y 10% respectivamente. Esto confirma hallazgos discutidos previamente respecto a la dificultad para solicitar MAC entre los adolescentes y plantea dificultades en los prestadores para ofrecerlos de manera activa.

Tabla 5. Total de personas que han recibido consejería en salud sexual y reproductiva y métodos anticonceptivos, por grupo etáreo

Rango de edad	Han recibido consejería en SS/SR			Han recibido métodos anticonceptivos		
	Mujeres	Varones	LGBTI	Mujeres	Varones	LGBTI
De 12 a 13 años	5875	4888	5	356	470	0
De 14 a 17 años	8220	6483	114	2728	2028	13
TOTAL	14095	11371	119	3084	2498	13

Fuente: Supervisión Defensoría del Pueblo.

Fuente: Defensoría del Pueblo. Resultados de la supervisión defensorial a los servicios de salud diferenciados para la atención integral a adolescentes. Julio 2018

A su vez, es fundamental tomar en cuenta que a pesar de que no existe actualmente prohibición para la entrega de Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE), esta es ofertado sólo por un mínimo de establecimientos de salud (11% de los servicios de salud diferenciados para atención de adolescentes). Ello supone una seria vulneración de derechos a esta población considerando sobre todo que, muchas de las adolescentes podrían ser víctimas de violencia sexual al ser la población entre los 12 y 17 años, la más vulnerable a sufrir este tipo de violencia.

En esta misma línea, en 2020, durante la emergencia sanitaria por COVID 19 se llevó a cabo una “Supervisión de intervenciones efectivas para la prevención del embarazo no planeado en adolescentes”. En esta supervisión se incluyeron tanto establecimientos educativos, para conocer la implementación de la Educación Sexual Integral (ESI), sobre la cual hablaremos más adelante en este capítulo; como establecimientos de salud, para conocer la implementación de la normativa de atención integral, el conocimiento de las normas respecto a la provisión de MAC, entre otros. Esta supervisión estuvo a cargo de la Defensoría del Pueblo y UNFPA. Se supervisaron un total de 57 establecimientos de salud de todos los niveles, de 10 departamentos del país. A continuación, se mencionan algunos de los hallazgos más relevantes:

Los resultados muestran que de la totalidad de establecimientos de salud supervisados (57 EE. SS.), el 81 % (46 EE. SS.) cumple con brindar atención integral de salud para los y las

²⁶ Aprobada mediante Resolución Ministerial N° 652-2016/MINSA, del 31 de agosto de 2016.

adolescentes; mientras que el 19 % (11 EE. SS.) no cumple con esta obligación.

1. De los 46 EE. SS. que brindan atención integral a las y los adolescentes, solo el 70% están disponibles durante todo el horario regular, el resto no.
2. Si bien en el 88% de los establecimientos los prestadores refirieron conocer la normativa vigente respecto al derecho de los y las adolescentes a la atención de SSR, solo el 81% conoce que es obligatorio brindar orientación/consejería sin autorización de los padres; y, más aún, solo el 72% conoce que esta obligatoriedad aplica también a la provisión de MAC.
3. Existe un alto nivel de desconocimiento respecto a los MAC permitidos para los adolescentes, particularmente los de larga duración: Dispositivos intrauterinos (DIU) e implantes. De hecho, solo el 26% sabe que los DIU son elegibles para los adolescentes y 42% en el caso de los implantes. Esto es particularmente preocupante considerando que son justamente estos los métodos recomendados por las entidades internacionales para la población de adolescentes.
4. El 21% (12) indicó que no entregó métodos anticonceptivos modernos a las usuarias adolescentes que lo requerían.

Estos informes dan cuenta de que más allá de la normativa que el estado pueda dar, mientras que la aplicación no se haga efectiva, cual sea el motivo de ello; el acceso real a los MAC continuará siendo restrictivo. Más aún, es preciso reflexionar sobre el rol de los servicios de salud y sus limitaciones respecto a la prevención principalmente, para plantearnos cómo se mejora el rol de las intervenciones comunitarias y la escuela, cuya cercanía a los y las adolescentes es mucho mayor, y con un alto potencial para fortalecer no solo el conocimiento y uso de anticonceptivos, sino la importancia del consentimiento y medidas de protección.

Educación Sexual Integral (ESI)

La ESI cumple un rol fundamental en la salud sexual y reproductiva de las adolescentes y, particularmente, en la prevención del embarazo en esta población. Esta no solo tiene el rol de informar a los y las adolescentes sobre la diversidad de MAC y su uso, sino de enseñar y fortalecer el establecimiento de límites, identificación de situaciones de riesgo y medidas de protección frente a los mismos.

La evidencia demuestra que la implementación de la ESI, en la cual se provea información completa sobre las opciones para la prevención del EA²⁷ (y no únicamente basada en la abstinencia) y en la que, además, se haga uso de actividades complementarias que promuevan el desarrollo personal y de habilidades; junto con intervenciones enfocadas en la provisión de MAC tienen el potencial de reducir el embarazo adolescente de manera tangible.

Por su parte, UNFPA señala las siguientes directrices operacionales para la ESI:²⁸

1. Adquirir información precisa sobre la sexualidad humana, la salud sexual y reproductiva y los derechos humanos, incluidas la anatomía y la fisiología; la reproducción, el embarazo y el parto; la anticoncepción; las infecciones de transmisión sexual y el VIH/sida; la vida familiar y las relaciones interpersonales; la cultura y la sexualidad; los derechos humanos, el empoderamiento, la no discriminación y los roles y la igualdad de género; el comportamiento y la diversidad sexual; y el abuso sexual, la violencia por razón de género y las prácticas nocivas.
2. Explorar y fomentar valores y actitudes positivas hacia la salud sexual y reproductiva,

²⁷ Sell, K., Oliver, K. & Meiksin, R. Comprehensive Sex Education Addressing Gender and Power: A Systematic Review to Investigate Implementation and Mechanisms of Impact. *Sex Res Soc Policy* (2021). <https://doi.org/10.1007/s13178-021-00674-8>

²⁸ UNFPA, Directrices Operacionales del UNFPA para la Educación Integral de la Sexualidad: Un Enfoque Basado en los Derechos Humanos y Género, 2014, http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_OperationalGuidanceREV_ES_web.pdf

el desarrollo de la autoestima, el respeto de los derechos humanos y la igualdad de género. La educación integral de la sexualidad capacita a los y las jóvenes para gestionar su propia conducta y, a su vez, tratar a los demás con respeto, aceptación, tolerancia y empatía, independientemente de su género, etnia, raza u orientación sexual.

3. Desarrollar habilidades para la vida que fomenten el pensamiento crítico, la comunicación y la negociación, la toma de decisiones y la asertividad; habilidades que pueden contribuir a mejorar y hacer más productivas las relaciones con los miembros de la familia, los compañeros, amigos y las parejas sexuales o afectivas.

La prestación de ESI en nuestro país se basa en la normativa dada por el Ministerio de Educación (MINEDU) que se describe brevemente a continuación. En primer lugar, se dispone de los “Lineamientos de educación sexual integral para la educación básica”, cuya finalidad es establecer orientaciones para la implementación pertinente y oportuna de la educación sexual integral en las instituciones y los programas educativos de educación básica, tanto públicas como privadas, en sus diversas modalidades, niveles, ciclos y modelos de servicios educativos, que permita la vivencia de la sexualidad de manera segura, responsable y saludable, de acuerdo con la etapa de desarrollo y madurez de las y los estudiantes.

Asimismo, se cuenta con la guía para implementar la ESI, elaborada por el MINEDU, una herramienta dirigida a docentes de Educación Básica Regular, que “tiene como propósito unificar criterios conceptuales en torno a la Educación Sexual Integral, estableciendo su definición, objetivos, principales características, argumentos a favor de su implementación y normativas vinculadas, así como su articulación con los enfoques transversales y competencias del Currículo Nacional de Educación Básica, y proponer orientaciones para implementarla en el marco de las estrategias de la Tutoría y Orientación Educativa”.²⁹

Además de estos dos documentos oficiales, la normativa respecto de la ESI ha sido materia de discusión en los últimos tiempos, debido a la aprobación de la Ley N° 31498 “Ley que impulsa la calidad de los materiales y recursos educativos en el Perú”. Esta ley “aborda el tema de la participación de los padres y madres de familia en la definición del contenido de los materiales educativos que el Ministerio de Educación (Minedu) elabora y distribuye gratuitamente a la población escolar de las instituciones educativas públicas de educación básica”. Al respecto, diversas entidades se han pronunciado en contra, incluyendo a la Defensoría del Pueblo por considerar que afecta la calidad de la ESI y “contraviene la Constitución Política y no está alineada con los objetivos de la Política Nacional Multisectorial para Niñas, Niños y Adolescentes al 2030; la Política Nacional de Igualdad de Género; el Proyecto Educativo Nacional al 2036; el Currículo Nacional de la Educación Básica (CNEB) y los Lineamientos de Educación Sexual Integral (ESI). Asimismo, no se condice con los derechos y principios consagrados en la Convención sobre los Derechos del Niño.”

En el Perú, Motta et al realizaron un estudio, en el 2017, para analizar la situación de la implementación de la normativa de ESI en el país, para el cual se incluyeron 14 colegios a nivel nacional, entre públicos y privados. En el mismo se señalan las graves deficiencias de la ESI en nuestras escuelas tanto a nivel programático como en los docentes y sus propias barreras para la provisión de la información.

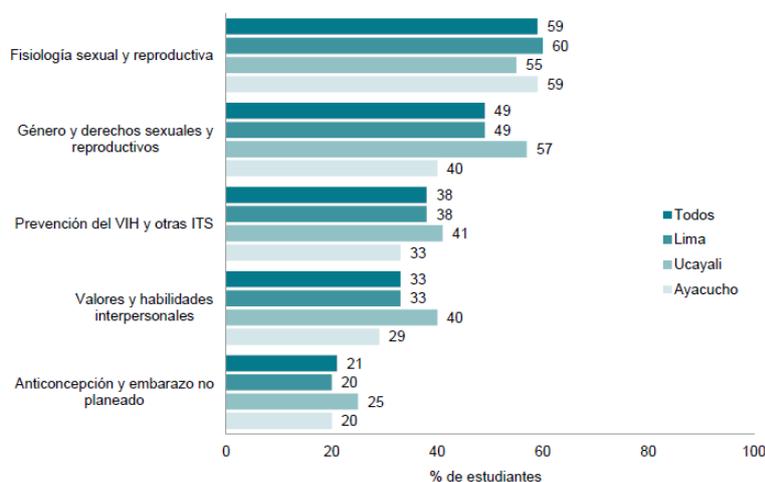
Entre los hallazgos se señala, por ejemplo, que menos del 10% de los estudiantes habría recibido instrucción en cada uno de los 18 temas que se incluyen en el abordaje de la ESI y, más aún, que “los temas menos enseñados se refieren a la “anticoncepción y embarazo no deseado”, a los “valores y habilidades interpersonales” y a la “prevención del VIH/ITS”. De hecho, solo entre el 20 y 40% de los alumnos reportó haber aprendido sobre estos y “sus expectativas se encuentran insatisfechas [...] en cinco temas clave: métodos anticonceptivos; cómo usar los métodos anticonceptivos; comportamiento sexual; comunicación con la pareja;

²⁹ Guía para implementar la educación sexual integral. Recurso educativo dirigido a docentes de Educación Básica Regular, <https://repositorio.minedu.gob.pe/handle/20.500.12799/7640>

y embarazo y parto” siendo todos estos temas fundamentales para la prevención del embarazo adolescente.

Gráfico 5. Porcentaje de estudiantes que reportan haber aprendido sobre los temas

Según los estudiantes, las categorías de “anticoncepción” y de “valores y habilidades” son las menos enseñadas.



Fuente: De la Normativa a la Práctica: la Política de Educación Sexual y su Implementación en el Perú.

Tal como se da en la prestación de servicios para los adolescentes, el recurso humano se perfila como una de las principales barreras para la correcta implementación de la ESI. Según se señala en el estudio, persiste entre los docentes un 15% que considera que la implementación de la ESI es opcional a pesar de la normativa existente sobre la obligatoriedad de esta. Asimismo, dos terceras partes informan a los padres antes de impartir la misma y 16% requiere un consentimiento por parte de ellos.

En el campo programático, los materiales con los que cuentan los docentes parecen no ser óptimos, así como las capacitaciones insuficientes. Casi tres cuartas partes señaló la necesidad de materiales y capacitaciones. Un 44% de los docentes consideran que los materiales podrían ser mejorados y desearían que se use más medios audiovisuales. La falta de material y directrices claras deja mucho de la enseñanza de la ESI en el campo del criterio propio y conflictos “morales” que pueden existir en los docentes y, finalmente, afectar a sobremanera la calidad de ESI que se imparte.

Más recientemente, en 2020, una supervisión³⁰ por parte de la Defensoría del Pueblo y UNFPA fue realizada en 70 instituciones educativas situadas en 10 departamentos (los mismos en donde se hizo la supervisión de establecimientos de salud previamente mencionada). Se incluyeron en la muestra: 5 instituciones educativas situadas en la capital de los departamentos, una situada en una provincia distinta a la capital en cada uno de los departamentos y un Colegio de Alto Rendimiento (COAR) por cada uno de los departamentos. Algunos de los hallazgos más relevantes de esta supervisión han sido los siguientes:

1. Del total de instituciones educativas supervisadas, solo el 40 % (24 II. EE.) indicó haber recibido capacitación sobre la ESI, entre enero de 2019 a junio de 2020.
2. De los temas que comprende la ESI en las instituciones educativas supervisadas, alrededor del 90 % (54 II. EE.) señalaron que tratan sobre la pubertad/cambios físicos en el cuerpo, igualdad entre hombres y mujeres. Los porcentajes de abordaje de otros temas van en descenso. Los temas menos tratados son: MAC (75%), donde conseguir

³⁰ Defensoría del Pueblo y UNFPA- Informe sobre la supervisión de intervenciones efectivas para la prevención del embarazo no planeado en adolescentes: educación sexual integral y acceso a anticoncepción moderna para quienes lo requieren.2020 disponible en: <https://peru.unfpa.org/es/publications/informe-supervision-de-intervenciones-efectivas>

- MAC (53%), cómo usar los MAC (57%) y aborto terapéutico (43%).
3. Del total de las instituciones educativas supervisadas, el 68 % (41 II. EE.) indicó que los docentes no contaron con lineamientos para la Educación Sexual Integral de las y los adolescentes. Solo el 32 % (19 II. EE.) señaló que sí.
 4. Del total de las II. EE. supervisadas, el 60 % (36 II. EE.) indicó que las/los docentes del nivel de Educación Secundaria no contaron con algún material educativo para la Educación Sexual Integral. El 40 % (24 II. EE.) indicó que sí contaron.
 5. El 77% de las instituciones supervisadas refiere haber tenido problemas para la implementación de la ESI. Entre las principales dificultades reportadas para implementar la ESI figuran, en primer lugar, la ausencia de material educativo adecuado dirigido a las y los estudiantes de secundaria y la limitada capacitación y formación de docentes en estos temas. Les siguen la falta de recursos o de materiales de enseñanza dirigidos a docentes y la actitud de los padres y/o las madres de familia, que muestran resistencias que dificultan esta labor. Asimismo, se menciona la ausencia de lineamientos y orientaciones para la Educación Sexual Integral.

Embarazo adolescente como un resultado de violencia sexual

El embarazo adolescente se ha visto frecuentemente relacionado a la violencia sexual. Esta asociación se da de manera particular en aquellas menores en 15 años, para quienes el código penal califica de violación a toda relación sexual. Más aún, la situación de restricción social dada en el contexto de emergencia sanitaria por la Pandemia de COVID-19 podría haber agravado esta situación. Al respecto, La Mesa de Lucha contra la Pobreza señala que:

“Al 15 de setiembre del 2022, se han registrado 958 partos en menores de 15 años. Loreto y Ucayali tienen el mayor número de partos en menores de 15 años en el país, 140 y 130 respectivamente. Dadas las causas que se suscitan más en los hogares o ámbitos de protección y el concomitante confinamiento, la no atención presencial en las escuelas, la disminución de los servicios de salud sexual y reproductiva y de atención de casos de violencia sexual, en los 2 primeros años de la pandemia por la COVID-19, es posible argumentar que las niñas se encontraron en una situación de mayor riesgo y vulnerabilidad frente a las agresiones sexuales, a un embarazo temprano no intencional y a una maternidad temprana forzada.”³¹

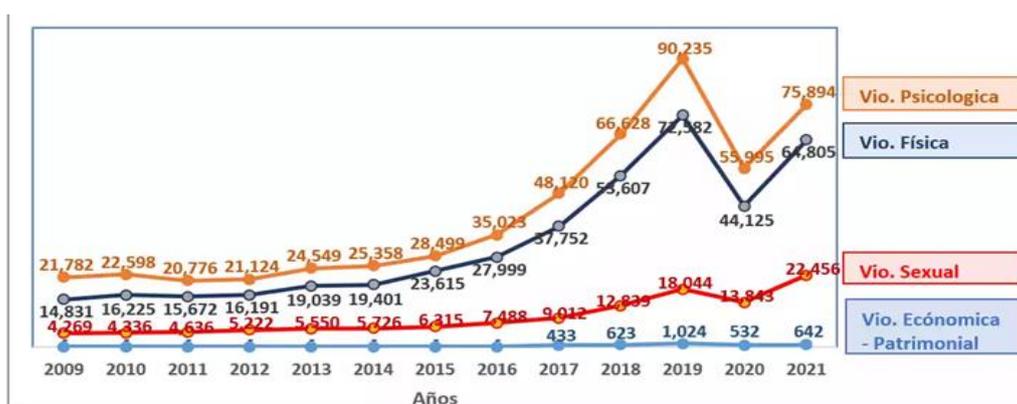
Si bien tenemos claridad sobre el nivel de vulnerabilidad que tienen las niñas y adolescentes a ser víctimas de violación sexual, la forma en que se recogen los datos no permite hacer un análisis fino de la problemática. De hecho, esta fue una de las deficiencias expuestas por la Defensoría del Pueblo en el “Informe sobre la supervisión de la atención integral en niñas y adolescentes embarazadas producto de violación sexual, en establecimientos de salud”, en el que señala que “El Registro del Certificado de Nacido Vivo en Línea del Ministerio de Salud no permite obtener información sobre madres adolescentes hasta los 17 años sino hasta los 19 años, lo que impide conocer la magnitud del embarazo del primer grupo etario”. Asimismo, según refiere este informe, las cifras dadas por el Registro de Certificado de Nacido Vivo del Ministerio de Salud y el número de nacimientos inscritos por el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (2019) tampoco coinciden, lo que da cuenta de la necesidad de un sistema unificado de registro y las dificultades que se generan al no contar con registros adecuados.

A pesar de las fallas en la data nacional, no queda duda sobre la magnitud de la violencia sexual y cómo el reporte de estos eventos se ha incrementado en los últimos años. Si bien hay una disminución del número de denuncias en 2020, parece ser causada por el cierre de servicios ocurrido en el contexto de la emergencia sanitaria y no una real disminución en la problemática. En este contexto, la población menor de 17 años tiene un riesgo particular. De hecho, entre el 63 y 65% de las denuncias por violencia sexual registradas, tienen como

³¹ Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza PERÚ: Prevenir el Embarazo en Niñas y Adolescentes y Reducir las Muertes Maternas, Año 2022.

víctimas a una niña o adolescente de 17 años o menos.

Gráfico 6. Total de casos atendidos por los CEM según tipo de violencia por años



Fuente: Programa Nacional para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar – AURORA.

Tabla 6. Reporte violencia sexual por rangos etarios entre los años 2018-2022

Departamento	Violencia Sexual												TOTAL VS
	0 - 17 años				18 - 59 años				60 + años				
	Mujer	%	Hombre	%	Mujer	%	Hombre	%	Mujer	%	Hombre	%	
2018	8,139	63%	818	6%	3,740	29%	36	0%	103	10%	3	0%	12,839
2019	11,322	63%	1,042	6%	5,468	30%	55	0%	155	10%	2	0%	18,044
2020	8,751	63%	831	6%	4,100	30%	46	0%	113	12%	2	0%	13,843
2021	14,507	65%	1,127	5%	6,581	29%	89	0%	144	14%	8	0%	22,456

Fuente: Boletines informativos del Programa AURORA (CEM).

Dentro de una situación sumamente preocupante y dolorosa, como es el embarazo adolescente, existe una situación más grave aún: el embarazo en las niñas menores de 15 años (0 a 14 años). Según nuestra normativa de Aborto Terapéutico, esta población debería acceder a este derecho, al ser el embarazo un riesgo sumamente alto para su salud. Sin embargo, en la práctica, este derecho no se está efectivizando, llevando a embarazos forzosos y todas las implicancias de estos. Más aún, el embarazo en esta población ha ido en aumento en los últimos años; según el Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo en Línea del Ministerio de Salud (MINSA), el embarazo en niñas y adolescente entre los 0 y 14 años registrado en el 2021 es 21% mayor que el registrado en el 2019.

Tabla 7. Nacimientos ocurridos de madres entre los 0 y 14 años entre años 2017 y 2022

Grupo de edad	2017	2018	2019	2020	2021	2022
0-10	5	5	9	22	7	1
11-14	1,319	1,412	1,294	1,155	1,430	1,240
Total	1,324	1,417	1,303	1,177	1,437	1,241

Fuente: Registro de Nacido Vivo (búsqueda realizada el 05/11/22).
Elaboración propia.

Según el informe de las Defensoría del Pueblo³², los recursos humanos son una de las principales barreras para el acceso a la atención necesaria para estas niñas y adolescentes,

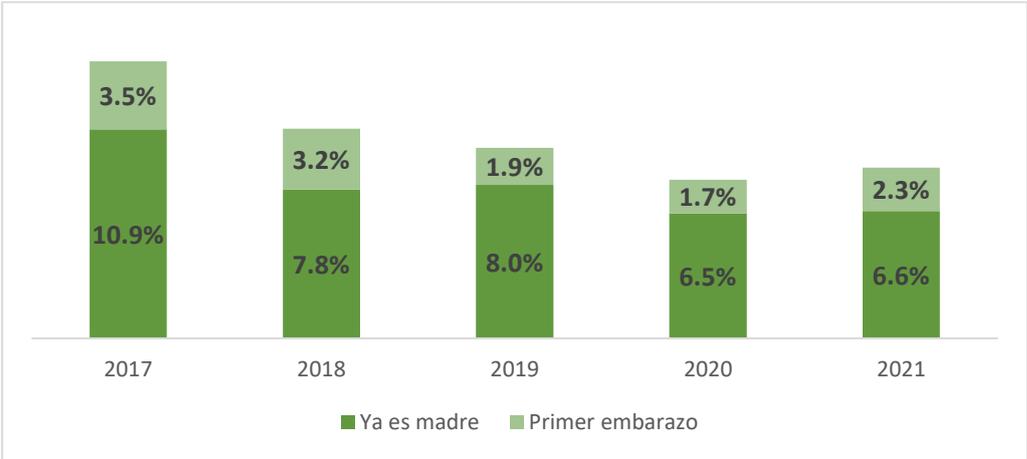
³² Defensoría del Pueblo, Informe sobre la supervisión de la atención integral en niñas y adolescentes.

la cual debería incluir la posibilidad de interrumpir el embarazo, al no conocer la normativa, condicionar la atención a la presencia de los padres, no hablar la lengua nativa, tener una valoración restrictiva sobre los riesgos, entre otros aspectos.

5.2 Datos estadísticos sobre el embarazo adolescente en el Perú

En los últimos años se ha visto una disminución del embarazo adolescente, en específico la cantidad de adolescentes entre 15 a 19 años que son madres o se encuentran embarazadas. De acuerdo con la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) esta proporción se ha reducido de 14.4% al 8.9% entre el 2017 al 2021. Cabe resaltar que para el año 2020 hubo una reducción importante respecto a años anteriores en los niveles del embarazo adolescente, cuyos factores explicativos han sido discutidos en la sub-sección previa.

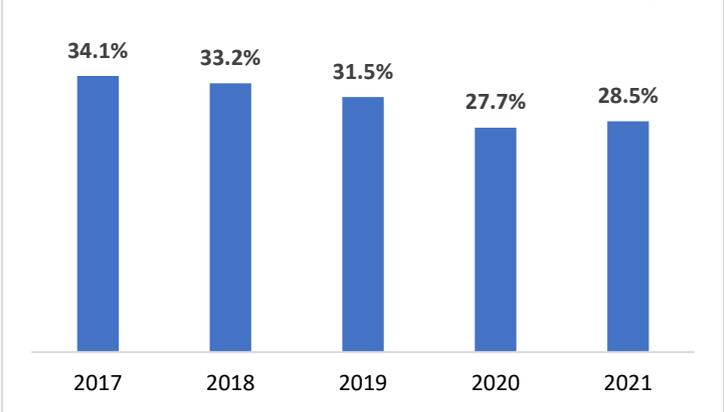
Gráfico 7. Adolescentes de 15 a 19 años que son madres o están embarazadas por primera vez



Fuente: ENDES 2017-2021. Elaboración propia.

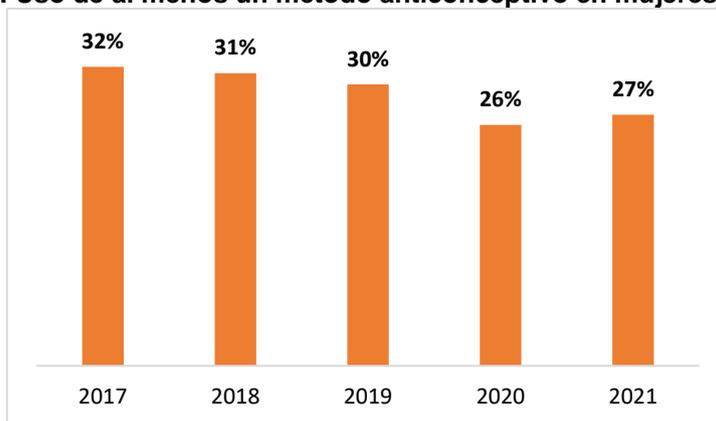
Esta tendencia se muestra relacionada con una reducción en la actividad sexual de las jóvenes analizadas. Se ha observado una reducción de las adolescentes que afirman ser sexualmente activas entre 15 y 19 años. Dicha tendencia muestra similar sentido con lo reportado sobre uso de métodos anticonceptivos, el cual ha pasado del 32% al 27%. Ambas tendencias son muy similares, lo que nos indica que la proporción de adolescentes sexualmente activas que utilizan algún método anticonceptivo se ha mantenido.

Gráfico 8. Adolescentes sexualmente activas entre 15 y 19 años



Fuente: ENDES 2017-2021. Elaboración propia.

Gráfico 9. Uso de al menos un método anticonceptivo en mujeres de 15 a 19



Fuente: ENDES 2017-2021. Elaboración propia.

En la presente sección se muestran algunos indicadores de las principales características de esta población y de las regiones y provincias que presentan en mayor incidencia de embarazo adolescente, para así contar con un panorama y a su vez con una inspección más detallada de las circunstancias actuales.

Fuentes de información

Para presentar la situación del Perú, respecto al embarazo adolescente y los diferentes factores que podrían influenciarlo, se han utilizado diversas fuentes de información. Esto debido a que se necesita más de una fuente para tener contraste en la información que se brinda y debido a que ninguna base de datos es perfecta, especialmente en lo que respecta al nivel de representatividad. En específico, en esta información se han realizado análisis a nivel regional y provincial, por lo que se presentarán las bases fuentes de información con información relevante del embarazo adolescente. A continuación, se realiza una breve descripción de las fuentes de datos y los problemas asociados a cada una:

- **ENDES:** La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar es una encuesta elaborada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) que tiene como objetivo proveer información actualizada sobre la dinámica demográfica, el estado de salud de las madres y niños menores de cinco años, así como brindar información sobre el estado y factores asociados a las enfermedades no transmisibles y transmisibles. Así, la encuesta tiene información muy amplia que permite tener indicadores de la maternidad y embarazo adolescente, uso de métodos anticonceptivos, preferencias, entre otros. Sin embargo, al ser una encuesta tiene limitaciones ligadas directamente al marco muestral: la inferencia estadística sólo permite mostrar indicadores a nivel de cada una de las regiones del Perú. Por ello, no es posible utilizar los datos para mostrar información a nivel provincial.
- **Censo de Población y Vivienda 2017:** El XII Censo de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas fue llevado a cabo el año 2017 por el INEI, el cual constó de 47 preguntas referentes a la vivienda y servicios básicos; al hogar; la migración del hogar y conformación de las familias, sobre enfoque de género, de discapacidad y de etnicidad. El Censo puede ser utilizado a niveles muy desagregados como el provincial o distrital. Sin embargo, debido a su naturaleza masiva, el cuestionario es acotado y poco útil con relación a la problemática del embarazo adolescente. Así, la única información que se registra sobre fecundidad es el número de hijos que tiene la mujer, y no se recoge datos sobre el embarazo o el uso de métodos anticonceptivos. A pesar de ello, es posible tener cruces de información con otros factores como educación o empleo, que sí formaron parte en el recojo de información censal.
- **Sistema del Registro del Certificado de Nacido Vivo en Línea.** Es un sistema web,

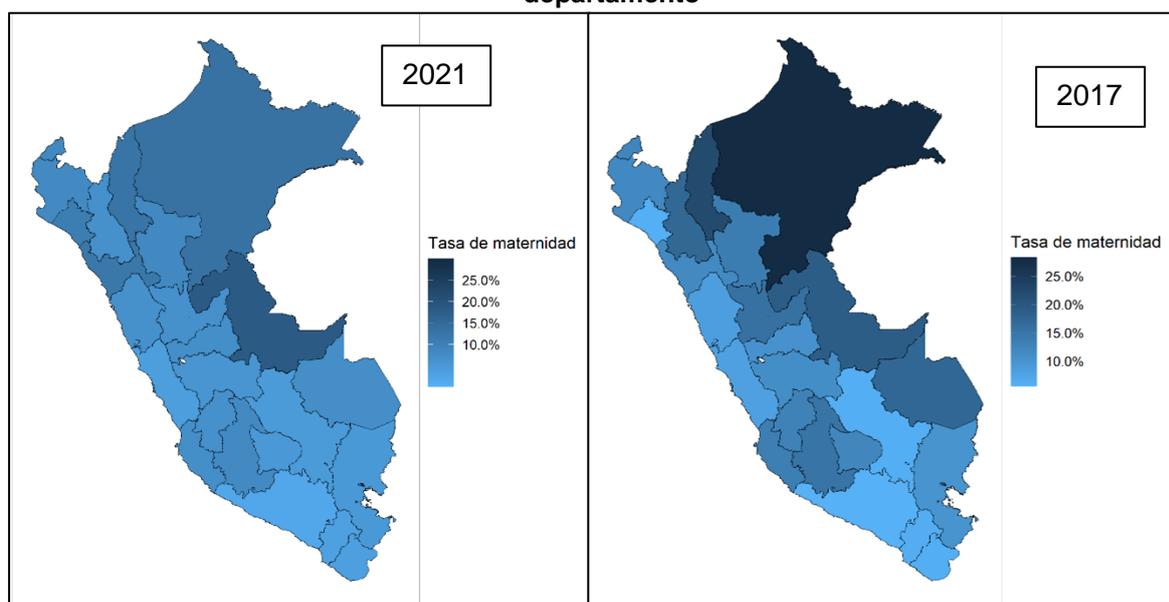
producto de un esfuerzo conjunto entre el Ministerio de Salud y el Registro Nacional de Identidad y Estado Civil (RENIEC), que permite que en los establecimientos de salud donde se atiendan partos, el recién nacido sea registrado de manera oportuna disminuyéndose la vulnerabilidad en el proceso de registro del nacimiento en sala de partos o cesárea, por el profesional que realiza la atención (médico u obstetra) generándose así el Certificado del Nacido Vivo-CNV. Mediante éste es posible obtener datos sobre adolescentes que han sido madres en un determinado año; además, tiene información de la madre como el nivel de instrucción, estado conyugal, ámbito urbano o rural, entre otros.

- **HIS-MINSA:** El HISMINSA es un sistema de gestión asistencial que permite monitorear al paciente desde que ingresa a un establecimiento de salud hasta su egreso. Los diagnósticos del paciente pueden ser visualizados desde cualquier punto del país permitiendo al profesional de la salud realizar un adecuado y efectivo acto médico. Dichos diagnósticos son codificados y registrados en una gran base de datos. Esta información administrativa, al estar desagregada por atención o consulta médica, tiene una gran cantidad de datos por lo que su procesamiento resulta dificultoso. Por ello, sólo se ha utilizado la información de las consultas de acuerdo con un conjunto de códigos, en particular a códigos relacionados con el embarazo, parto, y otros términos relacionados con la fecundidad.

Información a nivel regional

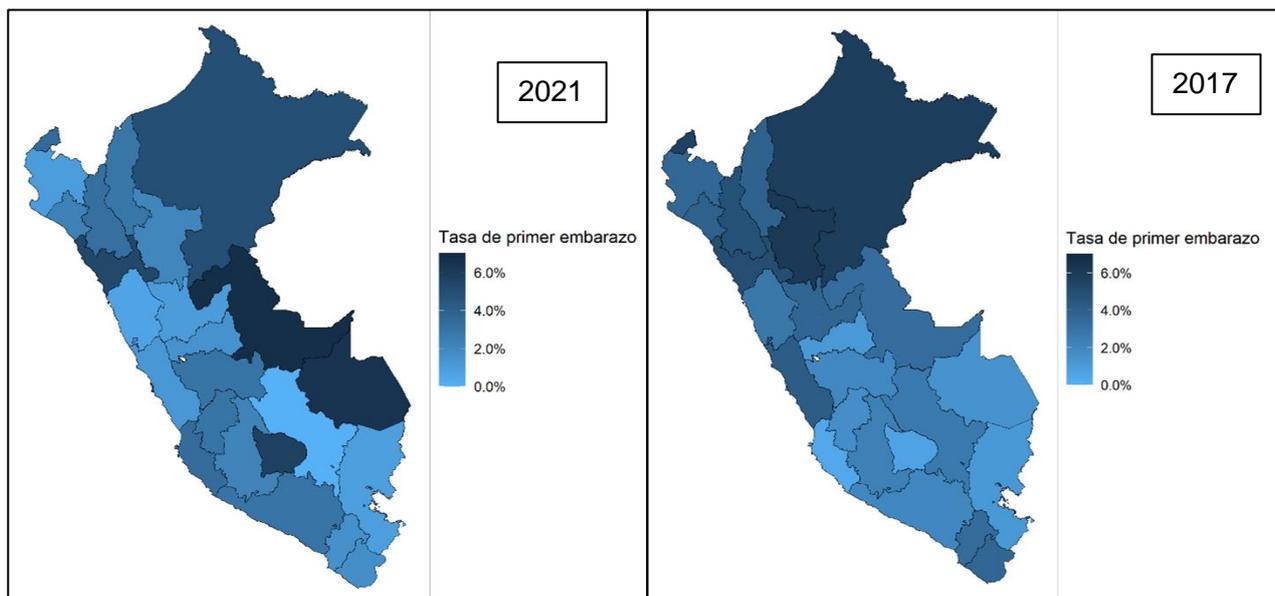
Para obtener los datos a nivel regional se ha utilizado la información de la ENDES, la cual nos permite obtener los datos de embarazo y maternidad en adolescentes a partir de los 12 años. Al analizar la información de maternidad a nivel regional, se observa en general una disminución entre los años 2017 y 2021 tanto de la tasa de maternidad en adolescentes como de la tasa de embarazo con el primer hijo en adolescentes en la mayoría de las regiones. En 2017, en la región de Loreto el 28.3% de las adolescentes entre 15 y 19 años ya era madre, mientras que el 5.9% se encontraba en estado de gestación con su primer hijo. Para el 2021, estas tasas habían bajado a 13.3% y 4.9%, respectivamente. De la misma manera, la región de Amazonas pasó de tener una tasa de maternidad adolescente de 22.3% y embarazo adolescente de 3.9%, a tasas de 18.9% y 2.8%, respectivamente. A pesar de estos cambios, las regiones de Amazonas, Loreto y Ucayali son las que tienen tasas más elevadas (ver los dos gráficos a continuación).

Gráfico 10. Tasa de maternidad en adolescentes entre 15 y 19 años, 2017 – 2021, según departamento



Fuente: ENDES 2017-2021. Elaboración propia.

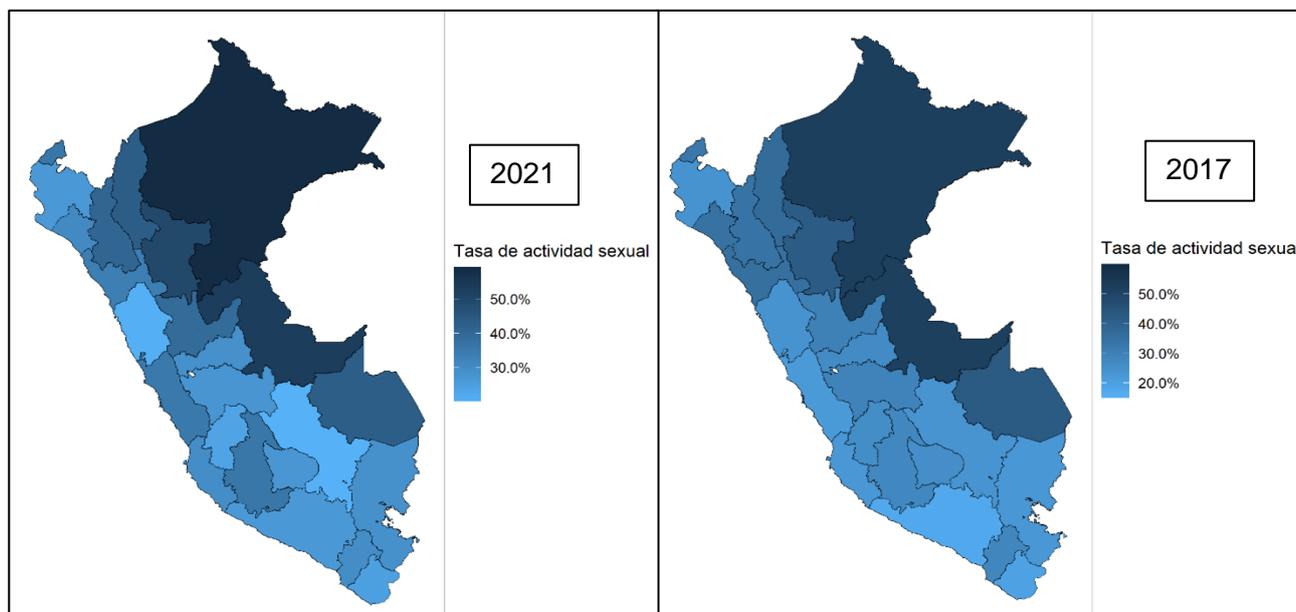
Gráfico 11. Tasa de embarazo con el primer hijo en adolescentes entre 15 y 19 años, 2017 – 2021, según departamento



Fuente: ENDES 2017-2021. Elaboración propia.

Respecto de la tasa de actividad sexual en adolescentes mujeres ente 15 y 19 años, se ha observado una disminución en la mayoría de las regiones del Perú. Si bien las regiones de Loreto, Ucayali, y San Martín se mantienen como las regiones con mayor tasa de actividad sexual entre adolescentes mujeres, han visto su incidencia reducida en entre 3 y 7 puntos porcentuales. Arequipa y Lima se encuentran entre las regiones con mayor reducción en este indicador, mientras que la región del Callao ha visto su valor incrementado considerablemente de 30.2% a 41.6%.

Gráfico 12. Tasa de actividad sexual en adolescentes mujeres entre 15 y 19 años, 2017 – 2021, según departamento

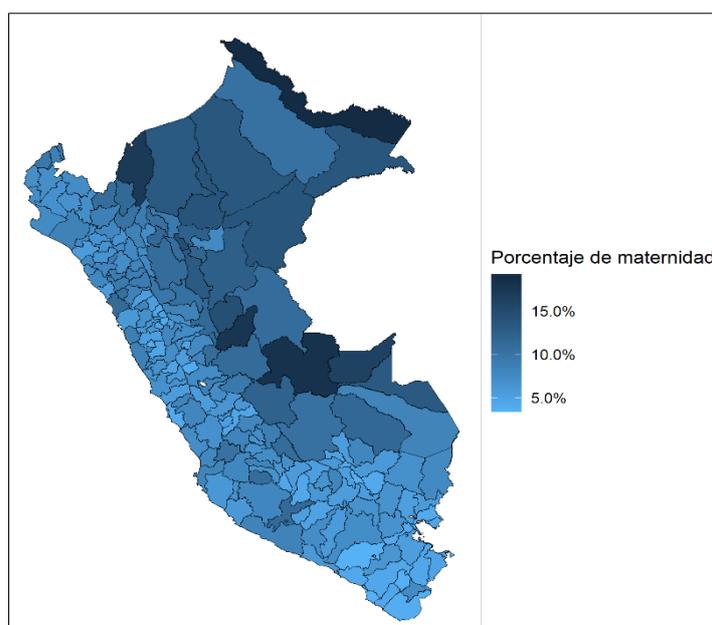


Fuente: ENDES 2017-2020. Elaboración propia.

Información a nivel provincial

Al analizar a nivel de provincia la información, se observa que una importante cantidad de provincias en la zona de la selva del Perú tienen las tasas más altas de maternidad adolescente. En específico, la región de Loreto tiene 6 de sus 8 provincias entre las 15 con mayor índice de maternidad adolescente a nivel nacional. Las provincias de Putumayo (Loreto), Atalaya (Ucayali), Puerto Inca (Huánuco), Condorcanqui (Amazonas) y Purús (Ucayali) son las provincias con mayor incidencia y son las únicas con una tasa de maternidad mayor al 15%.

Gráfico 13. Tasa de maternidad en mujeres entre 12 a 19 años, 2017, según provincia

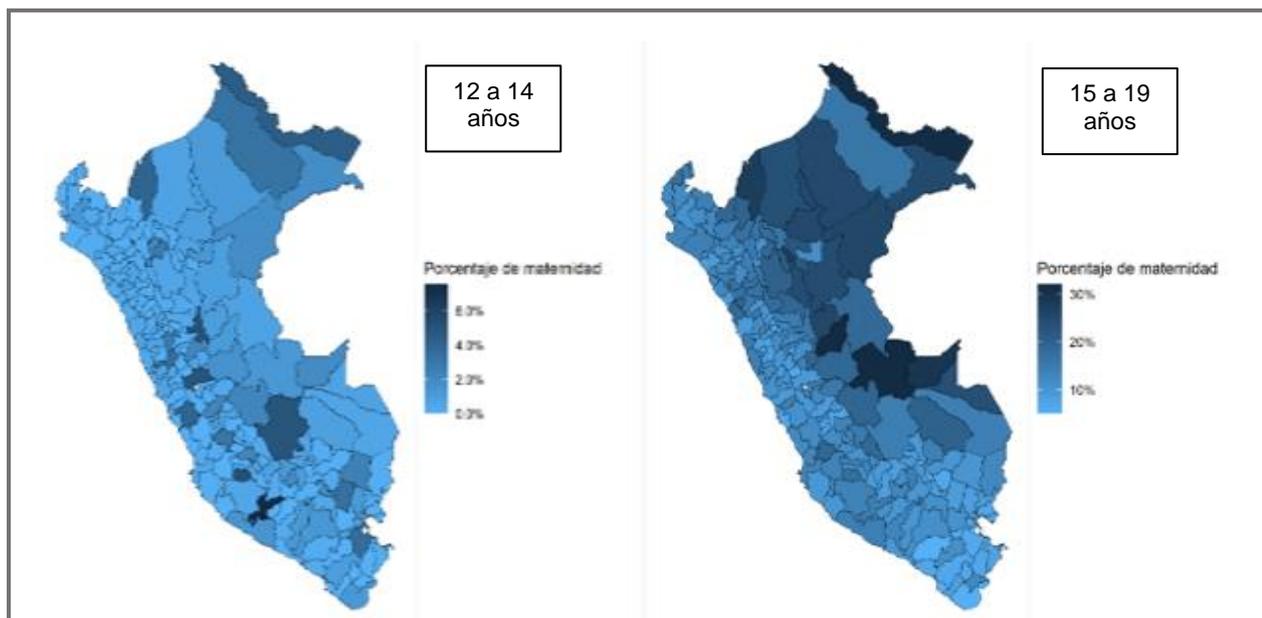


Fuente: Censo de Población y Vivienda 2017. Elaboración propia.

Además, se muestran los resultados para dos subgrupos de edad: adolescentes de 12 a 14 años y de 15 a 19 años. Las tasas son más pequeñas en el caso de las menores a 15 años: 5 provincias se encuentran con una incidencia mayor al 5%. Estas provincias están más concentradas en la zona centro del país y son Parinacochas (Ayacucho), Huanca Sancos (Ayacucho), Leoncio Prado (Huánuco), La Convención (Cusco) y Pasco (Pasco). Cabe resaltar el caso de Parinacochas que es la provincia con la mayor tasa de maternidad, situada en 7.5%.

Por otro lado, para el grupo de edad entre 15 a 19, se encuentran tasas mayores a tal punto de superar el 30% en algunas provincias. Nuevamente se observa una fuerte concentración en la zona de selva del país. Provincias como Puerto Inca (Huánuco), Atalaya (Ucayali), Putumayo (Loreto), Purús (Ucayali), y El Dorado (San Martín) ubicadas en esa zona del país son las provincias de mayor ocurrencia.

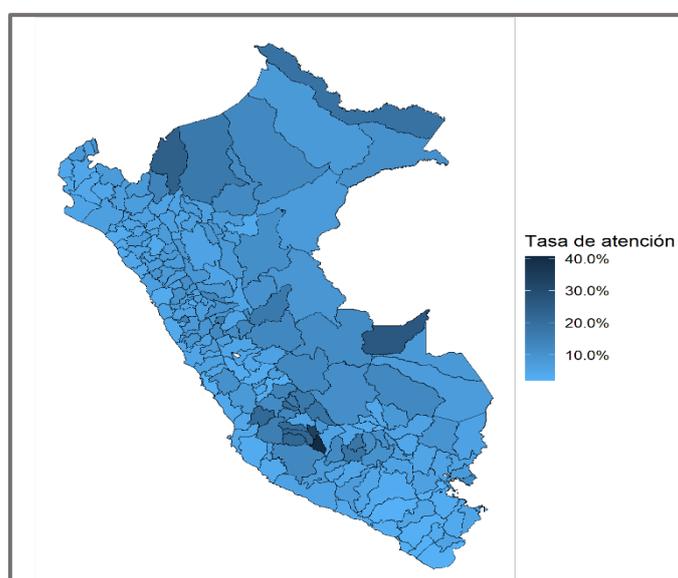
Gráfico 14. Tasa de maternidad en mujeres entre 12 a 14 años, 2017, según provincia



Fuente: Censo de Población y Vivienda 2017. Elaboración propia.

Por otra parte, a partir de la información del sistema HISMINSA se calculó el número de personas que se han sometido a procedimientos o pruebas relacionadas con el embarazo o el parto. Así, encontramos que, a nivel nacional, alrededor del 5.1% de las adolescentes entre 11 a 19 años se han sometido a alguno de estos procesos. Las provincias Sucre y Vilcas Huamán en Ayacucho son las que tienen las mayores tasas (41% y 33%), junto con Purús (Ucayali), Condorcanqui (Amazonas) y Víctor Fajardo (también en Ayacucho).

Gráfico 15. Atenciones médicas relacionadas al embarazo en adolescentes entre 10 a 19 años, según provincia



Fuente: HIS 2020-MINSA. Elaboración propia.

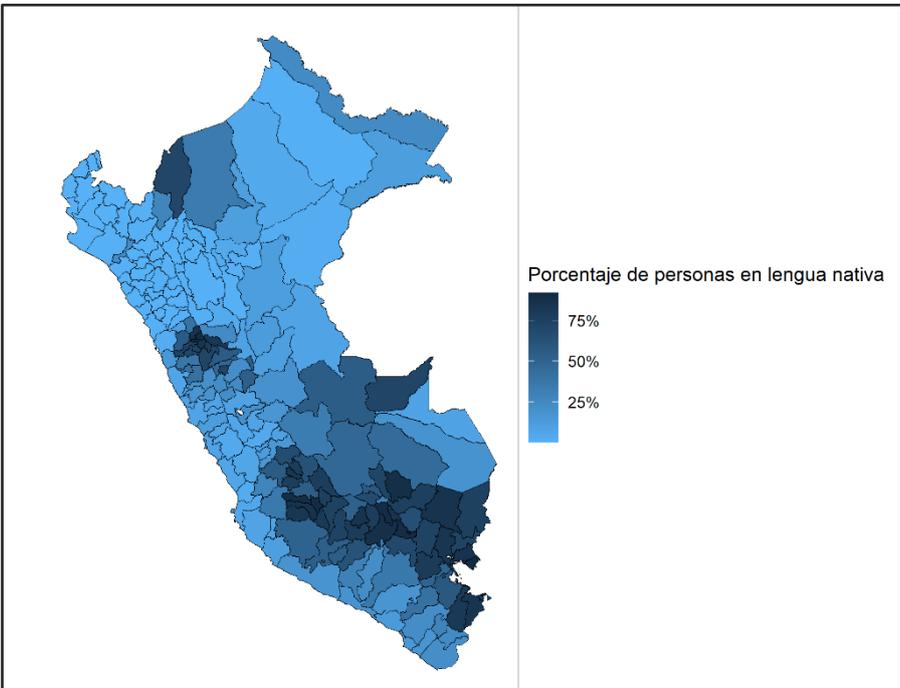
Nota: La proporción es calculada con base en la cantidad de personas que se atendieron por un procedimiento relacionado al embarazo sobre una proyección de la población de la provincia según datos del Censo 2017.

Una de las características demográficas que podría estar relacionada con el embarazo adolescente es el idioma nativo de las personas. De acuerdo con Valdivia (2011), los factores culturales son determinantes en la probabilidad del embarazo adolescente, incluso en casos

de migración hacia sectores más urbanos. Se ha observado que mujeres en la transición lingüística de quechua o aymara al castellano, utilizan los servicios de salud de la misma manera que las mujeres que hablan castellano, salvo por la utilización de métodos anticonceptivos y embarazo adolescente, las cuáles son más similares a las mujeres de lengua quechua o aymara. Esto sugiere que las brechas culturales son influyentes en la definición de los comportamientos de las mujeres de lengua originaria, probablemente por su conexión con la concepción misma de la sexualidad y las relaciones de género.

Por otro lado, se encuentra que antecedentes de la incidencia de la maternidad adolescente en los lugares de origen familiar son determinantes en la propensión de las mujeres a tener un hijo temprano, de manera que en espacios donde se habla lengua originaria esta tendencia persiste con mayor incidencia. En el Perú, además del quechua y aimara existen decenas de lenguas originarias. Comúnmente se asocia a la población con lengua materna originaria con situaciones de vulnerabilidad. En el gráfico a continuación, se muestra el porcentaje de personas cuya lengua materna fue una lengua originaria; se observa que la mayoría de las provincias que tienen una predominancia de lengua originaria se encuentran al sur del país.

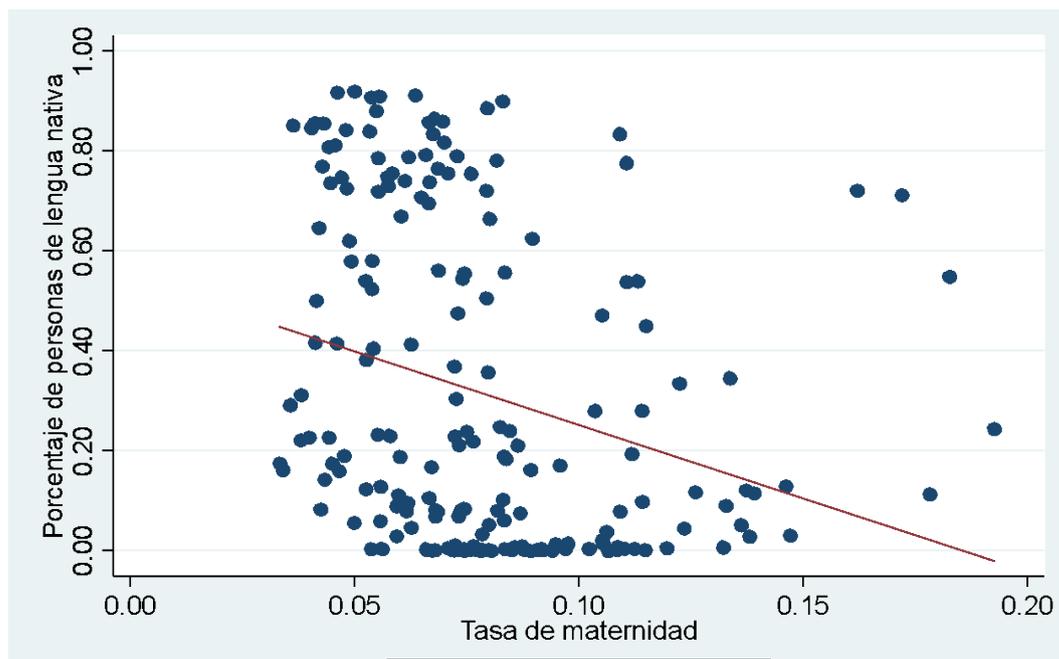
Gráfico 16. Porcentaje de personas cuya lengua materna es una lengua originaria, según provincia



Fuente: Censo de Población y Vivienda 2017. Elaboración propia.

Es posible utilizar esta información para analizar si existen diferencias en la tasa de maternidad adolescente. Así, en los dos gráficos a continuación, observamos la tasa de maternidad para adolescentes entre 15 a 19 años según si su lengua materna es una originaria o no. En el mapa (gráfico de la izquierda) observamos que hay algunas pocas provincias donde la tasa de población con lengua materna originaria es muy elevada (cercana al 100%), sin embargo, esto se debe a la poca cantidad de adolescentes con ese tipo de lengua materna en esas provincias. A pesar de ello, se observa que hay una gran cantidad de provincias que se encuentran entre 25 y 59%. En total, son 25 provincias que se encuentran en este rango, entre los cuales la provincia de Bongará y Luya (Amazonas) tienen alrededor del 50%.

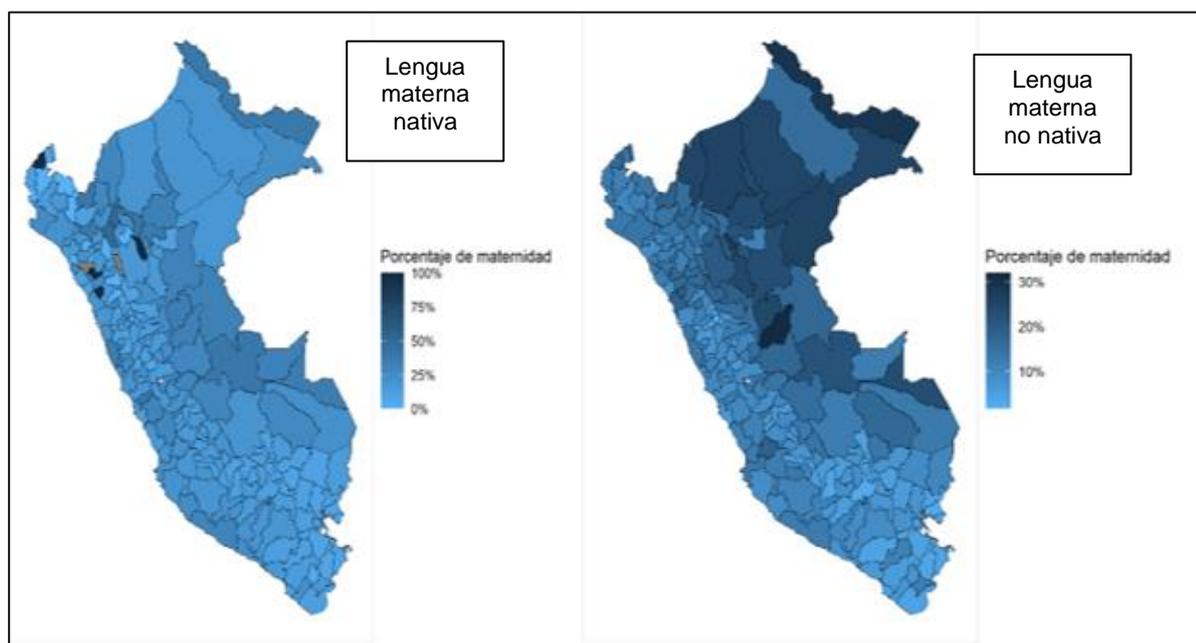
Gráfico 17. Dispersión entre el porcentaje de personas cuya lengua materna es una lengua originaria y la tasa de maternidad para mujeres entre 12 a 19 años



Fuente: Censo de Población y Vivienda 2017. Elaboración propia.

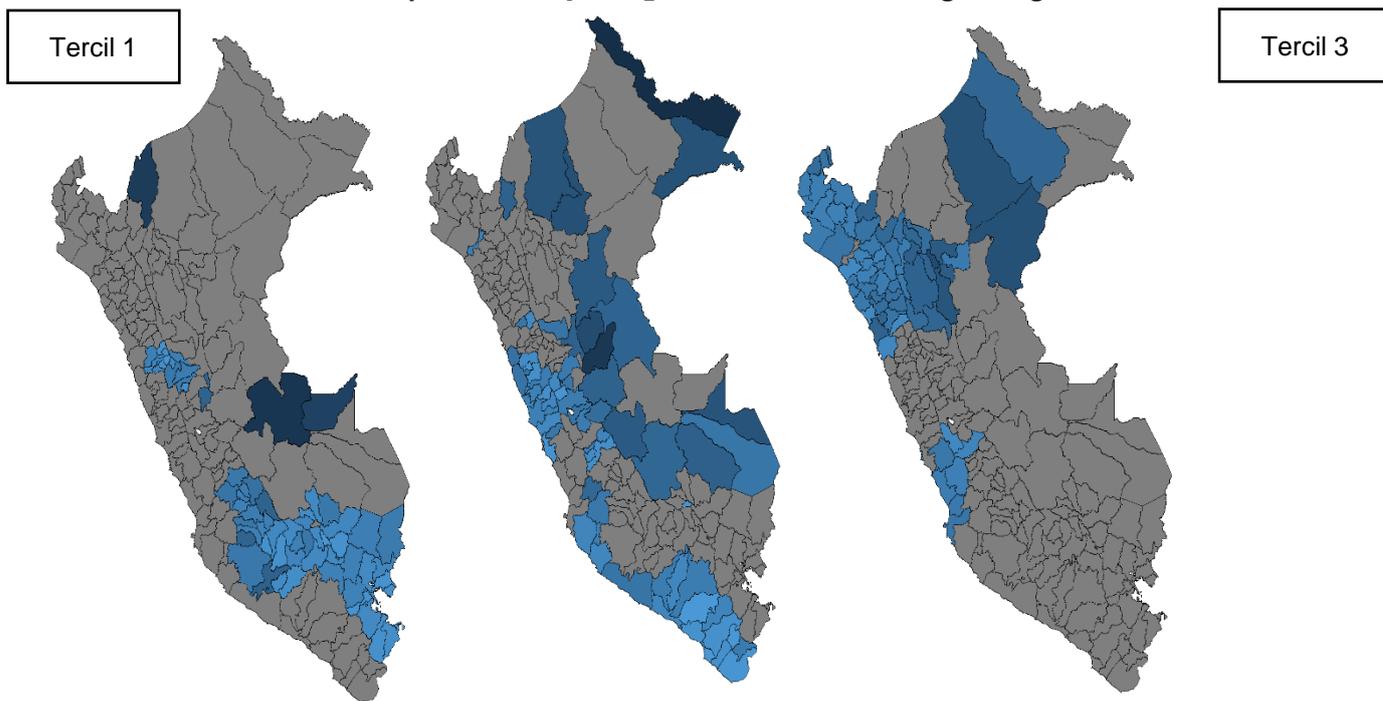
Por otro lado, en el mismo gráfico se muestra que la tasa de maternidad para la población con lengua materna no originaria tiene un máximo de 32% (Puerto Inca, Huánuco). Las tasas de maternidad para esta población son muy similares a la que se observó para la totalidad de adolescentes entre 15 a 19 años.

Gráfico 18. Tasa de maternidad en adolescentes de 15 a 19 según tipo de lengua materna, según provincia



Fuente: Censo de Población y Vivienda 2017. Elaboración propia.

Gráfico 19. Tasa de maternidad en adolescentes de 15 a 19 años según tercil de porcentaje de personas cuya lengua materna es una lengua originaria

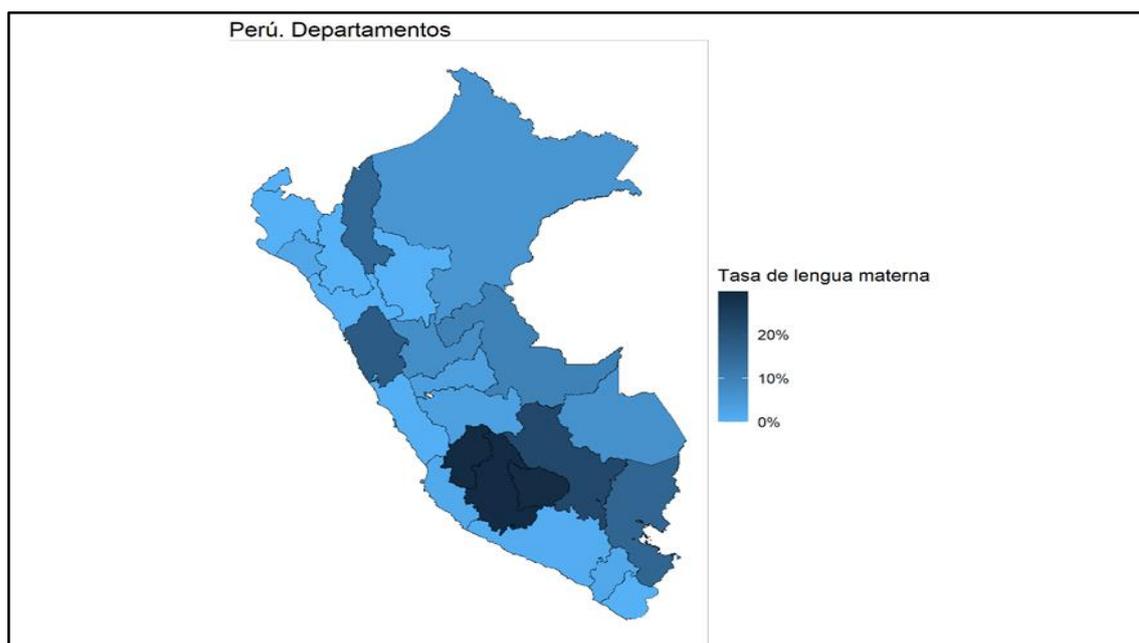


Fuente: Censo de Población y Vivienda 2017. Elaboración propia.

Nota: El tercil 1 es el conjunto de provincias (65) que se ubican en el primer tercio de provincias con mayor porcentaje de personas cuya lengua materna es una lengua nativa, mientras que el tercil 3 son las provincias que se ubican en el último tercio.

En el análisis a partir de terciles de porcentaje de personas cuya lengua materna es una lengua originaria no se observa una relación directa entre el embarazo adolescentes y el uso de una lengua originaria. Asimismo, en el gráfico de la dispersión de los datos, se observa, incluso, una relación negativa entre ambas variables. Así, el análisis gráfico nos sugiere que una mayor incidencia de uso de una lengua materna no implica una mayor tasa de embarazo adolescente.

Gráfico 20. Porcentaje de mujeres entre 15 y 19 cuya lengua materna es una lengua originaria, según departamento



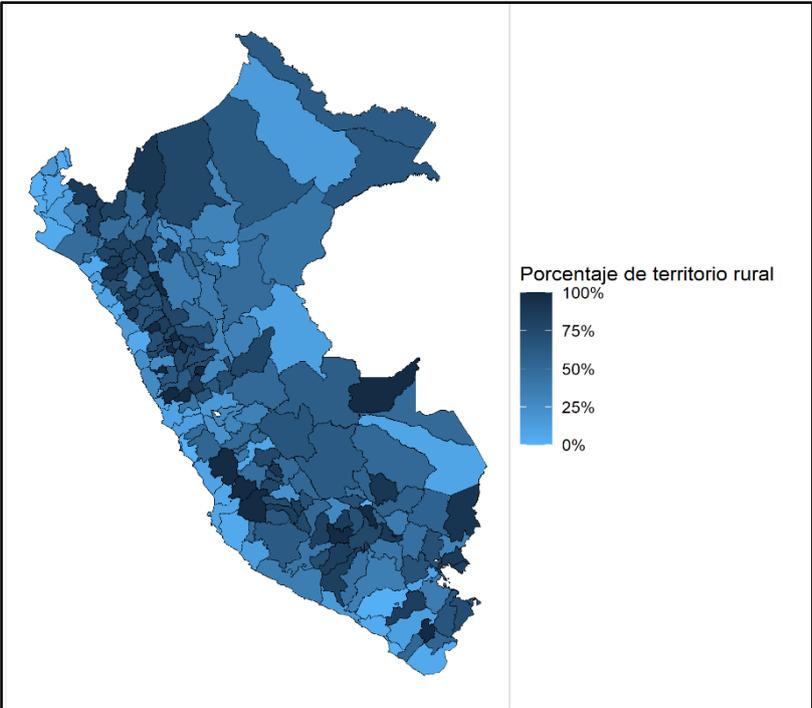
Fuente: ENDES 2021. Elaboración propia.

Por otro lado, al analizar la información más reciente a nivel regional por medio de la base de datos de la ENDES, se observa que la concentración de mujeres entre 15 y 19 es similar a la observada en el gráfico provincial. Así, no se encuentran diferencias importantes a pesar de la diferencia de periodos.

Otra característica por analizar es el grado urbanidad o ruralidad de la provincia. En el gráfico a continuación, se observa el porcentaje de territorio rural de cada una de las provincias, según lo reportado en el Censo de Población y Vivienda 2017.

Puede apreciarse que un conjunto de las provincias en la zona sur del país tiene un alto nivel de ruralidad, junto con algunas provincias en la zona norte de la selva peruana. Algunas provincias que ya se han mencionado como Purús (Ucayali) o Condorcanqui (Amazonas) se encuentran entre las provincias con los niveles más bajos de urbanidad, pero los gráficos no muestran una relación lo suficientemente fuerte como para realizar algún tipo de correlación.

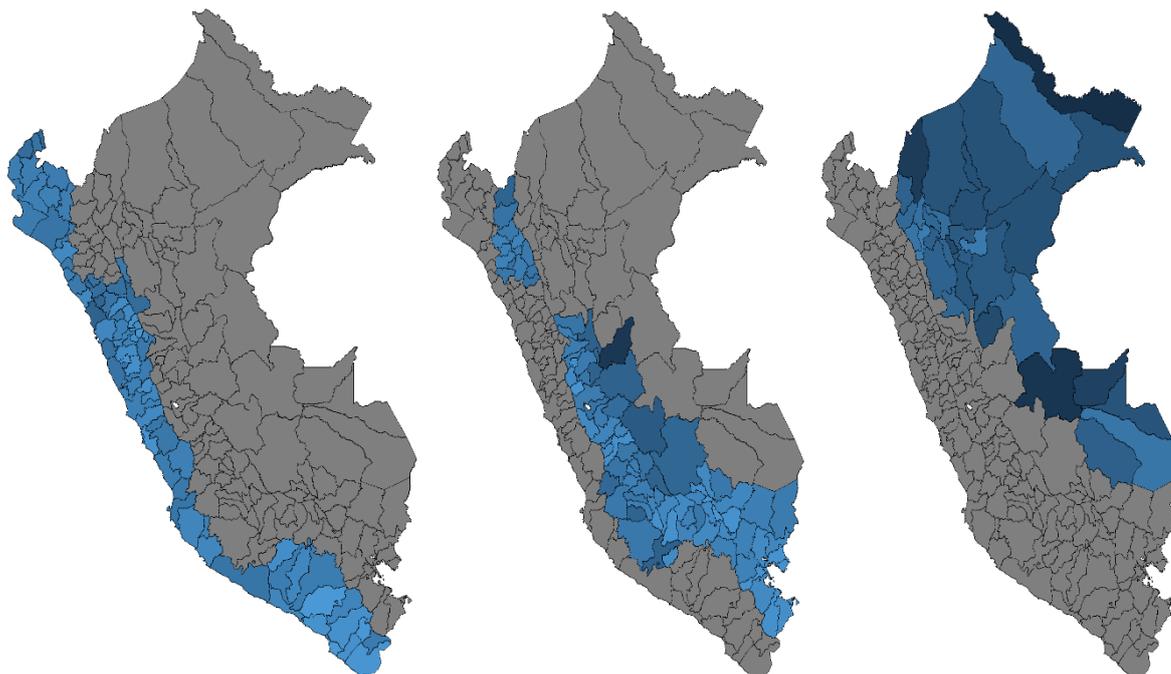
Gráfico 21. Porcentaje de población rural, según provincia



Fuente: Censo de Población y Vivienda 2017. Elaboración propia.

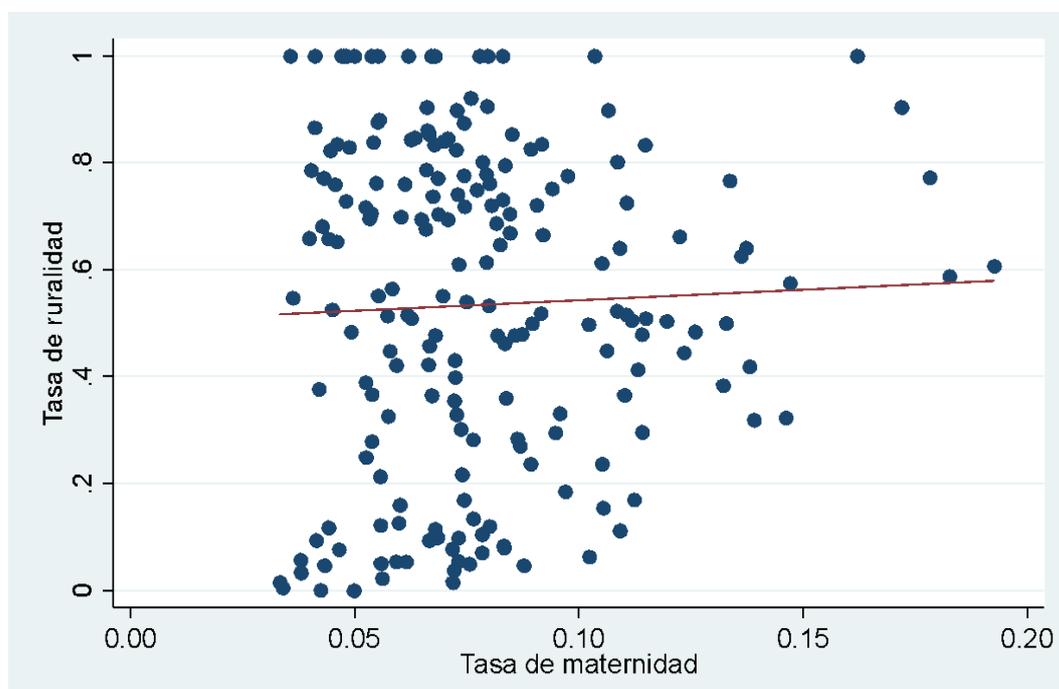
En el gráfico a continuación, se muestra la tasa de maternidad adolescente según región geográfica (de izquierda a derecha, aparecen costa, sierra y selva)

Gráfico 22. Tasa de maternidad según región geográfica



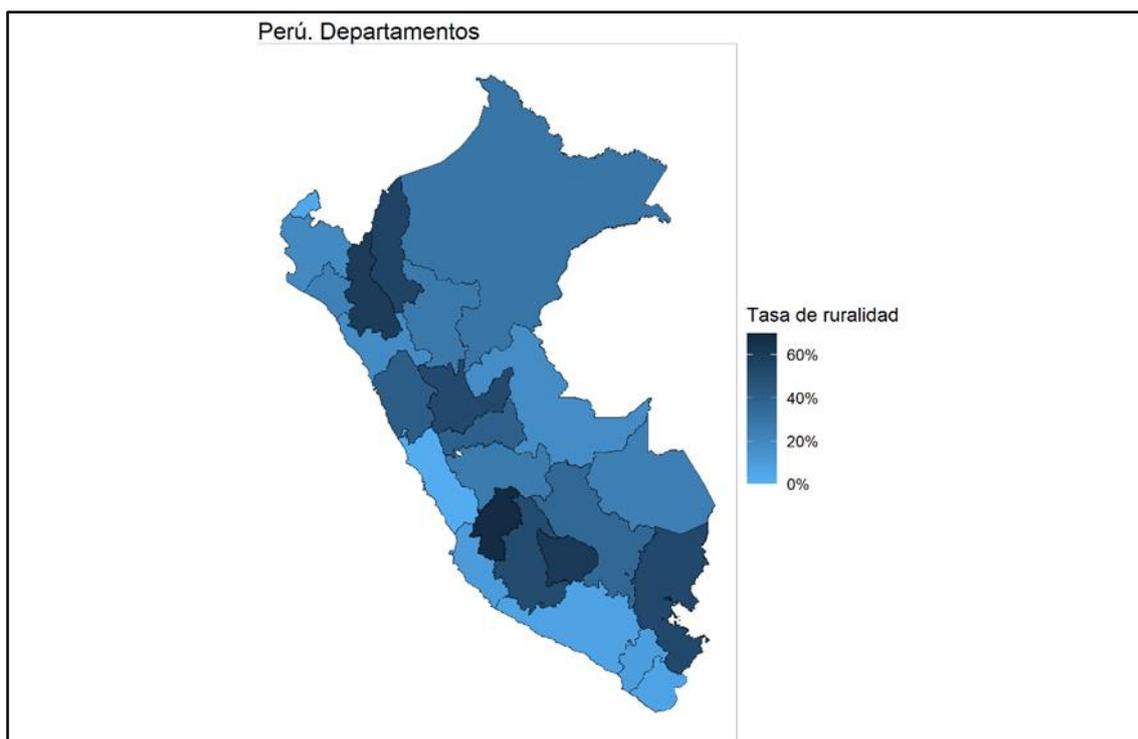
Fuente: Censo de Población y Vivienda 2017. Elaboración propia.

Gráfico 23. Dispersión entre la tasa de ruralidad y la tasa de maternidad para mujeres entre 12 a 19 años



Fuente: Censo de Población y Vivienda 2017. Elaboración propia.

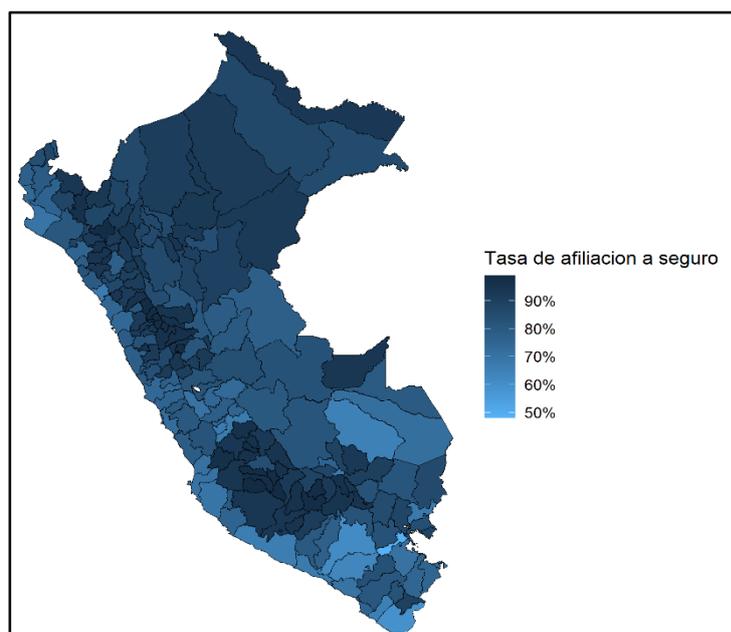
Gráfico 24. Porcentaje de mujeres entre 15 y 19 años en área rural, según departamento



Fuente: ENDES 2021. Elaboración propia.

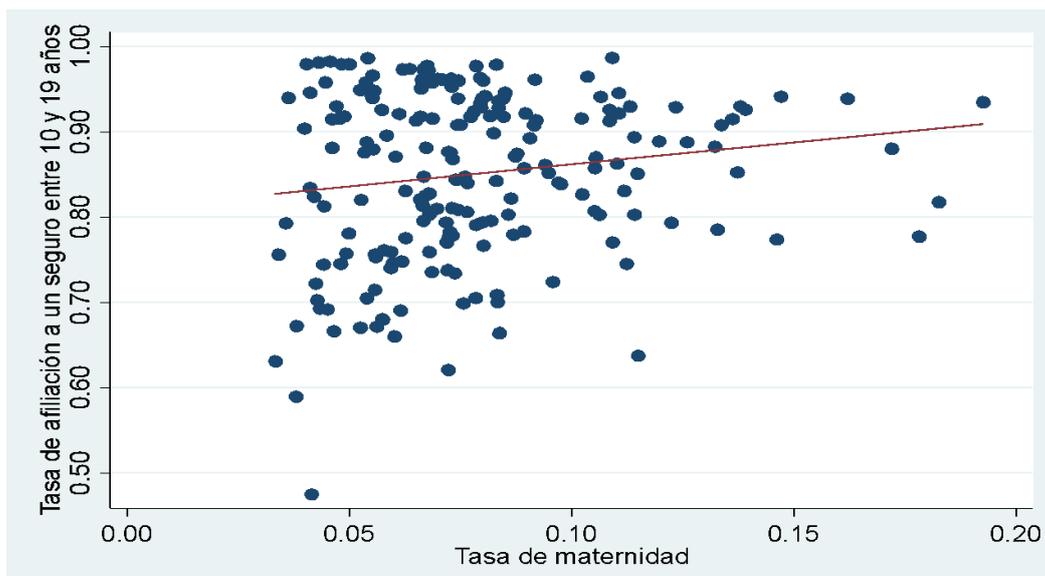
En el caso que se presentara un embarazo para la población de mujeres adolescentes, es de vital importancia que ellas cuenten con un seguro médico que les permita acceder a un centro de salud para la atención prenatal, los procedimientos del parto y cuidados respectivos. En el gráfico a continuación, se observa que una gran mayoría de las provincias tiene una tasa de afiliación de mujeres adolescentes cercana o mayor al 90%. Sin embargo, aún existe trabajo por realizar pues 52 provincias tienen tasas de afiliación menores al 80%, de las que 14 tienen una tasa menor al 70%.

Gráfico 25. Tasa de afiliación a seguro de salud entre mujeres de 10 a 19 años, según provincia



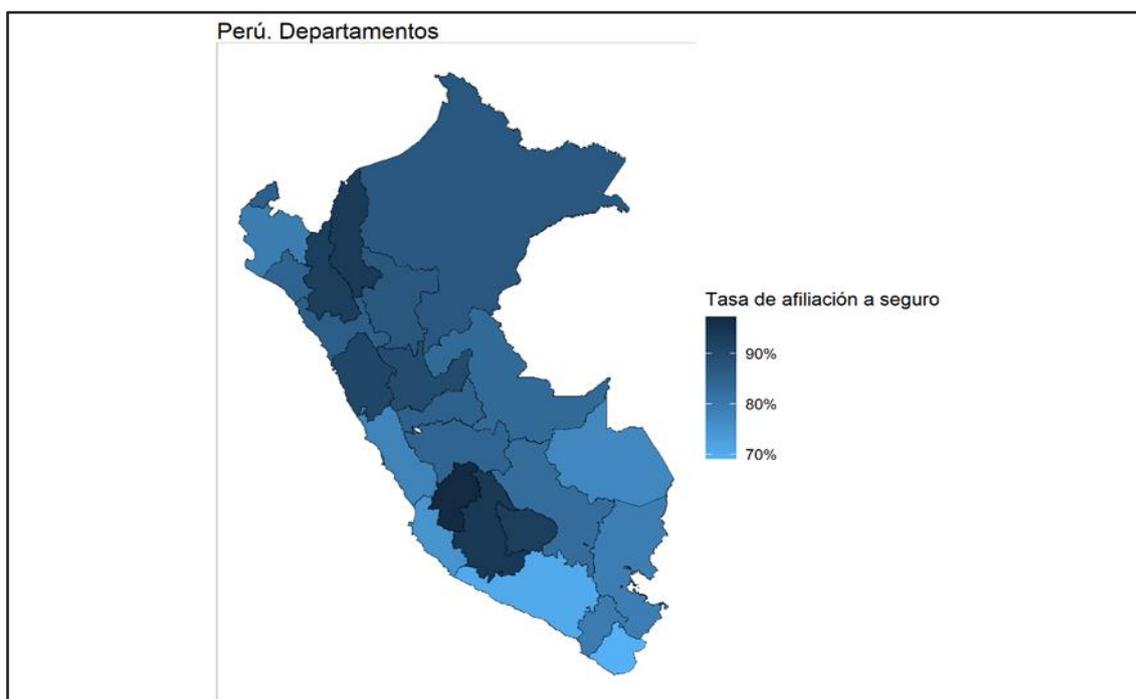
Fuente: Censo de Población y Vivienda 2017. Elaboración propia.

Gráfico 26. Dispersión entre la tasa de afiliación a un seguro en personas entre 10 y 19 años y la tasa de maternidad para mujeres entre 12 a 19 años



Fuente: Censo de Población y Vivienda 2017. Elaboración propia.

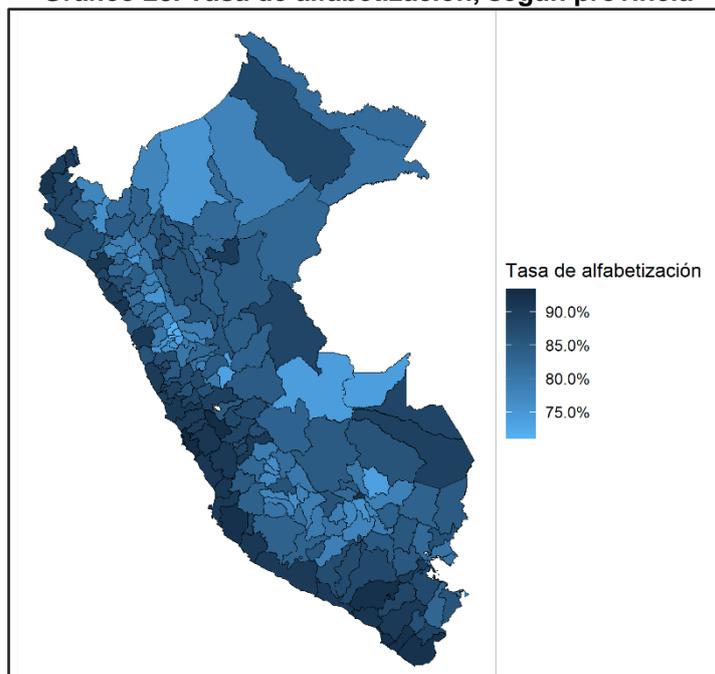
Gráfico 27. Tasa de afiliación a seguro de salud entre mujeres de 10 a 19 años, según departamento



Fuente: ENDES 2021. Elaboración propia.

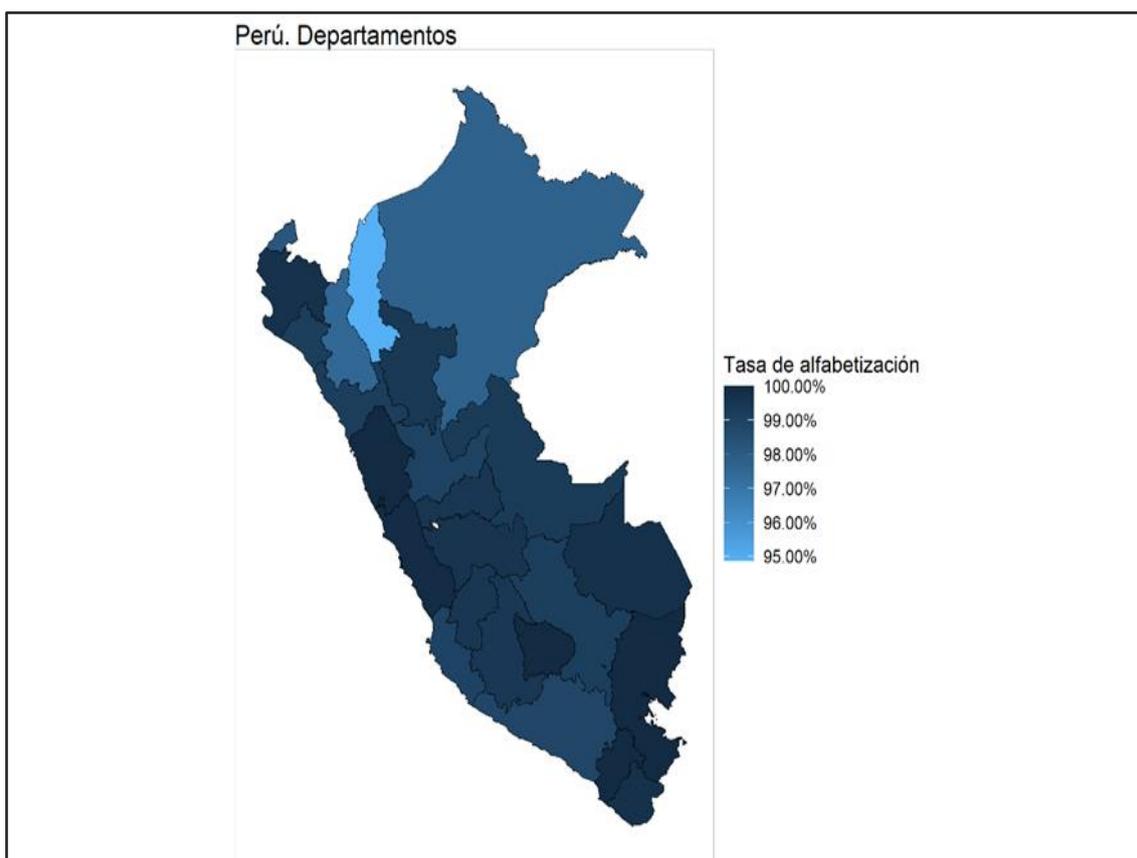
Se ha analizado, además, la relación entre las tasas de maternidad adolescente a nivel provincial y las tasas de alfabetización de su población. En primer lugar, se analizó la alfabetización para adolescentes, pero los niveles están muy cercanos al 100%. Sólo 5 provincias tienen un nivel de alfabetización menor al 97% entre adolescentes de 15 a 19 años. Por ello, se ha considerado en el análisis la tasa de alfabetización para toda la población. En general, se encuentra que la relación entre maternidad adolescente y alfabetización de la población es baja.

Gráfico 28. Tasa de alfabetización, según provincia



Fuente: Censo de Población y Vivienda 2017. Elaboración propia.

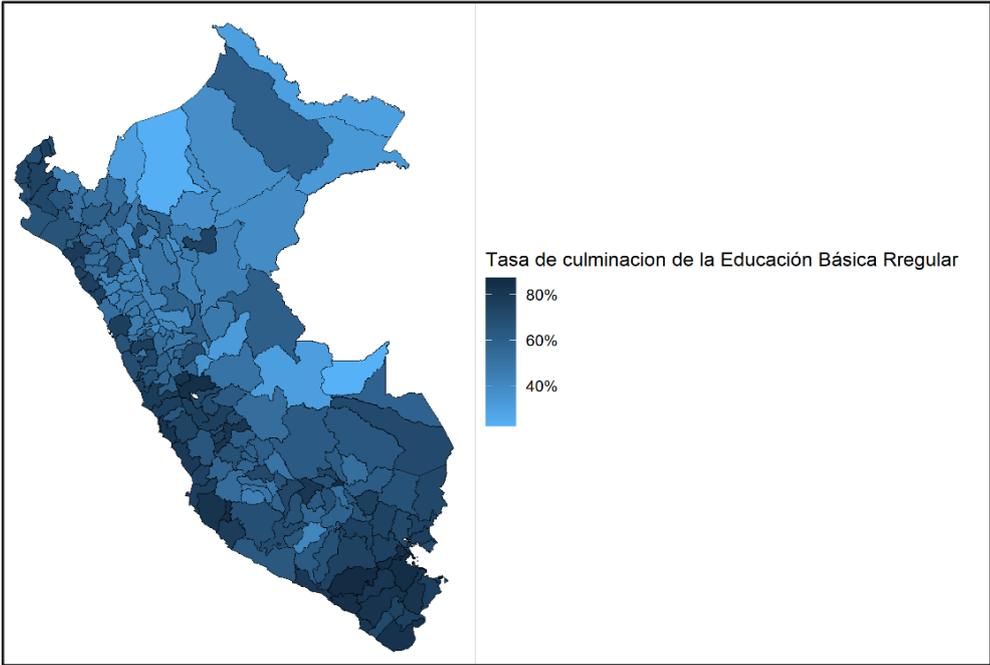
Gráfico 29. Tasa de alfabetización entre mujeres de 15 a 19 años, según departamento



Fuente: ENDES 2021. Elaboración propia.

En materia educativa, se ha analizado la tasa de culminación de la Educación Básica Regular (EBR) entre los adolescentes de 17 a 19 años. En este caso sí se han encontrado un gran número de coincidencias en las provincias que tienen altos niveles de maternidad adolescente y bajas tasas de culminación de la educación secundaria. Estas se encuentran principalmente en la zona de selva: Loreto, Ucayali, Amazonas, Huánuco, San Martín, entre otras. Esto nos indica que la maternidad adolescente y la no culminación de la educación secundaria son problemas relacionados. Sin embargo, a partir de este resultado no es posible afirmar si la maternidad adolescente es una causa del abandono escolar, o es una consecuencia de este.

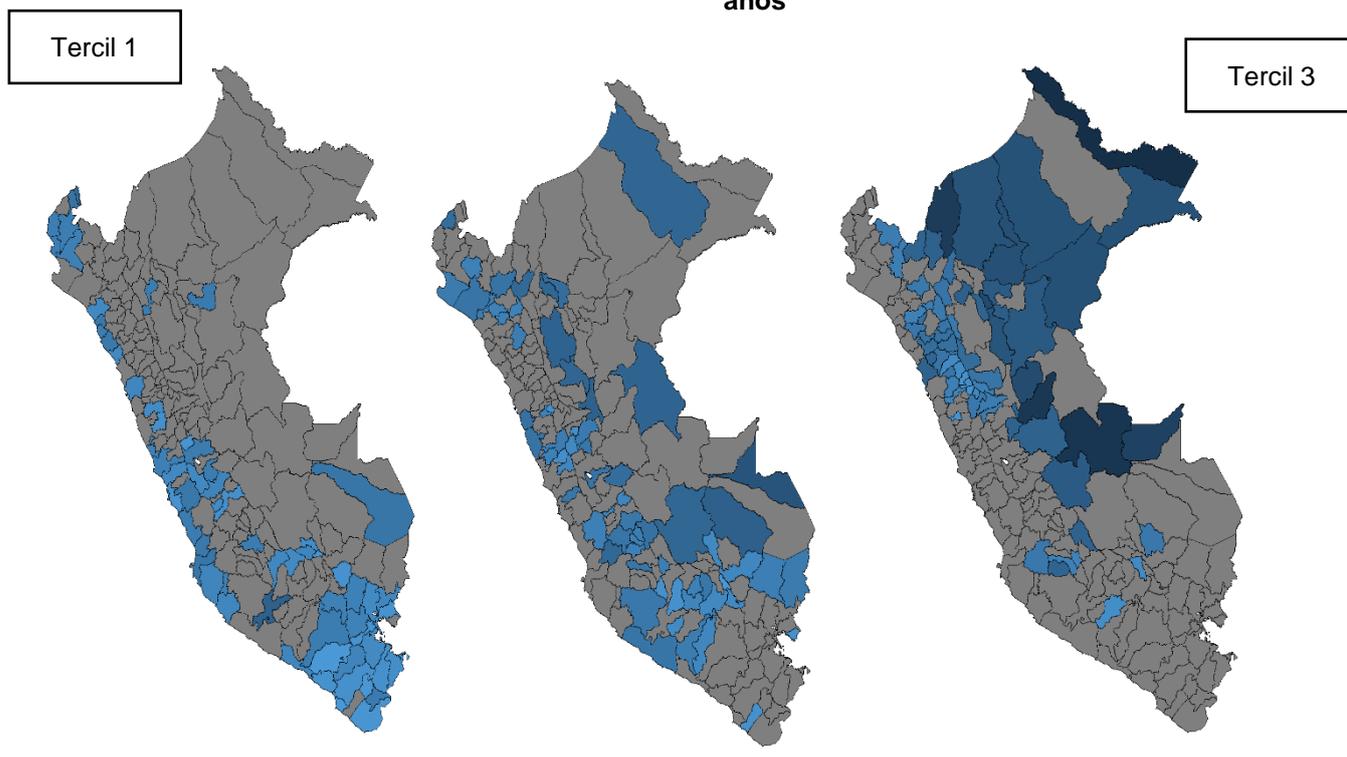
Gráfico 30. Perú, Tasa de culminación de la EBR entre adolescentes de 17 a 19 años, según provincia



Fuente: Censo de Población y Vivienda 2017. Elaboración propia.

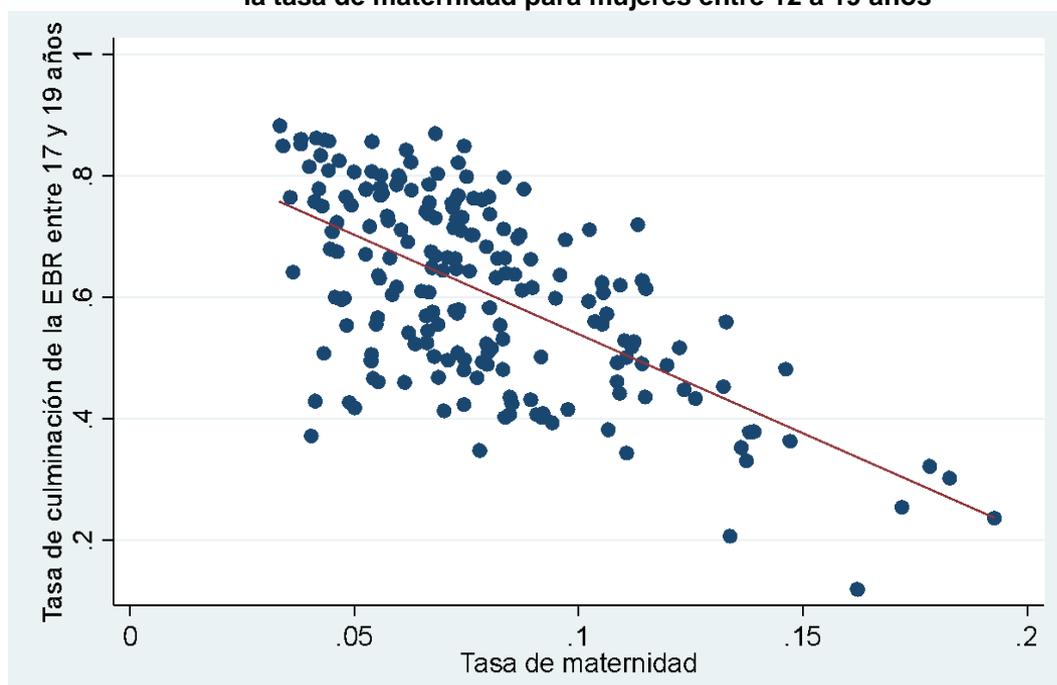
Se ha ilustrado la tasa de culminación para las adolescentes que no han tenido hijos y para las que sí. La idea es identificar si la maternidad ha significado un perjuicio en los resultados educativos de la adolescente. De acuerdo con el gráfico a continuación, se observan escalas muy similares, dado que los valores máximos y mínimos entre ambos grupos no son muy diferentes. En lo que sí se observa una diferencia es en la mayor presencia de tasas altas de culminación para las adolescentes que no han sido madres. Esto reafirma la relación entre el resultado educativo y el embarazo adolescente.

Gráfico 31. Tasa de maternidad según tercil de culminación de la EBR entre mujeres de 17 a 19 años



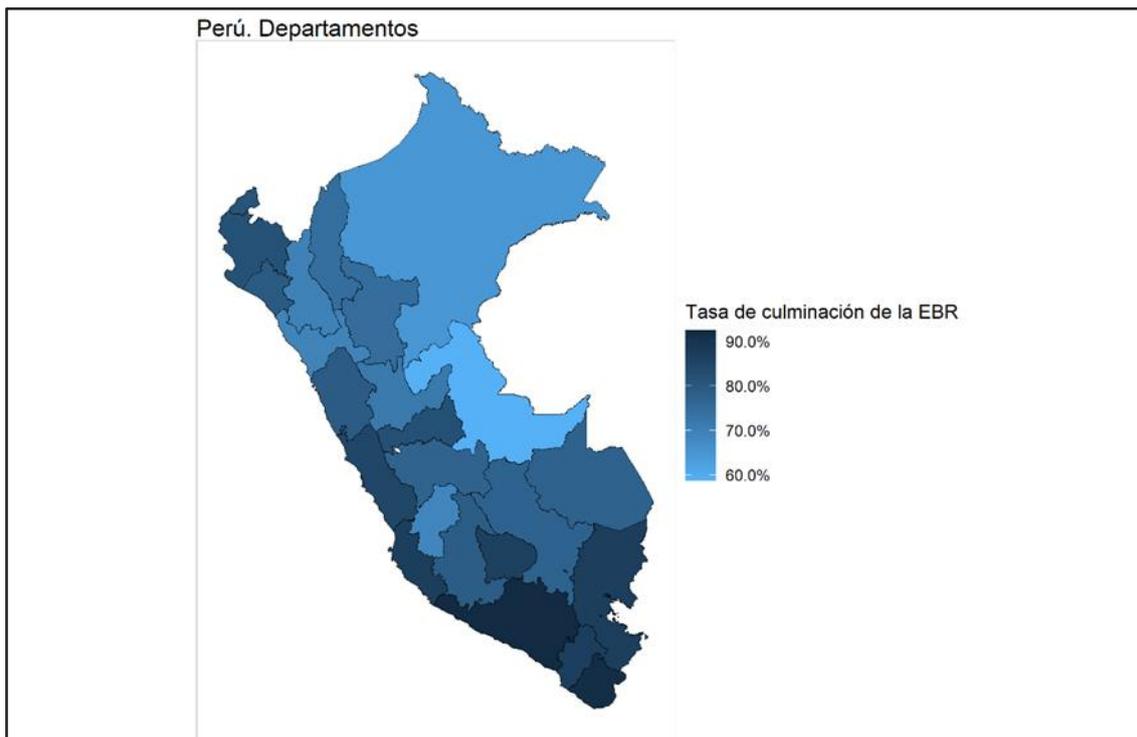
Fuente: Censo de Población y Vivienda 2017. Elaboración propia. Nota: El tercil 1 es el conjunto de provincias (65) que se ubican en el primer tercio de provincias con mayor tasa de culminación, mientras que el tercil 3 son las provincias que se ubican en el último tercio.

Gráfico 32. Dispersión entre la tasa de culminación de la EBR entre personas de 17 y 19 años y la tasa de maternidad para mujeres entre 12 a 19 años



Fuente: Censo de Población y Vivienda 2017. Elaboración propia.

Gráfico 33. Perú, Tasa de culminación de la EBR entre adolescentes de 17 a 19 años, según departamento

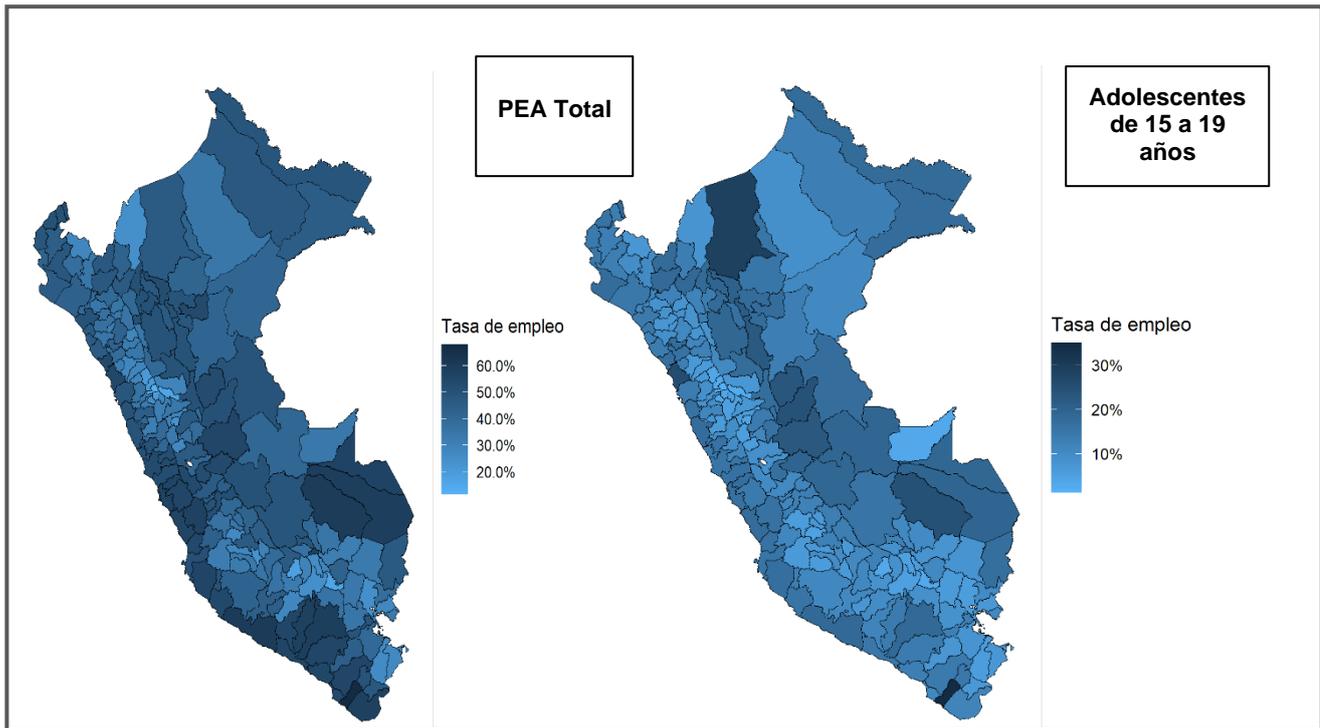


Fuente: ENDES 2021. Elaboración propia.

Otro indicador importante es la participación de la población de la provincia en el mercado laboral. En el a continuación, se observan los niveles de empleo para cada provincia. El cálculo de la tasa de empleo provincial tiene limitaciones, debido a la naturaleza del Censo de Población y Vivienda; en este solo se realizan un par de preguntas sobre la condición laboral, a diferencia de encuestas como la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG). El gráfico nos indica menores tasas de empleo en la zona sur del país, junto con algunas provincias en la Sierra Central.

Al analizar esta información para la población entre 15 a 19 años, se encuentran menores tasas, lo cual tiene sentido dado que muchos jóvenes aún tienen como prioridad la educación durante esa etapa de su vida. Sin embargo, también se muestran tasas altas en algunas provincias de Madre de Dios, Huánuco, Ucayali o San Martín, lo cual podría estar relacionado con la obligación de jóvenes que han tenido su primer hijo entre los 15 a 19 años y ahora necesitan generar ingresos para dar soporte a su nuevo hogar.

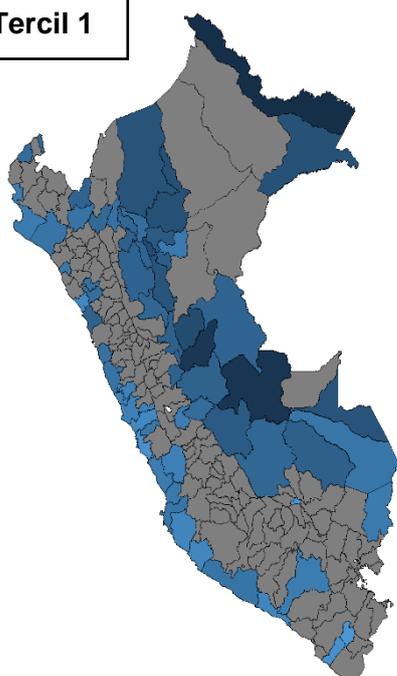
Gráfico 34. Tasa de empleo a nivel provincial



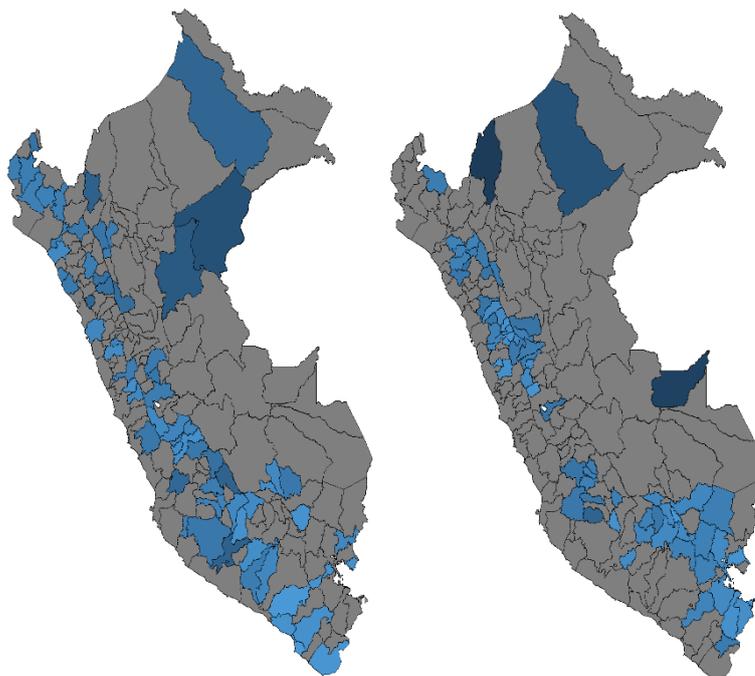
Fuente: Censo de Población y Vivienda 2017. Elaboración propia.

Gráfico 35. Tasa de maternidad según tercil de empleo entre adolescentes de 17 a 19 años

Tercil 1

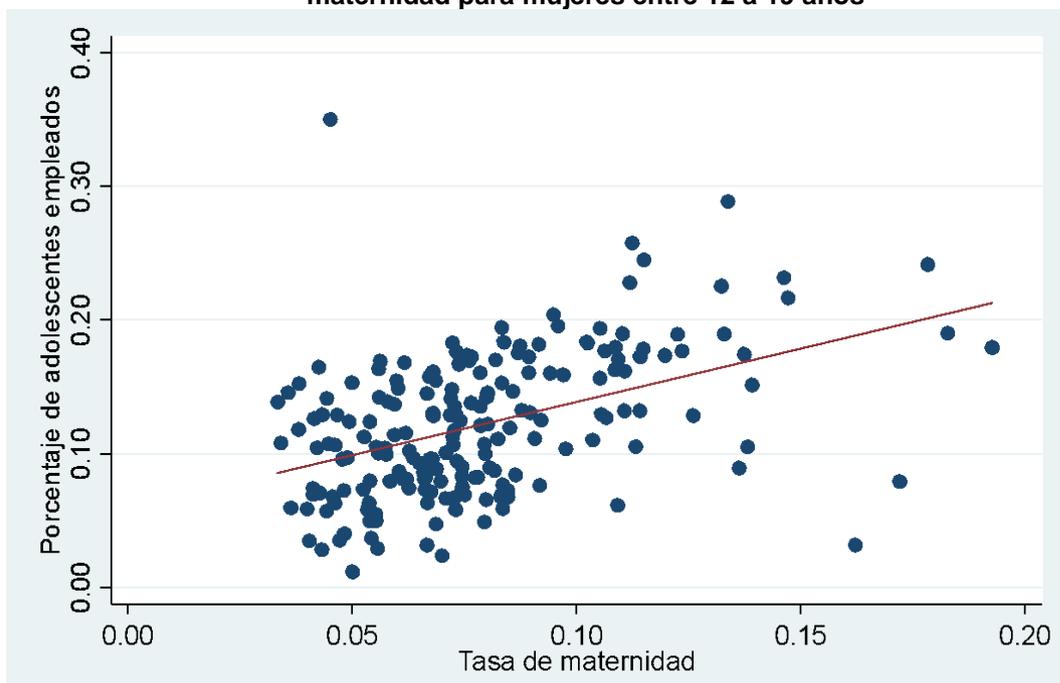


Tercil 3



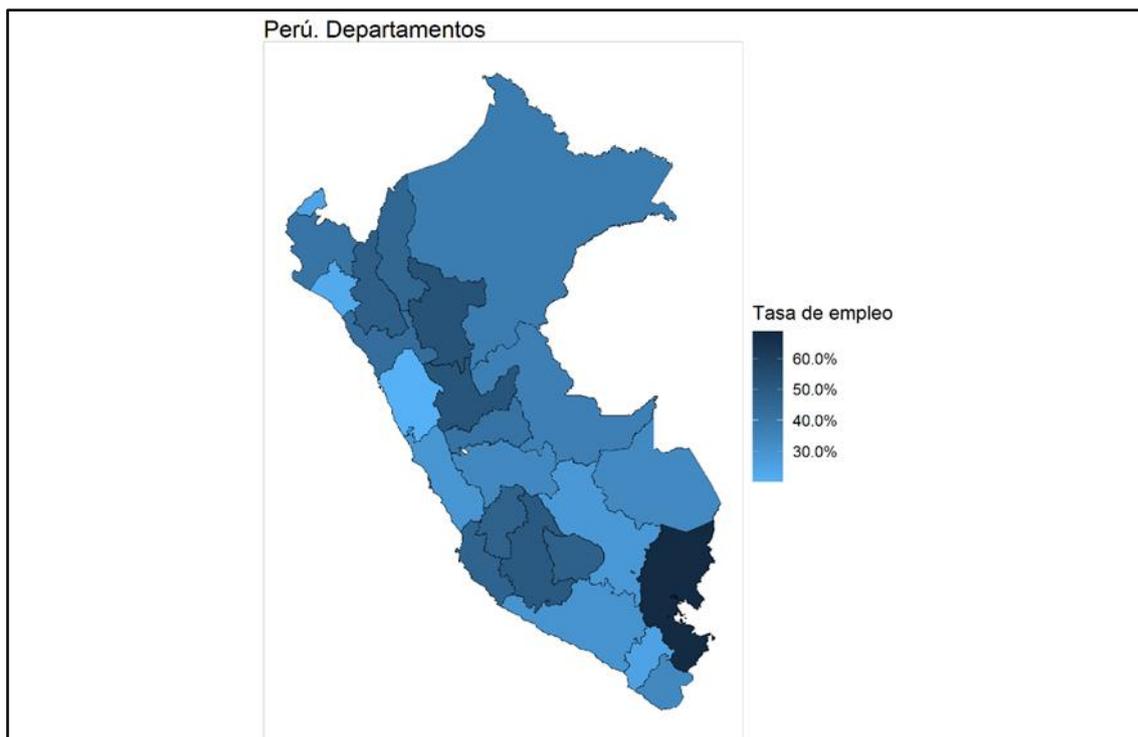
Fuente: Censo de Población y Vivienda 2017. Elaboración propia. Nota: El tercil 1 es el conjunto de provincias (65) que se ubican en el primer tercio de provincias con mayor tasa de empleo entre jóvenes de 15 a 19 años, mientras que el tercil 3 son las provincias que se ubican en el último tercio.

Gráfico 36. Dispersión entre la tasa de empleo en adolescentes entre 15 a 19 años y la tasa de maternidad para mujeres entre 12 a 19 años



Fuente: Censo de Población y Vivienda 2017. Elaboración propia.

Gráfico 37. Tasa de empleo entre mujeres de 17 a 19 años, nivel departamental



Fuente: ENDES 2021. Elaboración propia.

Por último, se realiza un análisis de la relación entre la tasa de maternidad adolescente y el acceso a servicios de salud vinculados. Desde el Sector Salud, se brinda un conjunto de servicios de consejería para los adolescentes en temas relacionados con la planificación familiar, salud sexual y reproductiva, y prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). Mediante la información disponible proveniente del MINSA ha sido posible elaborar un indicador para determinar la incidencia de estos servicios en las diferentes provincias del Perú. Para la elaboración de este indicador se consideraron todos los procedimientos de acuerdo con cada código asignado, según la tabla que se presenta a continuación:

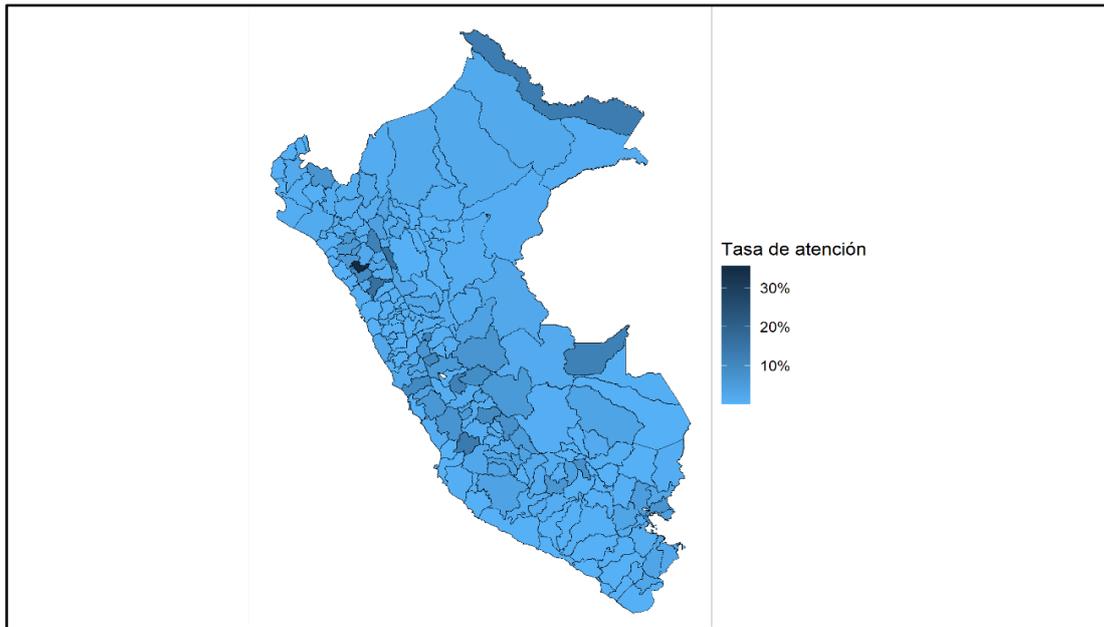
Tabla 8. Procedimientos del HIS-MINSA utilizados

Código de procedimiento	Descripción de procedimiento
99402	Consejería Planificación Familiar
99402.03	CONSEJERÍA/ORIENTACIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
99402.04	CONSEJERÍA/ORIENTACIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR
99402.05	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B

Fuente: Elaboración propia.

Luego se agregó la información a nivel de persona, para finalmente realizar una agregación a nivel de provincia. El análisis se muestra en los gráficos a continuación. De esta información se observa que, salvo en algunas excepciones, las atenciones de consejería en salud sexual y reproductiva tienen poca cobertura. Por otro lado, se observa un mejor panorama en las orientaciones tanto en planificación familiar, como en prevención de las ETS, donde las tasas de atención son más altas y tienen una relación positiva con las tasas de maternidad adolescente; es decir, que las atenciones en estos servicios son más frecuentes en las zonas con mayores tasas de maternidad adolescente.

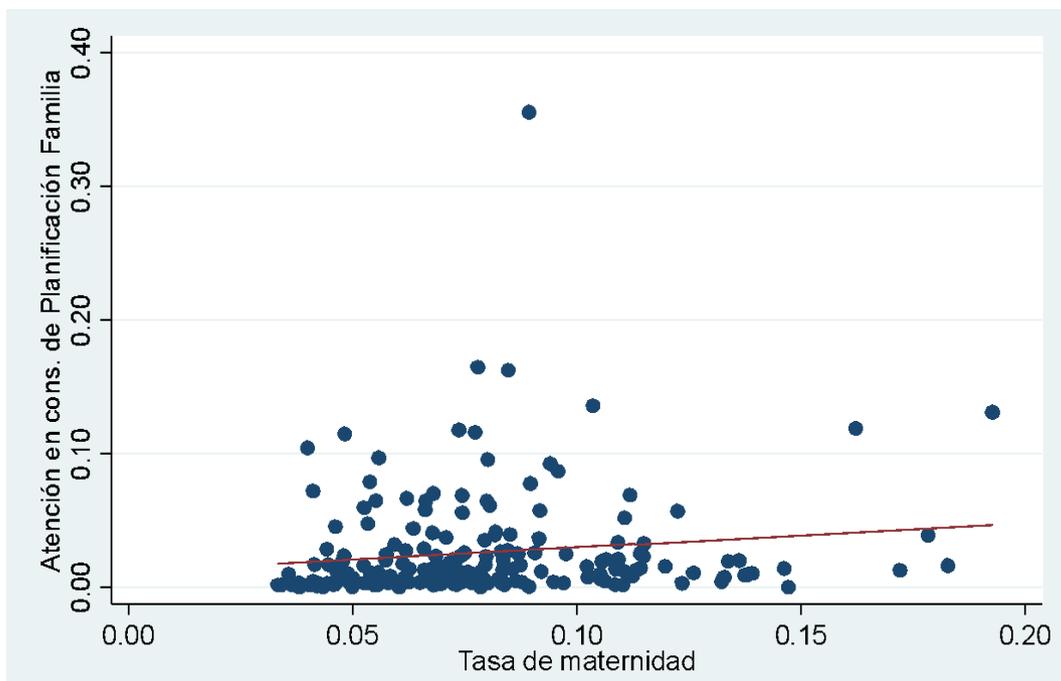
Gráfico 38. Atención en consejería de Planificación Familiar brindada por centros de salud en adolescentes mujeres entre 10 a 19 años



Fuente: HIS 2020-MINSA. Elaboración propia.

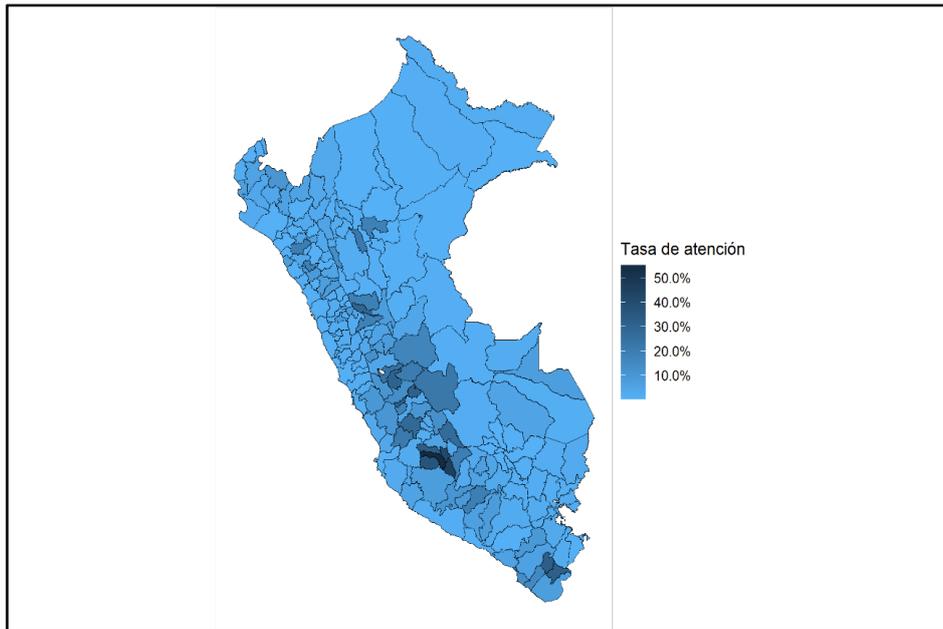
Nota: La proporción es calculada con base en la cantidad de personas que recibieron este servicio sobre una proyección de la población de la provincia según datos del Censo 2017.

Gráfico 39. Dispersión entre el porcentaje de mujeres entre 10 y 19 años que recibieron atención en consejería de Planificación Familiar y la tasa de maternidad para mujeres entre 12 a 19 años



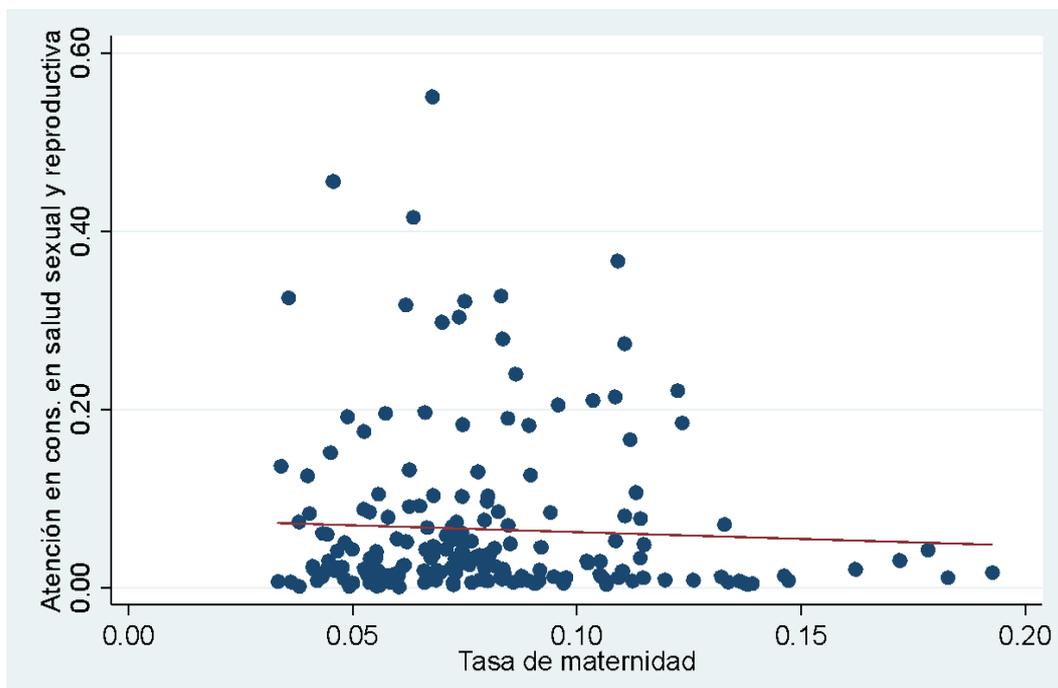
Fuente: HIS 2020-MINSA, Censo de Población y Vivienda 2017. Elaboración propia.

Gráfico 40. Atención en consejería de salud sexual y reproductiva brindada por centros de salud en adolescentes mujeres entre 10 a 19 años



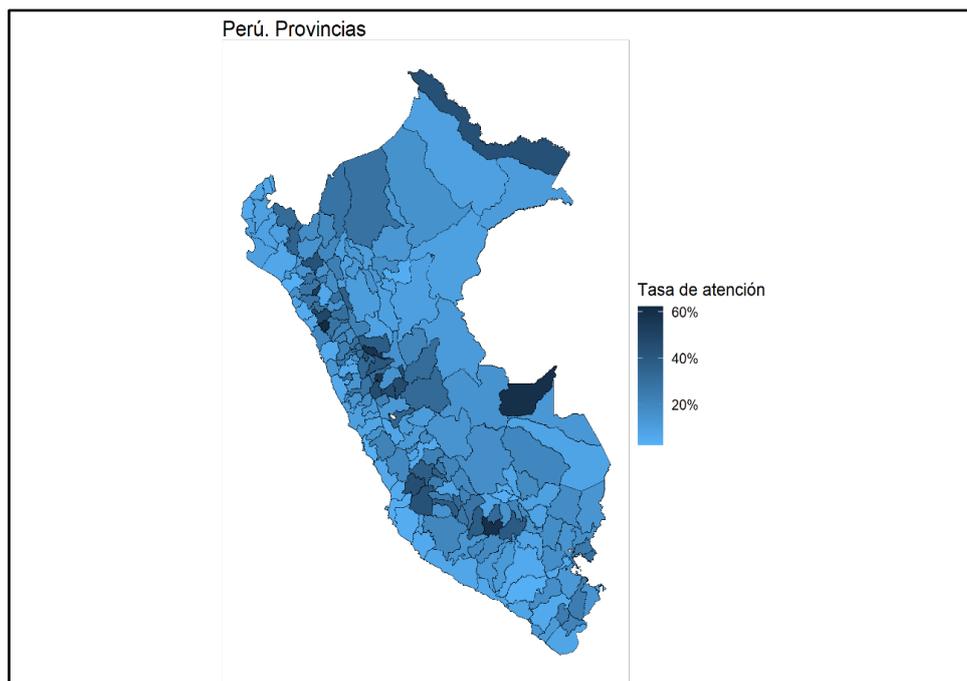
Fuente: HIS 2020-MINSA. Elaboración propia.
Nota: La proporción es calculada con base en la cantidad de personas que recibieron este servicio sobre una proyección de la población de la provincia según datos del Censo 2017.

Gráfico 41. Dispersión entre el porcentaje de mujeres entre 10 y 19 años que recibieron atención en consejería de salud sexual y reproductiva y la tasa de maternidad para mujeres entre 12 a 19 años



Fuente: HIS 2020-MINSA, Censo de Población y Vivienda 2017. Elaboración propia.

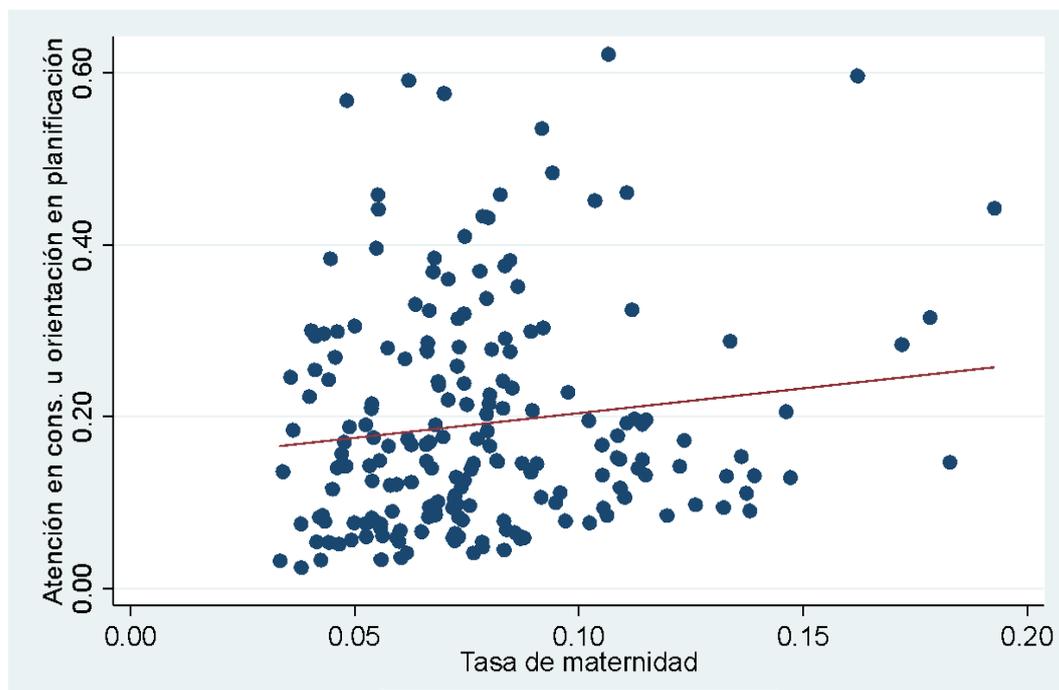
Gráfico 42. Atención en consejería u orientación de planificación familiar brindada por centros de salud en adolescentes mujeres entre 10 a 19 años



Fuente: HIS 2020-MINSA. Elaboración propia.

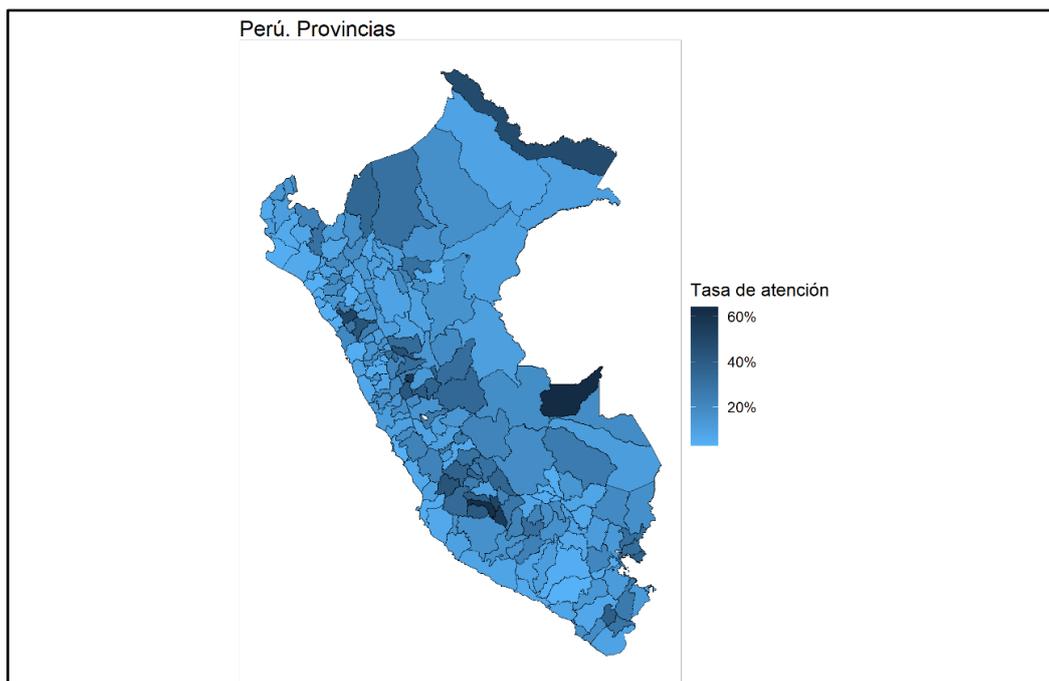
Nota: La proporción es calculada con base en la cantidad de personas que recibieron este servicio sobre una proyección de la población de la provincia según datos del Censo 2017

Gráfico 43. Dispersión entre el porcentaje de mujeres entre 10 y 19 años que recibieron atención en consejería u orientación de planificación familiar y la tasa de maternidad para mujeres entre 12 a 19 años



Fuente: HIS 2020-MINSA, Censo de Población y Vivienda 2017. Elaboración propia.

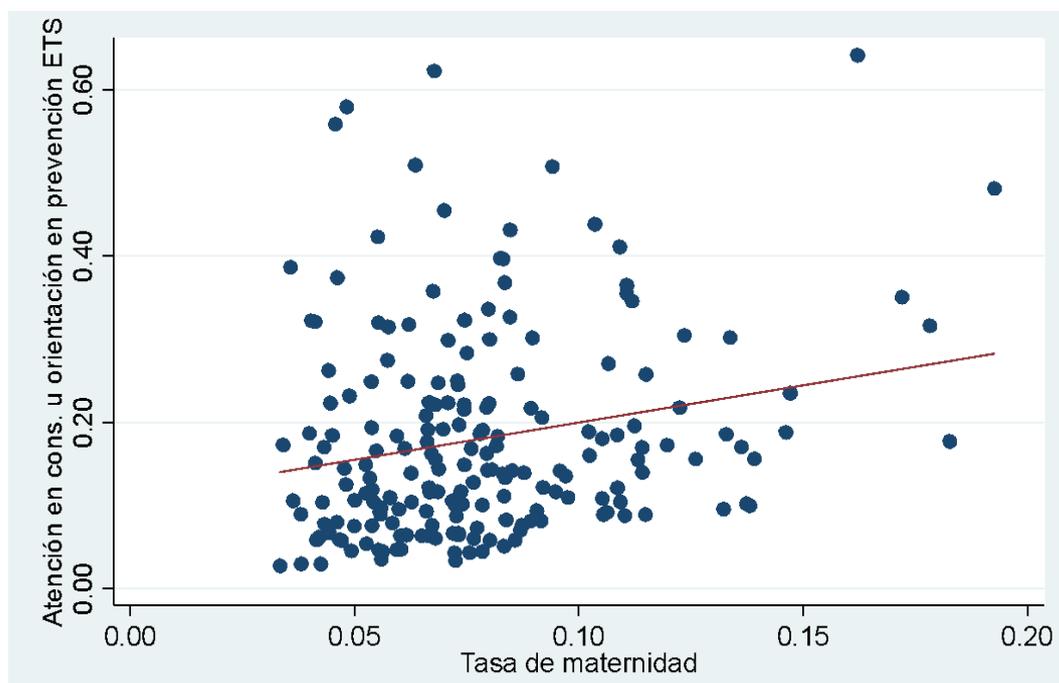
Gráfico 44. Atención en consejería u orientación de prevención de ETS brindada por centros de salud en adolescentes mujeres entre 10 a 19 años



Fuente: HIS 2020-MINSA. Elaboración propia.

Nota: La proporción es calculada con base en la cantidad de personas que recibieron este servicio sobre una proyección de la población de la provincia según datos del Censo 2017.

Gráfico 45. Dispersión entre el porcentaje de mujeres entre 10 y 19 años que recibieron atención en consejería u orientación de prevención de ETS y la tasa de maternidad para mujeres entre 12 a 19 años



Fuente: HIS 2020-MINSA, Censo de Población y Vivienda 2017. Elaboración propia.

A manera de síntesis, a partir de las diferentes variables analizadas en la presente sección se destacan los siguientes hallazgos sobre el embarazo adolescente:

- Se ha producido una reducción en la incidencia tanto de la maternidad adolescente como del embarazo adolescente en todas las regiones del país. La región con mayor incidencia en ambas variables vio una reducción de 15 y 1 puntos porcentuales, respectivamente.
- La tasa de actividad sexual no ha mostrado muchas variaciones, por lo que se desprende que las acciones que hayan provocado la reducción del embarazo y maternidad adolescente no estarían vinculadas con la reducción de la actividad sexual.
- Si bien existen estudios que señalan la relación entre la lengua materna y el embarazo adolescente, en el análisis de datos del 2021 y 2017 no se ha identificado una relación fuerte entre ambas variables.
- Al realizar un análisis provincial, se observa una mayor incidencia de maternidad adolescente en zonas de la selva.
- Se observa una relación negativa y marcada entre la culminación de la Educación Básica Regular y la maternidad adolescente.
- Asimismo, se observa un ligero mayor porcentaje de adolescentes entre 17 y 19 años en las provincias que tienen mayor incidencia de maternidad adolescente.
- Se encuentran ligeras relaciones positivas entre las atenciones de consejería y orientación de planificación familiar o prevención de ETS y la maternidad adolescente.

6. Identificación y descripción de las intervenciones más efectivas para la prevención del embarazo adolescente, a la luz de la evidencia

Existen distintos tipos de intervención para prevenir o reducir el embarazo adolescente. Según **Oringanje y colaboradores** (2016) las intervenciones diseñadas para reducir el embarazo adolescente parecen ser más efectivas cuando se utiliza un enfoque de intervenciones múltiples, ya que el problema tiene múltiples causas y es multidimensional. Así, las intervenciones no solo deben centrarse en los factores sexuales y las consecuencias relacionadas, sino que también deben incluir factores no-sexuales como la capacitación en habilidades y desarrollo personal. Además, mencionan que las partes interesadas, incluidas las adolescentes embarazadas, los padres, el sector salud, las escuelas y las iglesias, deben trabajar juntos para diseñar programas que sean prácticos, basados en evidencia, culturalmente apropiados y aceptables para la población objetivo.

Según estos autores, algunas intervenciones se enfocan principalmente en cambiar los factores psicosociales de riesgo y protección que involucran la sexualidad; mencionan como una de ellas a *Safer Choices* que mejora el conocimiento de los adolescentes sobre los riesgos y las consecuencias del embarazo y las ETS, los valores y las actitudes con respecto al sexo y la anticoncepción, auto-eficacia (capacidad de decir “no” al sexo no deseado), uso consistente de anticonceptivos, incluidos los condones, y sus intenciones con respecto a los comportamientos sexuales. Algunas intervenciones promueven la abstinencia solamente, y otras presuponen un enfoque de educación en el que también se incluyen prácticas sexuales más seguras. Los programas de educación sexual y ETS/VIH para padres y adolescentes buscan mejorar la comunicación entre padres e hijos con respecto a la salud sexual y la sexualidad. Los protocolos clínicos y los programas uno a uno (*one-on-one*) promueven prácticas que proveen anticipadamente suministros de anticonceptivos de emergencia para adolescentes de alto riesgo, además de brindar asesoramiento sobre salud a hombres jóvenes. Los autores indican que, otras intervenciones, como los emprendimientos de desarrollo juvenil, se enfocan en factores no sexuales, que tienen como objetivo generar valores positivos en los adolescentes, inspirar esperanza para el futuro, mejorar el desempeño en la escuela y fortalecer las relaciones familiares; también buscan reducir conductas de riesgo como el abuso de sustancias y la violencia; y promueven programas de aprendizaje en

servicio que proveen oportunidades de servicio voluntario en la comunidad que son supervisados, así como oportunidades de tutoría en el desarrollo de habilidades.

En lo que resta de esta sección, a partir de los resultados de la búsqueda mostrados en la sección previa, se describen sintéticamente las intervenciones identificadas como más efectivas para la prevención del embarazo adolescente. Resulta importante mencionar que, si bien se ha hecho una búsqueda rigurosa de estudios que den cuenta de los resultados de intervenciones enfocadas en la reducción del embarazo adolescente, en general estos solo han logrado demostrar impacto a nivel de indicadores aproximados, tales como conocimiento de anticoncepción, uso de MAC, retraso de las relaciones sexuales, entre otros. Esto, probablemente, debido al hecho de que las intervenciones no duran lo suficiente como para demostrar reducción del embarazo en sí, sobre todo considerando que la actual definición de adolescencia va desde los 10 años hasta los 19 años.

En ese sentido, es importante interpretar con cuidado los datos que se muestran a continuación, ya que, si bien podrían no mostrar los resultados esperados, ello no significa que no puedan ser intervenciones prometedoras y que deben ser valoradas tomando en cuenta el contexto nacional y, sobre todo, su vinculación con los factores que se asocian a la ocurrencia del embarazo adolescente en el país.

Evidencia sobre aumentar el uso de métodos anticonceptivos (MAC)

Los objetivos principales a los que se orientan las intervenciones en esta línea fueron los de a) educar a las y los adolescentes sobre el uso de anticonceptivos y b) posibilitar a las adolescentes el acceso a los servicios de anticoncepción. En este sentido, **Rodríguez-Ribas** (revisión sistemática de intervenciones contra el embarazo adolescente en Latinoamérica), identificó 2 intervenciones educativas que tenían como objetivo el uso de MAC. En estos se reportaba un mayor uso de MAC en la primera relación sexual y en contactos sexuales con parejas ocasionales en los participantes intervenidos. Pese a ello, no encontraron efectos en la edad de la primera relación sexual ni sobre la frecuencia de actividad sexual. Por otra parte, **Rodríguez-Ribas** también identificó 2 intervenciones relacionadas a políticas en salud asociadas a acceso a servicios de salud, MAC, y prevención de VIH. Pese a que en ambas se observó una reducción en el embarazo adolescente, en ninguna se pudo relacionar esta reducción a la aplicación de la intervención.

Una de las intervenciones más relevantes al respecto fue el estudio CERCA (Community-embedded Reproductive Health Care for Adolescents) desarrollado por la Universidad de Gent (Bélgica) en colaboración con entidades de Bolivia, Ecuador, Países Bajos y Nicaragua. CERCA tenía como objetivo “reducir los embarazos en adolescentes mejorando la comunicación de los adolescentes con sus padres, parejas y compañeros sobre temas de salud sexual y reproductiva (SSR), el acceso a información precisa sobre SSR, el uso de servicios de SSR en entornos de salud primaria y el uso de anticonceptivos modernos”. CERCA fue implementada entre el 2011 y el 2013 en 3 ciudades de Latinoamérica: Managua (Nicaragua), Cochabamba (Bolivia) y Cuenca (Ecuador); en el primero la población intervenida fue seleccionada de distritos urbanos de la ciudad, mientras que en Cochabamba y Cuenca fue seleccionada de colegios secundarios.

Degomme y colaboradores (2014) reportaron, como parte del informe final de CERCA, que no se había podido demostrar un impacto de la intervención en cuanto al uso de MAC por parte de los adolescentes. Pese a ello, tanto los adolescentes como padres y educadores manifestaron luego de la intervención un mayor interés en recibir capacitaciones sobre SSR. En este sentido, **Nelson y colaboradores (2014)** presentaron un estudio etnográfico sobre el estudio CERCA, en el que encontraron que las creencias de cada comunidad sobre lo que se puede y no se puede hablar sobre sexo podría haber afectado la obtención de resultados positivos de la intervención. Finalmente, **Ivanova y colaboradores** realizó una evaluación post-hoc de CERCA con el objetivo de obtener lecciones para futuras intervenciones. Encontraron que la falta de resultados positivos se pudo deber a la falta de evaluaciones piloto

de las actividades previas a ser ejecutadas en cada país intervenido, debido a que esto generó que haya modificaciones de estas durante la aplicación de la intervención. Es probable que esto también este asociado a la importante tasa de abandono que presentó la intervención.

Congruente con lo encontrado en el estudio CERCA, **Tebbets y Redwine**, en el 2013, implementaron el programa “Youth Peer Provider (YPP)” en Nicaragua y Ecuador. YPP consistía en proveer información sobre SSR y acceso a MAC a los adolescentes por parte de líderes comunales menores de 20 años capacitados en estos temas y supervisados por profesionales de la salud. Entre los participantes del programa, un 98% de aquellos que manifestaban no desear tener un hijo en ese momento continuaban usando preservativos aún 5 años después de haber ingresado a YPP. En cuanto a los resultados cualitativos, se encontró que los participantes de YPP contaban con mejores habilidades de comunicación y toma de decisiones en temas de SSR, más interés en el colegio, entre otros resultados.

Otra intervención referente de esta línea es COMPAS. COMPAS (Competencias para adolescentes con una sexualidad saludable) es una intervención basada en la escuela que busca promover la salud sexual y reducir las conductas sexuales de riesgo. COMPAS se enfoca en los siguientes contenidos: a) auto cuidado (información sobre ITS, VIH, educación sexual, MAC), b) habilidades para la resolución de problemas (toma de decisiones en el campo sexual, prácticas de sexo seguro, etc.), y c) habilidades de comunicación de pareja (entrenamiento en negociación o uso de comunicación efectiva con la pareja).

En su versión original, COMPAS logró promover la salud sexual y reducir los comportamientos sexuales de riesgo (inicio temprano de las relaciones sexuales y sexo no seguro), en el corto plazo, a los 12 y 24 meses. **Morales y colaboradores**, en el 2019, presentaron una adaptación de esta intervención al contexto colombiano. Si bien este artículo no se enfoca en el impacto de la intervención, su importancia está en la metodología que se despliega para la adaptación cultural de la intervención (proceso de adaptación cultural sistemático) y las recomendaciones a tomar en cuenta para adaptar otras intervenciones al contexto de un país latinoamericano, como el nuestro. Entre los principales hallazgos de este estudio se identifican componentes que deben ser tomados en cuenta al momento de adaptar una intervención educativa sobre SSR como esta: a) participación de los padres, b) capacitaciones sobre el uso del condón femenino, c) información sobre los lugares donde puede tomarse pruebas de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en su localidad, d) indicaciones sobre qué hacer si una prueba sale positiva, e) participación de jóvenes como facilitadores durante el proceso de implementación.

Evidencia de intervenciones educativas sobre la sexualidad

La evidencia respecto al impacto de las intervenciones educativas en la reducción del embarazo adolescente es contradictoria. **Mason-Jones y colaboradores** en su metaanálisis del 2016 no encontraron efecto de las intervenciones educativas sobre sexualidad en la disminución del embarazo adolescente (RR=0.99; IC95: 0.84 a 1.16; en tres ensayos clínicos aleatorizados; con 8280 participantes; evidencia de moderada certeza).

Esta evidencia se fortalece con lo reportado por **Rodriguez-Ribas**, que en una revisión sistemática no encontraron evidencia de cambio duradero en el comportamiento de los adolescentes tras intervenciones de educación sexual y reproductiva en escuelas secundarias de cuatro países de Latinoamérica (Brasil, Chile, Jamaica y México).

Si bien **Oringanje y colaboradores** (2016) muestran que es poco probable que las intervenciones educativas retrasen significativamente el inicio de las relaciones sexuales entre los adolescentes en comparación con los controles (RR 0,95; IC del 95%: 0,71 a 1,27; dos estudios, 672 participantes, evidencia de baja calidad); también muestran que las intervenciones educativas pueden potenciarse cuando se brindan juntamente con otras. Los resultados mostraron que intervenciones multicomponente (combinación de intervenciones educativas y de promoción de anticonceptivos) redujeron significativamente el riesgo de

embarazo no deseado entre adolescentes (RR 0,66, IC del 95 %: 0,50 a 0,87; no fue estadísticamente significativo a partir de ensayos grupales, evidencia de calidad moderada). En este mismo estudio, la evidencia sobre los posibles efectos de las intervenciones multicomponente sobre resultados secundarios (inicio de relaciones sexuales, uso de métodos anticonceptivos, aborto, parto, enfermedades de transmisión sexual) no fue concluyente.

Por otra parte, **Kaplan y colaboradores (2015)**, que aplicaron una intervención combinada de clases de educación sexual, campañas de salud para las adolescentes y la creación de una liga de fútbol de verano para mujeres (Programa GenNext), encontró un efecto positivo de esta intervención en la reducción del riesgo de embarazo adolescente (HR=0,893; CI95%: 0,802 a 0,994). Este efecto fue mayor en aquellas adolescentes que recibieron ambos componentes de la intervención (HR = 0,631; IC95%: 0,558 a 0,714).

Similar fue lo reportado por **Bull y colaboradores (2016)** en Estados Unidos con el programa Youth All Engaged! (YAE!). El programa YAE! combinaba sesiones educativas junto a servicio comunitario y un programa de mensajes de texto que eran enviados a los participantes para reforzar el contenido impartido. Pese a que no se encontraron efectos significativos en la población general, el programa YAE! reportó una reducción del riesgo de embarazo adolescente en la población hispana que recibió la intervención educativa más los mensajes de texto en comparación a aquellas que solo recibieron charlas de educación sexual (p=0.02).

Otras experiencias como la de **LaChausse** (programa Positive Prevention PLUS, 2016) en Estados Unidos; **Gomez y colaboradores** (charlas educativas, 2017) y **Hernandez-Millán y colaboradores** (intervención psicoeducativa, 2015) en Cuba; o **Taylor y colaboradores** (programa de prevención de embarazo adolescente, 2014) en Sudáfrica reportaron resultados a corto plazo positivos de las intervenciones educativas en los conocimientos y actitudes de los adolescentes. Pese a ello, como ya vimos en la sección anterior, es necesaria una evaluación a largo plazo de las prácticas para poder determinar el verdadero impacto que estas intervenciones han tenido.

Evidencia de transferencias monetarias condicionadas (TMC) como mecanismo mantener a las niñas en la escuela

El principal objetivo al que apuntaban las intervenciones en esta línea fue la permanencia de las niñas en la escuela. Un metaanálisis del 2016, elaborado por **Mason-Jones y colaboradores**, que evaluaba el impacto de intervenciones educativas en la prevención de VIH, infecciones de transmisión sexual y embarazo adolescente, halló que aquellas intervenciones que promovían la permanencia escolar mediante transferencias monetarias condicionadas (TMC) conseguían reducir el riesgo de embarazo entre las adolescentes intervenidas (RR=0.76, IC95%: 0.58 a 0.99; en dos ensayos clínicos aleatorizados; con 4200 participantes; y evidencia de baja certeza). En el mismo sentido, **Rodríguez-Ribas** en el 2021, realizó una revisión sistemática sobre intervenciones contra el embarazo adolescente en América Latina y el Caribe, en la que incluyó 30 intervenciones. Entre ellas, nueve intervenciones se basaban en TMC asociada a la permanencia en la escuela.

Una variante de este tipo de intervenciones es la planteada por **Dupas y colaboradores** en adolescentes de Ghana (2015). Ellos no entregaban directamente el dinero al adolescente o su familia, sino que se encargaban de cubrir los costos de educación de los últimos años de secundaria (matrículas y mensualidades) del adolescente. Esta intervención logró reducir en 7 puntos porcentuales la ocurrencia de embarazos y embarazos no deseados entre las adolescentes que recibieron las becas en comparación a aquellas que no fueron beneficiarias.

Uno de los elementos más importantes a tomarse en cuenta al evaluar estas intervenciones es que el impacto de estas va a variar dependiendo del nivel de pobreza de las beneficiarias y las metas que condicionen la entrega del beneficio: se encontró que hubo un mayor impacto de la intervención en las zonas con mayor pobreza y con aquellas intervenciones que

condicionaban la entrega de la transferencia al desempeño escolar y no solo a la asistencia a la escuela. En ese mismo sentido, **Baird y colaboradores (2015)** sugieren que el impacto a largo plazo de las intervenciones de TMC solo puede lograrse si se consigue mejorar de forma duradera indicadores del capital humano.

Evidencia sobre reducir las relaciones sexuales bajo coacción

En esta línea, los principales objetivos abordados por las intervenciones fueron a) empoderar a las niñas para que se resistan a las relaciones sexuales forzadas y b) invitar a los varones a cuestionar las normas y prácticas de género.

Bonell y colaboradores, implementaron en Gran Bretaña en el año 2013 el programa “Teen Outreach” (divulgación para adolescentes). La intervención estaba compuesta por un componente de voluntariado en una guardería en la que las adolescentes cumplían el rol de niñeras de un niño menor de 5 años durante sesiones de 90 minutos, y un componente de consejería en la que las adolescentes junto a un facilitador exploraban tópicos de habilidades sociales, alfabetización emocional, educación en SSR, entre otros. Pese a ello, el estudio no halló efecto de la intervención en la reducción del embarazo adolescente.

Intervenciones para prevenir el embarazo adolescente en el Perú

En el 2016, **el subgrupo de prevención del embarazo adolescente**, que es parte del equipo de seguimiento concertado a las políticas de salud de la Mesa de concertación para la lucha contra la pobreza, evaluó el estado de las políticas nacionales contra el embarazo adolescente. Este grupo encontró que, en cuanto a acceso a MAC, entre el 2009 y el 2014 hubo un aumento en el porcentaje de servicios de salud diferenciados para adolescentes (Espacios dentro de la red de centros de salud nacional que brindan atención diferenciada para adolescentes entre los 12 y los 17 años, tanto en espacio como en tiempo). Además, en cuanto a educación sexual y reproductiva, en el año 2016 se incorporó la Educación Sexual Integral (Esquema de capacitaciones sobre salud sexual y reproductiva que se integra dentro de las áreas de personal social y desarrollo personal, ciudadanía y cívica y las horas de tutoría) al currículo Nacional. Finalmente, en cuanto a reducción de relaciones sexuales bajo coacción, se implementaron los Centros de Desarrollo Integral de la Familia (CEDIF) y los Centros de Atención Residencial (CAR).

Pese a que no se reportan estudios específicos que hayan evaluado el impacto de estas intervenciones, los autores presentan algunos datos administrativos que podrían servir como aproximaciones al efecto que estos han generado en el país. En el periodo 2009 - 2014 no se observa un aumento significativo del uso de MAC entre mujeres adolescentes sexualmente activas. En educación, entre el 2007 y el 2014 la tasa de culminación escolar en adolescentes de 17 a 18 años subió 8 puntos porcentuales. Pese a ello, 4 de cada 5 adolescentes embarazadas abandonó la secundaria. Finalmente, en cuanto a prevención de relaciones sexuales bajo coacción, en 2015, los CEDIF capacitaron a 416 adolescentes y 469 padres de familia sobre prevención del embarazo adolescente, mientras que, los centros de atención residencial capacitaron a 24 adolescentes en Loreto sobre salud sexual y reproductiva.

Por otra parte, **Motta y colaboradores**, en el 2017, evaluaron la percepción del ESI por parte de los escolares y docentes. En su estudio hallaron que el 92% de estudiantes considera que la ESI ha sido útil o muy útil en sus vidas. Pese a ello, respecto al nivel de integralidad de la educación sexual, solo el 9% de estudiantes recibió instrucción en los 18 temas que correspondería a una educación sexual integral. Los temas menos enseñados eran a) anticoncepción y embarazo no deseado, b) valores y habilidades interpersonales, y c) prevención del VIH/ITS. Esta falta de enseñanza se explica en parte por la poca capacitación y materiales de los que disponen los docentes de ESI que mencionaron en su mayoría requerir más apoyo para brindar una mejor educación a los adolescentes.

Luego de la revisión, la evidencia consultada sugiere que las intervenciones de transferencias monetarias condicionadas orientadas a la obtención de objetivos escolares son las que presentan mayor efectividad en cuanto al retraso del embarazo adolescente (nivel de evidencia A1). Factores como el nivel de pobreza y objetivos escolares enfocados en el desempeño mejoran el efecto (nivel de evidencia A3). Pese a que la evidencia aún es contradictoria, la mayoría de evidencia apunta a que las intervenciones educativas por sí solas no generan impacto en la prevención del embarazo adolescente (nivel de evidencia A1), pese a ello, intervenciones educativas, las cuales deben incluir un fuerte componente de desarrollo personal y elaboración de plan de vida, combinadas con otras intervenciones, tales como la entrega de MAC; pueden generar beneficios (nivel de evidencia A1), aunque en algunos casos estos son pequeños o no llegan a ser evidenciados (nivel de evidencia A3). En cuanto al uso de MAC y prevención de relaciones sexuales bajo coacción, con la evidencia actual no se puede recomendar la aplicación de alguna intervención en particular (nivel de evidencia A2 y A3, respectivamente).

7. Análisis y resultados

7.1 Análisis de las preguntas de evaluación sobre las intervenciones implementadas por el Estado peruano para prevenir el embarazo adolescente

A continuación, se presentan las repuestas a las interrogantes planteadas en la Matriz de análisis de la pertinencia y articulación de intervenciones implementadas actualmente por el Estado peruano, contemplada en el plan de trabajo de la presente consultoría (ver Anexo 11.2.1 del presente informe). El análisis involucró a todas las intervenciones identificadas como de incidencia directa o indirecta en la prevención del embarazo adolescente. En algunos casos se agruparon intervenciones para facilitar su análisis. Las interrogantes analizadas contienen distintas temáticas, tales como la pertinencia de la intervención, la efectividad, la evidencia en la cual se basan, la complementariedad con otras intervenciones, y sus limitaciones. En todos los casos, las respuestas fueron elaboradas con base en la metodología descrita a continuación.

Método de recojo de información

Búsqueda de documentación oficial sobre el diseño de la intervención, búsqueda de documentación de evidencias sobre la efectividad de la intervención y recojo de información cualitativa mediante la conducción de entrevistas en profundidad.

Fuente de la información

- Bibliografía y bases de datos de diagnóstico utilizadas en el segundo entregable de la presente consultoría (ver sección 3).
- Anexo 2 de los Programas Presupuestales correspondientes a cada intervención, en sus versiones más recientes compartidas (2021).
- Normas técnicas, lineamientos o guías vigentes disponibles vinculadas con las intervenciones analizadas, las cuales se hacen explícitas en el desarrollo del análisis de cada intervención.
- Evidencias encontradas y sintetizadas en segundo entregable de la consultoría (ver secciones 4 y 5).
- Entrevistas realizadas y sintetizadas en las secciones previas del presente informe.

Método de análisis

Revisión documentaria del diseño del Programa Presupuestal y normas técnicas asociadas con la intervención; análisis de los resultados de las entrevistas a funcionarios y expertos en el ámbito nacional y regional; y revisión y análisis de evidencias provenientes de la literatura nacional e internacional.

Antes de continuar con la presentación del análisis de cada una de las intervenciones vinculadas con la prevención del embarazo adolescente implementadas por el Estado peruano, dado que parte de las preguntas que se van a responder corresponden a temas de pertinencia de las intervenciones, incluida la atención de las causas del embarazo adolescente, consideramos necesario hacer un breve resumen de las principales causas asociadas al embarazo adolescente en el Perú, identificadas a partir de todas las fuentes de información recabadas en el marco de la presente consultoría:

1. La escasez de conocimientos sobre la anticoncepción, el acceso y el uso de MAC por parte de los adolescentes.
2. La insuficiente generación de conocimientos, actitudes y habilidades para la toma de decisiones con relación al cuidado del propio cuerpo, las relaciones interpersonales y el ejercicio de la sexualidad; y en general, con el manejo de las emociones y comportamientos y la resolución de situaciones difíciles en la adolescencia.
3. La insuficiente atención a la situación de salud mental de la población adolescente, en tanto son todavía escasos los servicios de primer nivel que ofrecen atención de salud mental y la cobertura de intervenciones específicas enfocadas en esta población es baja.
4. Los altos niveles de violencia sexual contra menores, un elemento que se constituye como protagonista en los casos de embarazo en menores de 15 años. La situación se ve agravada por las condiciones de habitabilidad (hacinamiento) en los hogares, al ser en su mayoría los casos de violencia sexual generados del ámbito familiar.
5. La ausencia de un proyecto de vida, así como de una oferta de oportunidades educativas que deriven en una real mejora del capital humano entre las adolescentes.

Así, dada la naturaleza multifactorial del embarazo adolescente, las intervenciones para su prevención requieren del esfuerzo integrado de diversas entidades (tanto estatales como privadas) que apunten a mejorar las diversas condiciones mencionadas.

7.1.1 Actividad 5000058: Brindar servicios de salud para prevención del embarazo en adolescentes.

Programa Presupuestal 0002 Salud Materno Neonatal

Sector Salud

Descripción³³

Comprende acciones desarrolladas por el profesional médico, obstetra u otro profesional calificado en salud sexual y reproductiva como la orientación y consejería en salud sexual y reproductiva, la evaluación clínica, exámenes de laboratorio, sesiones educativas en salud sexual y reproductiva, entre otros servicios, dirigidos a las adolescentes de 12 a 14 años y de 15 a 17 años con el fin de prevenir el embarazo no planificado durante esta etapa de vida.

Los entregables de esta intervención son los siguientes:

- Orientación y consejería en salud sexual y reproductiva en adolescentes de 12 a 14

³³ Descripción basada en el Anexo 2 del Programa Presupuestal 002 Salud Materno Neonatal emitido por el Ministerio de Salud para el año 2021.

años y de 15 a 17 años.

- Consejería integral (salud sexual, salud mental, salud física y nutricional)
- Atención en planificación familiar (si el caso lo requiere).
- Evaluación del desarrollo sexual según Tanner.
- Evaluación clínica orientada a la búsqueda de patologías sexuales y reproductivas (amenorrea, problemas del ciclo menstrual, dismenorreas, ITU, infecciones, migrañas, cefaleas), evaluación clínica especializada en caso de diagnosticar alguna patología en salud sexual y reproductiva.
- Evaluación nutricional (IMC y talla para la edad), riesgo cardiovascular, agudeza visual y auditiva, odontológica, físico-postural, salud mental (habilidades sociales: autonomía, toma de decisiones, comunicación familiar, interrelaciones sociales con adolescentes)
- Visita domiciliaria en caso de identificar factores de riesgo y/o deserción, seguimiento.
- Exámenes de laboratorio: descarte de embarazo (en caso la adolescente lo requiera) y otros exámenes de laboratorio según su necesidad.
- Una sesión educativa en salud sexual y reproductiva para adolescentes de forma trimestral en los niveles I-3, I-4, hospitales e institutos de salud, en los temas de acuerdo con los hallazgos:
 - Adolescentes de 12 a 14 años: Prevención de embarazo no deseado, derechos sexuales y reproductivos, sexualidad humana, afectividad, desarrollo sexual en la adolescencia, salud sexual y reproductiva: prevención del embarazo no deseado, ITS y VIH-Sida, Diversidad sexual e identidad de género y masculinidades.
 - Adolescentes de 15 a 17 años: Prevención de embarazo no deseado, derechos sexuales y reproductivos, sexualidad humana y afectividad, anticoncepción y paternidad responsable, prevención del embarazo no deseado, relaciones sexuales, sexo seguro, infecciones de transmisión sexual, VIH-Sida; Hepatitis B, diversidad sexual e identidad de género, masculinidades.
- **Acceso a métodos anticonceptivos.**
- Registro de la atención según corresponda (Historia clínica, tarjeta de atención integral del adolescente, formato único de atención del Seguro Integral de Salud, HIS, registro de seguimiento y citas).

La modalidad de entrega es a través de oferta fija, móvil y telemedicina, en establecimientos de salud u otro servicio o espacio adecuado para tal efecto.

El tiempo requerido para la atención es de 20 minutos, para el desarrollo de la sesión educativa se considerará 40 minutos y por visita domiciliaria 60 minutos en promedio.

El personal de salud que realiza la atención requiere de capacitación anual mínima de 20 horas académicas en temas relacionados con la atención integral en la dimensión de salud sexual y reproductiva.

El indicador de producción física de la intervención es el número de adolescentes atendidos, lo cual es medido a través del sistema de información HIS. En este, se registran los servicios de orientación y consejería en salud sexual y reproductiva recibidos por adolescentes.

En el marco del PP 0002 se mide el indicador de desempeño “Porcentaje de embarazo en adolescentes”, definido como el porcentaje de mujeres adolescentes de 15 a 19 años que ya estuvo alguna vez embarazada (se considera las que ya son madres y las que están gestando por primera vez) respecto al total de mujeres adolescentes de 15 a 19 años. La información es recogida anualmente a través de la ENDES.

¿Esta intervención atiende las causas de la problemática de embarazo adolescente?

Esta intervención sí está asociada con la atención de las causas y/o factores asociados al embarazo adolescente. Entre los principales factores asociados al embarazo adolescente se identifica la falta de educación sobre prevención del embarazo y acceso a métodos anticonceptivos (MAC) modernos por parte de los adolescentes. Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), entre 2015 y 2021 el uso de métodos modernos entre las adolescentes unidas en el momento de la encuesta se ha incrementado en menos de 3 puntos porcentuales pasando del 51.6% en 2015 al 54.5% en 2021. Si hablamos de las adolescentes en general, este porcentaje disminuye a 12.6% en 2015 y 12.1% en 2021. Estas cifras dan cuenta del poco éxito que han tenido las intervenciones para facilitar a las adolescentes el acceso a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y/o proveerlas de insumos (MAC modernos).

Si bien el reducido acceso a los servicios es uno de los factores que influyen en esta problemática, inclusive en aquellos que llegan a los servicios, existen barreras propias, como la vergüenza o temor, para solicitar MAC.³⁴ Asimismo, los prestadores de salud muchas veces también constituyen una barrera, al considerar la provisión como no adecuada o colocar otras barreras para ello, como condicionar la entrega a la presencia de los padres. Esto último a pesar de lo establecido por el Ministerio de Salud respecto al acceso a MAC en adolescentes.³⁵

¿Esta intervención es pertinente para prevenir el embarazo adolescente?

La prestación del servicio de consejería y sesiones educativas en SSR es elemental para la reducción del embarazo adolescente. Sobre esta, la evidencia señala que debe estar acompañada de la entrega de insumos (MAC modernos) que permitan a los adolescentes, de manera efectiva, tener un control de su vida sexual y fertilidad; así como un impacto en la reducción del embarazo adolescente.

Dicho esto, si bien la entrega de MAC se incluye como uno de los entregables de esta actividad (mediante insumos financiados por otras actividades del PP), según los expertos y funcionarios entrevistados el diseño de la actividad da mucha discreción a los prestadores, los cuales finalmente condicionan o limitan la entrega de MAC a adolescentes. Al ocurrir esto, se limita un componente elemental de las prestaciones de SSR, convirtiéndolas en un servicio que se brinda de manera incompleta.

Otra de las falencias que se ubican en esta actividad estaría en el hecho que la prestación se enfoca en los establecimientos de salud. Esta forma de prestar el servicio, centralizada en los establecimientos de salud, no coincide enteramente con la opinión de las personas entrevistadas para el presente estudio, las cuales apuntan a llevar también los servicios fuera de los establecimientos de salud, para acercarlos a las IIEE y otros espacios comunitarios; así como hacer uso de estrategias educativas no formales que puedan tener una mejor llegada a la población de adolescentes.

Sí se reconoce como un elemento favorable, el que la actual normativa señala de manera explícita que la presencia de los padres no es obligatoria para la prestación de servicios de

³⁴ UNICEF (2021). Normas sociales en relación con la violencia y embarazo adolescente.

³⁵ Ministerio de Salud (2016). Norma Técnica de Salud N° 124 - MINSA/DGIESP-V.01: Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar.

planificación familiar, ya que ello facilita el acceso a los servicios.

Las opiniones de expertos también nos dejan algunas reflexiones sobre la pertinencia de esta actividad. Respecto a la focalización de las intervenciones, se rescata la importancia de llegar a las personas más pobres, pero en la práctica no se identifican acciones que muestren decididamente el impulso a la atención de los sectores más vulnerables. Asimismo, se señala que muchas veces la provisión de información está más centrada en la atención cuando ya se dio el embarazo, y no está tan enfocada en la prevención de este.

¿Esta intervención está basada en la evidencia?

El hecho que la entrega de MAC se dé limitadamente junto con la prestación del servicio de consejería y sesiones educativas en SSR, tiene como resultado la prestación de un servicio incompleto y potencialmente poco efectivo para la reducción del embarazo adolescente. De hecho, la evidencia señala que solo la entrega conjunta tiene el potencial de reducir el embarazo adolescente de manera tangible.³⁶

Con relación a la prestación de servicios de salud, el tipo de atención por el cual está apostando el estado, en la práctica, centrada principalmente en la prestación de servicios en los establecimientos de salud, no se alinea con las recomendaciones dadas por los expertos entrevistados, las cuales más bien apuntan a fortalecer el rol de las comunidades y espacios, como el educativo, para facilitar el acceso a la educación sobre SSR y provisión de MAC.

¿Esta intervención es efectiva para prevenir el embarazo adolescente?

Si bien no disponemos de evidencia que dé cuenta del impacto que ha tenido la prestación de servicios de SSR a adolescentes en la reducción del embarazo adolescente, las cifras de embarazo adolescente, así como el bajo nivel de uso de MAC modernos (según la ENDES 2021, dentro del grupo de adolescentes entre los 15 y 19 años, solo el 11% reporta uso de MAC modernos, cifra que se mantiene regularmente estable desde el 2015), dan cuenta de las falencias de la prestación.

Las personas entrevistadas señalan que la prestación basada en servicios en establecimientos de salud no parece tener una adecuada llegada a los adolescentes. Asimismo, si bien la modalidad de horarios diferenciados se ha eliminado, algunos estudios relativamente recientes registran ciertas falencias en la provisión de los servicios:

1. Los prestadores de salud constituyen una barrera para la provisión de información, así como de anticonceptivos. Si bien la norma es clara respecto al derecho de los adolescentes a acceder a MAC de manera autónoma y sin necesidad de que haya presencia de los padres y no restringe la consejería a la promoción de la abstinencia, muchos prestadores restringen su provisión de los servicios e insumos con base en sus propias valoraciones de lo que es correcto o adecuado para los adolescentes. Según los “Resultados de la supervisión defensorial a los servicios de salud diferenciados para la atención integral a adolescentes”,³⁷ el 25 % de los prestadores no conocía la normativa que refiere la no obligatoriedad de la presencia de los padres para brindar MAC a los adolescentes.
2. La capacitación para los prestadores es insuficiente. Según la “Supervisión de intervenciones efectivas para la prevención del embarazo no planeado en adolescentes”,³⁸ el personal de salud perteneciente al 18% (10) de los

³⁶ OringanjeC, MeremikwuMM, EkoH, EsuE, MeremikwuA, EhiriJE. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 2. Art. No.: CD005215. DOI: 10.1002/14651858.CD005215.pub3.

³⁷ UNFPA, Defensoría del Pueblo (2018). Resultados de la supervisión defensorial a los servicios de salud diferenciados para la atención integral a adolescentes.

³⁸ UNFPA y Defensoría del Pueblo (2021). Supervisión de intervenciones efectivas para la prevención del

establecimientos de salud supervisados recibieron capacitaciones en todas las áreas y/o temas relacionados a la atención de la SSR de adolescentes, mientras que el personal del 23% (13) no recibieron capacitación en ninguna de las áreas y/o enfoques. Asimismo, se señala que no se cuenta con herramientas o evaluaciones que permitan conocer la capacidad de los prestadores para brindar servicios de SSR a los adolescentes. Más aún, las capacitaciones que se dan en el tema resultan escasas o difíciles de llevar por los prestadores.

Otro de los elementos que ha afectado la prestación de los servicios es el cierre de estos ocurrido durante la emergencia sanitaria por COVID 19. Más aún, según refieren las personas entrevistadas para el presente estudio, aún algunos servicios permanecen cerrados o con personal limitado. Si bien este cierre ha afectado a toda la población, la población de adolescentes se ha visto particularmente afectada al no contar con espacios fuera de sus casas en donde pudieran tener acceso al servicio de manera privada y segura.

¿Esta intervención es complementaria con alguna otra? ¿Cuál?

Entre los entrevistados se mencionan dos intentos claros de articular los servicios de salud para la prevención del embarazo adolescente:

1. El Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (2013-2021) se identificó como una oportunidad de articular diversos sectores, incluyendo MINSA; MIMP; MINEDU, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (MINJUS), así como entidades prestadoras de salud privadas y públicas.
2. Protocolo de actuación conjunta entre los Centros Emergencia Mujer (CEM) y los Establecimientos de Salud (EESS) para la atención a las víctimas de violencia.

En esta misma línea, la “Norma técnica de salud para la atención integral de salud de adolescentes” establece la prestación de servicios extramurales deben darse en coordinación con:

1. Instituciones educativas. Sin embargo, también señala que estas puedan iniciar en las instituciones educativas, pero deben continuar en los establecimientos de salud. Asimismo, se menciona la participación de otros actores comunitarios.
2. Otras instituciones, entre las cuales se encuentran los grupos comunitarios, deportivos, entre otros.
3. Centros de Desarrollo Juvenil (CDJ), los cuales deben ser espacios de socialización positiva y que realicen actividades y ofrezcan prestaciones para promover principalmente estilos de vida saludables en la población adolescente.

Esto se reconoce como una buena estrategia ya que, como comentamos previamente, se recomienda que los servicios salgan de los establecimientos de salud para acercarse a otros espacios a donde los adolescentes puedan tener un mejor acceso. Sin embargo, el nivel de aplicación de estos lineamientos, así como la disponibilidad a la prestación de los servicios que pueda tener el personal encargado van a ser determinantes en calidad y efectividad de esta articulación.

Finalmente, mediante esta actividad actualmente no se financia la entrega de MAC, por lo que entendemos que debería complementarse con la actividad 5000042: Mejoramiento del acceso de la población a métodos de planificación familiar. Sin embargo, en la práctica, esta actividad tiene un enfoque en mujeres o parejas adultas y una lógica de intervención adaptada a esa población. Asimismo, esta actividad no posee metas de atención diferenciadas por edad y

embarazo no planeado en adolescentes. Es necesario tener en consideración que el trabajo de campo de este estudio se realizó entre fines de junio e inicios de agosto de 2020, primer año de la pandemia.

comprende solamente a adolescentes del grupo de 15 a 17, omitiendo a menores de 15 años.

¿Qué limitaciones existen que dificultan o impiden su articulación?

En el caso del Plan Multisectorial antes mencionado, si bien consideramos que los aspectos que cubren el plan son amplios y dan cuenta adecuadamente de la necesidad de trabajar en diversos componentes, desde el desarrollo de habilidades socio emocionales, hasta la construcción de planes de vida a través de educación de calidad, pasando por los servicios de SSR; se resalta entre las personas entrevistadas con conocimiento del tema que la gran limitación de este fue la ausencia de herramientas claras para que el estado lo priorice presupuestalmente y establezca un financiamiento específico para la implementación de cada uno de sus componentes.

Sobre la aplicación del protocolo de actuación conjunta entre los CEM y los EESS, los expertos mencionan el alto porcentaje de operadores que no lo conoce y, por ende, no lo cumplen. Ello indicaría que las estrategias definidas para dar a conocer el protocolo no han sido suficientemente difundidas, o que el alto recambio de personal hace que sea difícil que el conocimiento se mantenga. En esta línea, la evaluación externa que se hizo de los CEM entre 2019 y 2020,³⁹ identificó ciertas falencias en su funcionamiento y, de manera particular, en la aplicación del Protocolo de actuación conjunta, tales como la falta de claridad sobre cuándo es necesario articular con actores e instituciones externas, el escaso conocimiento sobre el protocolo de acción en casos de violencia sexual por parte de personal de instituciones que articulan con los CEM, la dilución de las responsabilidades por parte del personal de salud de servicios complementarios (hospitales, por ejemplo) y la falta de formatos para elaborar documentos de derivación.

Actualmente, según algunos funcionarios entrevistados, dentro del propio sector salud existen limitaciones para la acción conjunta de las distintas intervenciones que atienden a la adolescencia. Las intervenciones para adolescentes forman parte de programas presupuestales que tienen objetivos y poblaciones más grandes, por lo que no necesariamente se prioriza a la adolescencia en las regiones. Además, al estar en programas presupuestales distintos (salud materna, salud mental, VIH, entre otros), no se garantiza que estas acciones se programen e implementen en sincronía.

7.1.2 Educación Sexual Integral

Sector Educación

Descripción

De acuerdo con los “Lineamientos de la Educación Sexual Integral (ESI) para la Educación Básica” publicados en 2021, así como el Currículo Nacional de Educación Básica (CNEB), la ESI es “el espacio sistemático de enseñanza y aprendizaje que promueve valores, conocimientos, actitudes y habilidades para la toma de decisiones conscientes y críticas con relación al cuidado del propio cuerpo, las relaciones interpersonales y el ejercicio de la sexualidad”.⁴⁰ Para ello se han considerado tres estrategias:

1. Espacios para fortalecer las capacidades de los miembros de la comunidad educativa.
2. Espacios de participación de las y los estudiantes.
3. Espacios de participación de las familias y la comunidad.

³⁹ IWORDS Global, Evaluación de los Centros de Emergencia Mujer. Disponible en: https://www.mimp.gob.pe/omep/pdf/evaluaciones/2020/1_Evaluacion_CEM_Peru_Producto_3.pdf

⁴⁰ MINEDU (2021). Lineamientos de Educación Sexual Integral para la Educación Básica.

Asimismo, la ESI toma en cuenta las particularidades de cada etapa de desarrollo y considera las dimensiones biológica-reproductiva, socioafectiva, ética y moral. Está compuesta por cuatro componentes: (i) identidad y corporalidad, (ii) autonomía y autocuidado, (iii) pensamiento crítico y comportamiento ético, y (iv) afectividad y relaciones interpersonales.

Los objetivos de la ESI, entendida como un proceso formativo, son:

1. Contribuir al bienestar y desarrollo integral de las y los estudiantes.
2. Fortalecer la convivencia democrática, intercultural, igualitaria e inclusiva, libre de toda discriminación, exclusión y violencia.
3. Contribuir a la prevención de diversas problemáticas vinculadas a la vivencia de la sexualidad.

Estos objetivos buscan dar solución a los siguientes problemas identificados:

1. Situaciones problemáticas relacionadas a la sexualidad en estudiantes.
2. Desarrollo insuficiente de competencias relacionadas a la sexualidad en estudiantes.
3. Participación insuficiente de la comunidad educativa.

Para la implementación de la ESI se plantean las siguientes acciones:

1. Identificación de necesidades en relación con la ESI: Cada Institución Educativa (IE), como parte del diagnóstico que realiza, debe identificar determinadas necesidades en relación con la ESI.
2. Incorporación de la ESI en los instrumentos de gestión según sea el caso.
 - a. Para el Proyecto Educativo Institucional (PEI) se debe analizar las características del contexto que influyen en la educación sexual integral y las necesidades, intereses y demandas formativas de las y los estudiantes, docentes, familias y demás miembros de la comunidad educativa, sobre ESI, considerando la atención a la diversidad;
 - b. Para el Proyecto Curricular Institucional se deben incorporar aprendizajes vinculados a los componentes de la ESI considerando el análisis del diagnóstico institucional y la atención de la diversidad, lo cual implica realizar adaptaciones, adecuar o incorporar nuevos desempeños para el desarrollo de competencias vinculadas con la ESI, además de proponer orientaciones pedagógicas para la planificación, ejecución y evaluación de la educación sexual integral en el aula y en la institución educativa y programa educativo;
 - c. Para el Plan Anual de Trabajo se debe incorporar actividades contemplando las características de la ESI: actividades promocionales, actividades preventivas, actividades de fortalecimiento de capacidades de los miembros de la comunidad educativa, entre otras.
3. Articulación con aliados de la comunidad: Para lograr los objetivos planteados en el Plan Anual de Trabajo que contiene la implementación de la ESI, cada IE debe realizar el mapeo de aliados de la comunidad como, por ejemplo: EESS, CEM, organizaciones no gubernamentales, empresas, redes educativas, universidades, entre otros.
4. Fortalecimiento de competencias de directivos, docentes y otros miembros de la comunidad educativa: Luego de conocer las percepciones, actitudes y necesidades de formación de directivos, docentes, psicólogos y otros miembros de la comunidad

educativa se deben llevar a cabo actividades que fortalezcan sus competencias. Dichas actividades pueden realizarse mediante, por ejemplo, espacios de trabajo colegiado, talleres de capacitación, webinar, videoconferencias o cursos de actualización, las cuales pueden realizar en articulación con los aliados de la comunidad.

5. Búsqueda de recursos educativos vinculados con la ESI para estudiantes, familias, docentes y comunidad: Para lograr los objetivos en el Plan Anual de Trabajo, se sugiere identificar recursos educativos vinculados con la ESI que puedan ser empleados con las y los estudiantes y sus familias. Se recomienda que estos materiales sean propios de MINEDU, pudiéndose emplear videos, cartillas, guías, infografías, podcast, etc.
6. Incorporación de la ESI en articulación con el CNEB: Para abordar la ESI de manera pertinente es necesario vincularla con el desarrollo de 6 competencias del CNEB: “Construye su identidad”, “Se desenvuelve de manera autónoma a través de su motricidad”, “Interactúa a través de sus habilidades sociomotrices”, “Convive y participa democráticamente en la búsqueda del bien común”, “Construye interpretaciones históricas”, y “Asume una vida saludable”. Abordar la educación sexual integral implica tanto prevenir diversas problemáticas que pueden afectar el bienestar y desarrollo integral de las y los estudiantes; así como, fortalecer sus competencias para una convivencia democrática, igualitaria, intercultural e inclusiva que les permita una vivencia segura, responsable y saludable de la sexualidad.

Asimismo, a través de la ESI se busca involucrar a directivos, docentes, psicólogos, familias y otros miembros de la comunidad educativa en la educación de las y los estudiantes. Por ello, para implementar la ESI de manera pertinente en la IE se sugiere que se asegure la incorporación de los cuatro componentes que la conforman:

- Identidad y corporalidad
 - Autonomía y autocuidado
 - Pensamiento crítico y comportamiento ético
 - Afectividad y relaciones interpersonales
7. Acompañamiento y evaluación: Cada IE debe realizar el acompañamiento y monitoreo periódico de la implementación de la ESI, de acuerdo con las normativas vigentes, y comunicar los avances y resultados a la comunidad educativa. Asimismo, se sugiere evaluar los resultados de la implementación de la ESI en la IE en cuanto a conocimientos, actitudes, percepciones, creencias, entre otros, tanto de las y los estudiantes como de sus familias, así como la medición de los indicadores vinculados con la problemática.

¿Esta intervención atiende las causas de la problemática de embarazo adolescente?

Esta intervención está principalmente asociada con atender la generación conocimientos, actitudes y habilidades para la toma de decisiones con relación al cuidado del propio cuerpo, las relaciones interpersonales y el ejercicio de la sexualidad; así como la escasez de conocimientos sobre la anticoncepción y MAC por parte de los adolescentes. La limitada implementación de una ESI de calidad es identificada y enfatizada por funcionarios y expertos en la materia entrevistados como una de las razones más importantes detrás del embarazo adolescente. Asimismo, refieren que la falta de conocimiento sobre las maneras de prevenir el embarazo adolescente, incluyendo el uso correcto de MAC, es uno de los factores que viene aportando a la continuidad de las altas tasas de embarazo adolescente.

La carencia de la ESI toma una particular importancia si consideramos que el acceso a los servicios de salud (particularmente los servicios intramurales que se dan en establecimientos de salud) por los adolescentes es sumamente restringido y que la IE se presenta como un

lugar ideal para llegar de manera efectiva a los adolescentes.

Entre las barreras identificadas para la implementación de la ESI, podemos mencionar que, a pesar de la inclusión de la ESI en el CNEB, según el “Informe sobre la supervisión de intervenciones efectivas para la prevención del embarazo no planeado en adolescentes”⁴¹ el 68% de las IIEE supervisadas (41) indicó que los docentes no contaron con lineamientos para la ESI de adolescentes y solo el 32% señaló que sí. En esta misma línea, dicho informe muestra que el 60% de las IIEE supervisadas (36) indicó que los docentes de secundaria no contaron con algún material educativo para la ESI. La falta de prestación se vio aún más agudizada durante la emergencia sanitaria por COVID 19, dado que la ESI prácticamente desapareció del listado de contenidos impartidos.

Sobre los temas impartidos como parte de la ESI, si bien el currículo actual plantea que se brinde integralmente atendiendo a las necesidades de las adolescentes, incluyendo tanto educación sobre uso de MAC y otros temas relacionados con la vida sexual, así como desarrollo personal; la evidencia da cuenta de que, en la práctica, los temas impartidos difieren mucho del plan y que las debilidades en las competencias docentes continúan siendo una barrera para la aplicación. Asimismo, según los reportes realizados sobre la implementación de la ESI se identifican deficiencias en materiales y recursos para la implementación de actividades.

¿Esta intervención es pertinente para prevenir el embarazo adolescente?

Sobre el enfoque que debe tener la ESI y como se debe aplicar, sí encontramos en la “Guía para implementar la Educación Sexual Integral – Recurso educativo dirigido a docentes de Educación Básica Regular”, objetivos que apuntan a la prestación de una educación integral:

1. Incluye los siguientes aspectos del desarrollo personal de los adolescentes: identidad y corporalidad, autonomía y autocuidado, pensamiento crítico y comportamiento ético sobre aspectos vinculados con la sexualidad, y afectividad y relaciones interpersonales.
2. Contiene directrices sobre los temas a tratar con la finalidad de incrementar el conocimiento. Entre estos se incluyen conocimiento respecto al VIH y formas de prevenir el embarazo adolescente.
3. Plantea intervenciones basadas en la familia, tales como:
 - a. Reuniones con las familias para abordar sus intereses y/o preocupaciones en relación con las necesidades de orientación referidas a la educación sexual integral de sus hijos e hijas
 - b. Escuela para las familias para fortalecer sus competencias parentales.
 - c. Encuentros con familias para compartir experiencias con otras familias, a través de los entornos virtuales, buscando formar una red de soporte entre ellas, en la que aprendan de sus buenas prácticas y se brinden contención
4. Toma en cuenta diversos enfoques, incluyendo el enfoque de género, derechos, interculturalidad y diversidad.

Por su parte, tanto en los “Lineamientos de educación Sexual Integral para la Educación Básica”, en su acción “Articulación con aliados de la comunidad” como la “Norma técnica de

⁴¹ Defensoría del Pueblo y UNFPA (2020). Informe sobre la supervisión de intervenciones efectivas para la prevención del embarazo no planeado en adolescentes: educación sexual integral y acceso a anticoncepción moderna para quienes lo requieren. Disponible en: <https://peru.unfpa.org/es/publications/informe-supervision-de-intervenciones-efectivas>

salud para la atención integral de salud de adolescentes⁴² dan cuenta de la inclusión de actores comunitarios para fortalecer la ESI, así como la realización de actividades extramurales. Ambos elementos se alinean con las recomendaciones de buscar maneras menos restrictivas y no formales de mejorar la llegada a la población adolescente.

¿Esta intervención está basada en la evidencia?

La evidencia es bastante clara sobre el rol que cumple la ESI en la reducción del embarazo adolescente. Asimismo, señala que no es una intervención que deba darse sola, sino que debe ir de la mano de intervenciones complementarias, como el desarrollo de habilidades socioemocionales, oportunidades para culminación escolar, el desarrollo de proyectos de vida; así como la entrega de MAC.⁴³ Con relación a esto último (Entrega de MAC), los documentos mostrados previamente en esta sección no muestran que exista una acción coordinada con los EESS para facilitar la provisión de MAC. Esto es algo que no está contemplado, actualmente, en los lineamientos de ESI, los cuales, si bien refieren la provisión de información sobre maneras de prevenir el embarazo adolescente, no refiere rutas claras para facilitar el acceso de adolescentes a MAC modernos.

Los estudios analizados dan pautas sobre las características favorables para el desarrollo de la ESI. En este sentido se consideran los siguientes elementos positivos de la ESI diseñada por el sector educación en el Perú:⁴⁴

1. Incluye el desarrollo integral y de habilidades blandas y elaboración de proyectos de vida por parte de los adolescentes. Entre las estrategias usadas para ello se incluye el fortalecimiento de los liderazgos femeninos (modelos de roles).
2. Enfoque en el cambio de las condiciones psicosociales, factores de riesgo y protectores que involucran la sexualidad a través de la mejora el conocimiento sobre los riesgos y consecuencias del embarazo y las ETS, valores y actitudes con respecto al sexo, percepciones de las normas de los compañeros sobre sexo y anticoncepción, entre otros.
3. Promoción de la comunicación entre padres e hijos.
4. Mejora de los proyectos de vida y expectativas para el futuro, así como mejora en el rendimiento escolar.
5. La inclusión de intervenciones a nivel comunitario, así como actividades deportivas u otras que puedan ser atractivas para el público objetivo.
6. Es una estrategia que incluye diversos enfoques, incluyendo el de igualdad de género, diversidad, enfoque de derechos, interculturalidad entre otros.

Dicho esto, las características de las directrices para la ESI en el país cumplen, al menos teóricamente, con la mayoría de estos estándares, lo que nos lleva a concluir que sí se habría construido en base a la evidencia.

¿Esta intervención es efectiva para prevenir el embarazo adolescente?

No se dispone de evidencia que dé cuenta del impacto que ha tenido la impartición de ESI en

⁴² Estos se describen en el documento Norma Técnica de Salud N° 157 -MINSA/2019/DGIESP: Norma técnica de salud para la atención integral de salud de adolescentes.

⁴³ OringanjeC, MeremikwuMM, EkoH, EsuE, MeremikwuA, EhiriJE. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 2. Art. No.: CD005215. DOI: 10.1002/14651858.CD005215.pub3.

⁴⁴ La gran mayoría de intervenciones que han demostrado algún nivel de efectividad están basadas en algún tipo de prestación de educación sexual. Ver capítulo de evidencias (secciones 4 y 5) del segundo entregable de la presente consultoría para información más específica y detalles de las intervenciones.

la prevención del embarazo adolescente en el Perú. Sin embargo, sí se dispone de evidencia sobre las deficiencias en su implementación. En 2017, se realizó un estudio⁴⁵ para analizar la situación de la implementación de la normativa de ESI en el país. En el mismo, se incluyeron 61 IIEE de Lima, Ayacucho y Ucayali. A pesar de no ser un estudio muy grande, cuyos resultados podrían no ser generalizables a todas las IIEE del país, brinda algunas luces sobre importantes deficiencias de la ESI en nuestras IIEE tanto a nivel programático como en los docentes y sus propias barreras que existen en ellos para la provisión de la información. A continuación, se resumen algunos resultados:

1. Menos del 10% de los estudiantes habría recibido instrucción en cada uno de los 18 temas que se incluyen en el abordaje de la ESI.
2. Los temas menos enseñados se refieren a la “anticoncepción y embarazo no deseado”, a los “valores y habilidades interpersonales” y a la “prevención del VIH/ITS”. De hecho, solo entre el 20 y 40% de los alumnos reportó haber aprendido sobre estos.
3. El recurso humano se perfila como una de las principales barreras para la correcta implementación de la ESI. Persiste entre los docentes un 15% que considera que la implementación de la ESI es opcional a pesar de la normativa existente sobre la obligatoriedad de esta. Asimismo, dos terceras partes informan a los padres antes de impartir la misma y 16% requiere un consentimiento por parte de ellos.
4. Casi tres cuartas partes señalaron la necesidad de materiales y capacitaciones.

Por otro lado, en 2020, la Defensoría del Pueblo y UNFPA realizaron una supervisión en 70 instituciones educativas situadas en 10 departamentos.⁴⁶ Se incluyeron en la muestra: 5 instituciones educativas situadas en la capital de los departamentos, una situada en una provincia distinta a la capital en cada uno de los departamentos y un Colegio de Alto Rendimiento (COAR) por cada uno de los departamentos. Algunos de los hallazgos más relevantes de esta supervisión han sido los siguientes:

1. Del total de instituciones educativas supervisadas, solo el 40% (24 IIEE) indicó haber recibido capacitación sobre la ESI, entre enero de 2019 a junio de 2020.
2. De los temas que comprende la ESI en las instituciones educativas supervisadas, alrededor del 90% (54 IIEE) señalaron que tratan sobre la pubertad, cambios físicos en el cuerpo, igualdad entre hombres y mujeres. Los porcentajes de abordaje de otros temas van en descenso. Los temas menos tratados son: MAC (75%), donde conseguir MAC (53%), cómo usar los MAC (57%) y aborto terapéutico (43%).
3. Del total de las instituciones educativas supervisadas, el 68% (41 IIEE) indicó que los docentes no contaron con lineamientos para la Educación Sexual Integral de las y los adolescentes. Solo el 32% (19 IIEE) señaló que sí.
4. Del total de las IIEE supervisadas, el 60% (36 IIEE) indicó que las/los docentes del nivel de Educación Secundaria no contaron con algún material educativo para la Educación Sexual Integral. El 40 % (24 IIEE) indicó que sí contaron.
5. El 77% de las instituciones supervisadas refiere haber tenido problemas para la implementación de la ESI. Entre las principales dificultades reportadas para implementar la ESI figuran, en primer lugar, la ausencia de material educativo

⁴⁵ Motta, A., Keogh, S., Prada, E., Núñez-Curto, A., Konda, K., Stillman, M., & Cáceres, C. F. (2017). De la Normativa a la Práctica: la Política de Educación Sexual y su Implementación en el Perú.

⁴⁶ Defensoría del Pueblo y UNFPA (2020). Informe sobre la supervisión de intervenciones efectivas para la prevención del embarazo no planeado en adolescentes: educación sexual integral y acceso a anticoncepción moderna para quienes lo requieren. Disponible en: <https://peru.unfpa.org/es/publications/informe-supervision-de-intervenciones-efectivas>

adecuado dirigido a las y los estudiantes de secundaria y la limitada capacitación y formación de docentes en estos temas. Les siguen la falta de recursos o de materiales de enseñanza dirigidos a docentes y la actitud de los padres y/o las madres de familia, que muestran resistencias que dificultan esta labor. Asimismo, se menciona la ausencia de lineamientos y orientaciones para la ESI.

Es importante señalar que, actualmente, a pesar de que los lineamientos de la ESI plantean un enfoque transversal de la ESI, en la práctica, se imparte enfocada en el curso de tutoría únicamente. En esta misma línea, si bien se plantea las actividades extramurales como parte de los lineamientos; en la práctica, según nos señalan los expertos, desde el estado no se está trabajando en alternativas para la provisión de la ESI, como son los espacios fuera de la IE y las estrategias educativas no formales, algo que si se viene abordando desde la sociedad civil.

Otros elementos que inciden sobre el alcance de la intervención señalados por los entrevistados especialistas del sector, son los siguientes: la nula visibilización y escasa priorización en el presupuesto, ya que el presupuesto con el que se implementa la ESI está al nivel de actividad operativa dentro de la gestión del currículo; la aprobación de ciertos marcos normativos que retrasan el desarrollo de la ESI, al limitar la distribución y difusión de los recursos educativos disponibles mientras no se reglamenten estos marcos normativos; y la ausencia de un sistema para el seguimiento y evaluación de los avances.

La medición de progreso e identificación de indicadores claros para medir la prestación y su impacto en el embarazo adolescente se presentan como elementos importantes a considerar. Más aun, tomando en cuenta lo referido por los expertos sobre las pautas que las mediciones marcan en el trabajo de los docentes y prestadores de salud. Dicho esto, en el CNEB o en los lineamientos de la ESI para la educación básica no se presentan indicadores para medir los resultados o el proceso de la ESI. Lo que se refiere es que “se recomienda que cada IE realice el acompañamiento y monitoreo periódico de la implementación de la ESI, de acuerdo con las normativas vigentes, y comuniquen los avances y resultados a la comunidad educativa. Asimismo, se sugiere evaluar los resultados de la implementación de la ESI en las IIEE en cuanto a conocimientos, actitudes, percepciones, creencias, entre otros, tanto de las y los estudiantes como de sus familias, así como la medición de los indicadores vinculados con la problemática”.⁴⁷

Si bien se evidencia una ESI con buenos fundamentos (al menos en el papel hasta el nivel de los Lineamientos), en la práctica los desafíos más grandes se encuentran en el impulso que le dan o están en capacidad de darle las personas encargadas de implementación: especialistas, directores y docentes. Por lo pronto, ante la falta de disposiciones, pautas, herramientas y una hoja de ruta para la implementación de la ESI más específicas; y como consecuencia de ello, en la medida en que los aspectos más específicos de la implementación como la cobertura y programación de temas, el detalle de los contenidos o elaboración y uso de los recursos educativos se encuentre bajo la discreción de los que la enseñan; el alcance de la intervención va a ser incierto y la calidad de la enseñanza va a ser muy heterogénea, más aún en la ausencia de herramientas o indicadores que permitan el seguimiento y la identificación de oportunidades de mejora en la implementación.

¿Esta intervención es complementaria con alguna otra? ¿Cuál?

Se entiende que la ESI es o debería ser una actividad fuertemente influida por la Actividad 5005985: Capacitación a actores sociales que promueven la salud sexual y reproductiva, la cual incluye la capacitación de docentes para impartir la ESI en el ámbito escolar.

Asimismo, se menciona en los lineamientos que existe un nivel de articulación entre las IIEE y los servicios de salud, por lo que el servicio debería cubrir las necesidades respecto de

⁴⁷ MINEDU (2021). Lineamientos de Educación Sexual Integral para la Educación Básica.

anticoncepción y SSR que sean identificadas en la escuela. Por su parte, la “Norma técnica de salud para la atención integral de salud de adolescentes” establece que debe haber interacciones con instituciones educativas, así como otras instituciones, de modo que se genere el espacio para el desarrollo de acciones conjuntas entre salud y educación a favor de la población adolescente. Sin embargo, documentos más específicos para SSR en esta población, como es la NT de Planificación Familiar⁴⁸ no incluyen entre sus directrices la articulación con IIEE.

Por otro lado, en el marco de un piloto implementado desde 2022, a cargo del MINEDU, que busca mejorar la implementación de la ESI, en 12 IIEE de las regiones de Lima, Loreto y Ucayali, ha sido necesaria una importante articulación con los sectores MINSA y MIMP. En este piloto, se desarrollan capacitaciones a especialistas de UGEL para que estos a su vez puedan capacitar al personal de la IE y, luego, puedan realizarse actividades de ESI ya sean formativas o preventivas promocionales, tanto a nivel de aula, IE o familia. En las actividades preventivas promocionales el rol del MINSA y el MIMP es importante, ya que en estas el docente debe hacer una derivación o referencia a los centros de salud y se necesita que en el centro de salud haya la predisposición de prestar el servicio de manera oportuna.

En ese sentido, además de las capacitaciones a especialistas de la UGEL también se contemplaron capacitaciones a los especialistas del MINSA y el MIMP en donde se consideraron aspectos que se encuentran en sus competencias, como los protocolos para derivación de estudiantes a los establecimientos de salud para que reciban orientación y consejería en salud sexual y reproductiva o acceso a métodos anticonceptivos o los casos de violencia. También se ha empezado a establecer acciones conjuntas para el desarrollo de actividades, por ejemplo, en actividades formativas se puede involucrar a un profesional de la salud si hay algún tópico que le corresponda. El trabajo en este piloto está siendo tomado en cuenta para que luego las articulaciones puedan ser llevadas a una escala mucho mayor. Según una de las personas entrevistadas que tiene estrecha relación con la aplicación de este piloto, la efectividad de esta articulación se debería conocer al culminar el piloto al final del presente año. Sin embargo, otra de las entrevistadas que también lo conoce de manera cercana refiere que no se cuenta con una línea de base, por lo que la elaboración de mediciones comparativas sería complicada.

¿Qué limitaciones existen que dificultan o impiden su articulación?

Según señalan los expertos en el tema, no existe actualmente un nivel real de articulación entre el sector salud y educación; sino que ambos funcionan de manera independiente sin que existan flujos claros de derivación entre uno y otro. Específicamente, la “Norma técnica de salud para la atención integral de salud de adolescentes” establece que los estudiantes captados a través de intervenciones en IIEE deben ser derivados a los servicios para recibir atención, pero no señala un flujo claro de derivación ni responsables de esta. Por el lado del sector Educación, si bien se dispone de orientaciones sobre mecanismos y formatos de derivación a los EESS para estudiantes de secundaria por distintos motivos⁴⁹ (incluidos la detección oportuna para la atención de casos violencia, la detección oportuna para la atención de trastornos mentales -depresión y ansiedad, consumo de alcohol- y del comportamiento, consejería en salud sexual y reproductiva -sexualidad, prevención de embarazo y de ITS-, y provisión de métodos anticonceptivos, esto último según solicitud), dichas orientaciones no han sido mencionadas por las personas entrevistadas, así como tampoco cómo se fomenta su utilización.

Por otro lado, si bien existen acciones de capacitación a los docentes, los especialistas del sector entrevistados afirman una de las limitaciones que se tenía para realizar dichas acciones

⁴⁸ Norma técnica de salud de planificación familiar / Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Salud Sexual y Reproductiva -- Lima: Ministerio de Salud; 2017.

⁴⁹ Ministerio de Educación, “Orientaciones para el desarrollo del año escolar 2021 en Instituciones Educativas y programas educativos de la educación básica”, aprobada mediante Resolución Viceministerial N°273-2020-MINEDU.

en ese sentido es que la normativa no se había actualizado; al contar con los “Lineamientos de educación Sexual Integral para la Educación Básica” desde el año pasado se ha empezado a hacer asistencias técnicas a nivel nacional a los especialistas de las DRE y UGEL para poder difundir dichos Lineamientos. Según refieren las personas entrevistadas, no se sabe qué tanto las DRE y las UGEL están realmente generando el efecto multiplicador de orientar a las IIEE sobre los Lineamientos y, en tal sentido, no se tiene conocimiento sobre la eficacia de estas asistencias.

7.1.3 Actividades vinculadas con el embarazo adolescente del Programa Presupuestal 0131: Control y Prevención en Salud Mental

- **Prevención familiar de conductas de riesgo en adolescentes “familias fuertes: amor y límites” (Actividad 5005200)**
- **Sesiones de entrenamiento en habilidades sociales para adolescentes, jóvenes y adultos (Actividad 5005201)**
- **Tamizaje de niños y niñas de 0 a 17 años con déficit en sus habilidades sociales, trastornos mentales y del comportamiento y/o problemas psicosociales propios de la infancia y la adolescencia (Actividad 5006280)**

Sector Salud

Descripción⁵⁰

- **Prevención familiar de conductas de riesgo en adolescentes “familias fuertes: amor y límites” (Actividad 5005200)**

Esta actividad incluye a las intervenciones que tienen entrenamiento de habilidades parentales de manejo de la conducta y disciplina, con enfoque en la prevención de recaídas, estabilización y mejora del manejo familiar, reforzamiento de la estructura individual y familiar mediante elementos motivacionales, discusiones, ejercicios prácticos, tareas para la casa, teoría, videos y reuniones grupales de padre e hijos.

Se desarrolla en un grupo máximo de 15 adolescentes y sus respectivos padres (madre o padre) o cuidadores y tiene una duración de 120 minutos cada sesión. Los adolescentes son identificados en los establecimientos de salud con problemas relacionados con déficit en habilidades sociales con la finalidad de prevenir problemas de salud mental; es desarrollada por 2 o más profesionales de salud con 40 horas de capacitación y se desarrolla en el primer nivel de atención (I-3 y I-4).

La actividad comprende las siguientes sesiones:

1. 07 sesiones dirigidas a padres de los adolescentes (10-14 años).
2. 07 sesiones para adolescentes, actividades que brindan fortalecimiento de sus capacidades para tener una mejor comunicación con sus padres.
3. 07 sesiones dirigidas a familiares, incluye actividades que procuran el bienestar de todos los miembros de la familia y la formación de familias.

El indicador de meta física consiste en el número de personas atendidas a través de las sesiones. Esta actividad no tiene asociado un indicador de desempeño específico.

⁵⁰ Descripción basada en el Anexo 2 del Programa Presupuestal 0131: Control y Prevención en Salud Mental para el año 2021.

- **Sesiones de entrenamiento en habilidades sociales para adolescentes, jóvenes y adultos (Actividad 5005201)**

Corresponde a intervenciones llevadas a cabo por personal de la salud capacitado del primer nivel de atención con el objetivo de desarrollar habilidades sociales en adolescentes de 12 a 17 años. Cuenta con dos subproductos:

- Sesiones de entrenamiento en habilidades sociales para adolescentes, jóvenes y adultos: sesiones monitoreadas por el profesional de psicología o responsable de salud mental del EESS. Consiste en 10 sesiones de una duración de 45 minutos cada una, con grupos no mayores de 15 integrantes. Para identificar a los adolescentes que podrían formar parte de la población objetivo de la actividad se utiliza la información recabada en el tamizaje de la actividad 5006280 (que se describe luego). Esta última complementa el proceso por medio de la observación inicial para que luego pueda ser capturado a una intervención con mayor profundidad.
- Intervenciones de acompañamiento desarrolladas por profesionales de psicología y otros profesionales de la salud capacitados (medicina, enfermería, obstetricia o trabajo social). Esta actividad es desarrollada desde el primer nivel de atención incluyendo los centros de salud mental comunitaria.

El indicador de la meta física de la actividad es la cantidad de personas atendidas en las sesiones de entrenamiento. Por otro lado, la actividad tiene asociado el indicador de desempeño “porcentaje de niñas, niños y adolescentes con déficits de habilidades sociales que reciben paquete de sesiones de habilidades sociales”. Este indicador contempla el total de niños y adolescentes con tamizaje positivo en déficit de habilidades sociales, que inician y terminan el paquete de sesiones de entrenamiento en habilidades sociales en los establecimientos de salud de nivel I-3 y I-4.

- **Tamizaje de niños y niñas de 0 a 17 años con déficit en sus habilidades sociales, trastornos mentales y del comportamiento y/o problemas psicosociales propios de la infancia y la adolescencia (Actividad 5006280)**

Esta intervención está dividida en tres subproductos:

- Niños o niñas de 0 a 3 años atendidos en los servicios de crecimiento y desarrollo, medicina general y/o pediatría, para detectar trastornos del espectro autista.
- Niños, niñas y adolescentes de 0 a 17 años atendidos en los servicios de crecimiento y desarrollo, medicina general y/o pediatría, y consiste en la observación de indicadores físicos y/o conductuales relacionados al maltrato infantil en niñas, niños o adolescentes, sus madres, padres o cuidadores, una entrevista breve usando las preguntas de tamizaje y consejería de acuerdo con los hallazgos.
- Niños, niñas y adolescentes de 3 a 17 años atendidas en los servicios de crecimiento y desarrollo, en la estrategia de etapa de vida adolescente, medicina general y/o pediatría o en otros programas para detectar trastornos mentales y del comportamiento.

El indicador de la meta física es el número de personas tamizadas, mientras que el indicador de desempeño es el porcentaje de personas con problemas psicosociales y/o trastornos de salud mental detectadas.

¿Esta intervención atiende las causas de la problemática de embarazo adolescente?

Existe evidencia que sugiere que las iniciativas que apuntan, entre otros objetivos, a mejorar las competencias socio emocionales de las adolescentes pueden ser herramientas efectivas

para la reducción del embarazo adolescente.⁵¹ Asimismo, las personas entrevistadas mencionan la vinculación existente entre el embarazo en adolescentes y la salud mental. En primer lugar, mencionan que el embarazo adolescente está vinculado con la funcionalidad de la familia, es decir, de situaciones o condiciones psicosociales que están alrededor del desarrollo de la niña y del adolescente que, por ejemplo, por maltrato o negligencia, influyen en el embarazo adolescente. En segundo lugar, está claramente relacionado a través del abuso sexual, problema que generalmente se da en los ambientes más íntimos. En tercer lugar, puede influir sobre el embarazo adolescente el tener una baja autoestima, la falta de un proyecto de desarrollo o el no tener habilidades socioemocionales como el asertividad. En cuarto lugar, por el lado de los trastornos mentales, el embarazo adolescente puede estar relacionado con la depresión, con algunos problemas de conducta y, en la adolescencia tardía, posiblemente, con algunos rasgos de la personalidad como la impulsividad. También está relacionado con el consumo de drogas, alcohol y otras sustancias psicoactivas. Por último, puede estar asociado con problemas del neurodesarrollo, incluido el retardo mental para lo cual se menciona que muchas adolescentes con estos problemas son engañadas y abusadas.

¿Esta intervención es pertinente para prevenir el embarazo adolescente?

Se identifican algunas estrategias para la potenciación de la ESI. Las estrategias que han buscado potenciar la ESI con el fortalecimiento de habilidades blandas y desarrollo personal son las que han demostrado tener un mayor éxito que la aplicación de la ESI tradicional.⁵² Estas incluyen:

1. El desarrollo integral y de habilidades blandas y elaboración de proyectos de vida por parte de los adolescentes. Entre las estrategias usadas para ello se incluye el fortalecimiento de los liderazgos femeninos (modelos de roles).
2. El enfoque en el cambio de las condiciones psicosociales, factores de riesgo y protectores que involucran la sexualidad a través de la mejora del conocimiento sobre los riesgos y consecuencias del embarazo y las ETS, valores y actitudes con respecto al sexo, percepciones de las normas de los compañeros sobre sexo y anticoncepción, entre otros.
3. La promoción de la comunicación entre padres e hijos.
4. La mejora de los proyectos de vida y expectativas para el futuro, así como mejora en el rendimiento escolar.

¿Esta intervención está basada en la evidencia?

Dentro del PP 0131: “Control y prevención de salud mental” se sustentan con evidencias sólidas la efectividad de intervenciones vinculadas con familias saludables para la prevención y control de problemas y trastornos de salud mental. Específicamente, se presenta evidencia vinculada con la intervención de Familias Fuertes sobre i) la efectividad de programas dirigidos a los padres para prevenir, modificar o reducir el uso de sustancias en niños y adolescentes entre 10 y 18 años; y ii) evaluaciones de intervenciones preventivas selectivas en hijos (0–17 años) de padres o apoderados con problemas de consumo de alcohol u otras drogas (al menos uno de ellos), ya sea abuso o dependencia. Asimismo, se presenta evidencia asociada con recomendaciones sobre el tamizaje de trastornos depresivo (en personas en riesgo) y de problemas de uso de alcohol, en el primer nivel de atención. Sin embargo, toda esta evidencia

⁵¹ Favara, M, Lavado, P, Sánchez, A. Understanding teenage fertility in Peru: An analysis using longitudinal data. *Rev Dev Econ.* 2020; 44: 1217– 1236. <https://doi.org/10.1111/rode.12648>.

⁵² La gran mayoría de intervenciones que han demostrado algún nivel de efectividad están basadas en algún tipo de prestación de educación sexual. Ver sección de evidencias del segundo entregable de la presente consultoría para información más específica y detalles de las intervenciones.

no da cuenta de la efectividad de estas intervenciones sobre el embarazo adolescente.

¿Esta intervención es efectiva para prevenir el embarazo adolescente?

No se ha encontrado información sobre la efectividad de estas intervenciones en el país. Entre las personas entrevistadas en el ámbito regional se han mencionado elementos que afectan la efectividad de las actividades asociadas al control y prevención de la salud mental. Estos se mencionan a continuación:

1. Uno de los problemas para la realización de talleres de fortalecimiento personal es la baja programación que se hace en el año (puede ser 1 por año) y tienen baja cobertura (como 15 personas por taller) lo que hace que se llegue a muy pocos adolescentes.
2. Se mencionan algunas barreras para la implementación de estrategias de salud mental, como la ausencia de profesionales de salud mental en los centros de salud (no se especifican cifras).
3. Existe una deficiencia de personal que dificulta el trabajo comunitario, sin el cual es poca la llegada que se tiene a los adolescentes ya que estos no suelen ir a los establecimientos de salud.
4. En el caso de las intervenciones extramurales, según refieren los entrevistados, estas se realizan en el contexto escolar, pero fuera del horario escolar. Dicho esto, algunos adolescentes tienen dificultades para regresar y estar presentes.
5. En el caso de las actividades que se programan en el horario escolar, la dificultad es que muchas veces se cruzan con otras y se terminan suspendiendo. En esta misma línea, no es infrecuente que las IIEE soliciten no continuar el trabajo conjunto con los programas de salud mental porque consideran que los requerimientos son difíciles de cumplir.

Por otro lado, los entrevistados dan cuenta que el programa “Familias Fuertes”, busca principalmente fortalecer las habilidades sociales de los adolescentes y de comunicación con sus familias. Esto se hace con la finalidad de evitar situaciones de riesgo, como son el embarazo adolescente, consumo de drogas, ingreso a pandillas, entre otros. Asimismo, se trabaja en el fortalecimiento de proyectos de vida, empoderamiento y toma de decisiones.

Si bien esta intervención tiene, entre otros objetivos, la prevención del embarazo adolescente, ésta se enfoca en la prevención del uso de drogas.⁵³ Asimismo, al tener un enfoque preventivo; es decir que busca llegar, de manera activa, a familias que cumplen criterios para llevar a cabo el programa, en los que se incluye el no ser familias con “problemas complejos” (familias cuyos hijos no tengan problemas relacionados a los elementos que se buscan prevenir); y considerando que el embarazo adolescente puede estar cruzándose con otras situaciones de vulnerabilidad en las adolescentes e inclusive, a la existencia de embarazos previos, este tipo de intervenciones podría no estar llegando a la población de adolescentes que lo requiere.

Un elemento que llama la atención, específicamente sobre la actividad de “Familias Fuertes”, la cual se menciona por los expertos como la principal, es que se desarrolla con un grupo máximo de 15 adolescentes y sus respectivos padres (madre o padre) o cuidadores y tiene una duración de 120 minutos. Asimismo, se desarrolla a través de múltiples sesiones, lo cual hace que su seguimiento sea más complicado aún, haciéndola poco pertinente.

⁵³ <https://www.gob.pe/8449-comision-nacional-para-el-desarrollo-y-vida-sin-drogas-programa-familias-fuertes-amor-y-limites>

¿Esta intervención es complementaria con alguna otra? ¿Cuál?

En general, estas intervenciones requieren de una estrecha vinculación con los proveedores del servicio de educación básica. A partir de las personas entrevistadas se identificaron los esfuerzos de trabajar con las IIEE. Por un lado, se trabaja con los tutores o los docentes o si hubiese, psicólogos de las IIEE para que hagan la derivación al establecimiento más cercano cuando detectan problemas de diverso tipo en los estudiantes, para el entrenamiento en habilidades sociales en adolescentes. En el caso de la intervención “Familias Fuertes”, el sector salud se acerca a establecer contacto con las IIEE y se evalúa junto con la IE a aquellas familias con hijos de 10 a 14 años que tengan problemas de violencia familiar, algunas dificultades de comunicación o dificultades para manejar el comportamiento, pero no en situaciones graves. El área de tutoría de la IE define a qué familias se invitan y se evalúa. Es en la propia IIEE (fuera del horario escolar) donde se realizan los talleres, por personal del EESS.

También se menciona la necesidad de complementarse con los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR), al menos para la conducción del tamizaje de salud mental al brindarse los servicios de SSR.

¿Qué limitaciones existen que dificultan o impiden su articulación?

Algunos entrevistados mencionan que, si bien temáticamente hay una estrecha vinculación entre los distintos problemas de salud que afectan a los adolescentes, en el sector se actúa como en compartimentos estancos, es decir, existe muy poca articulación en el trabajo práctico en los territorios, “salud mental va por un lado y la salud materno neonatal por otro lado”, aunque últimamente sí se están buscando puntos de coincidencias, sobre todo a partir del diseño de los PPOr.

En cuanto al trabajo con las IIEE, una limitación que se menciona es que la IE puede terminar rompiendo los acuerdos en las sesiones establecidas, por cruces de fechas con algunas actividades escolares que impiden que los adolescentes participen en los talleres o que no se disponga de las instalaciones de la IE para su realización.

7.1.4 Actividad 3000907: Estudiantes de secundaria de 11 a 17 años y extraedad, vivencian experiencias de aprendizaje para desarrollar sus competencias en prevención del acoso y de la violencia sexual

Programa Presupuestal 1002: PPOr Reducción de violencia contra la mujer

Sector Educación

Descripción⁵⁴

La actividad está compuesta por sesiones escolares para el desarrollo habilidades conductuales y socio emocionales dirigidas a prevenir la violencia sexual, la violencia de pareja y el consumo de sustancias en la adolescencia para adolescentes (entre 11 y 19 años en promedio). Está constituida por 4 servicios:

1. Servicio 1: Charla única de 45 minutos sobre las actitudes de coerción sexual e influencia del género y la educación en sus percepciones sobre la violación. La charla

⁵⁴ Descripción basada en el documento de diseño del Programa Presupuestal 1002: PPOr Reducción de violencia contra la mujer.

se centra en cuestionar la percepción de que la coerción sexual es justificable bajo ciertas condiciones (aspectos culturales, sociales y/o económicos, entre otros).

2. Servicio 2: Sesiones (7) de capacitación, individuales y familiares, según modelo biopsicosocial que incluyen el modelo de resiliencia y el modelo de ecología social sobre el uso de sustancias.
3. Servicio 3: “Safe Dates”. Producción teatral de 45 minutos, un plan de estudios de 10 sesiones y un concurso de carteles. Busca cambio de comportamiento, roles de género, el comportamiento sexual y las normas de violencia en las relaciones de pareja adolescente, al mismo tiempo que mejorar las habilidades de manejo de conflictos.
4. Servicio 4: “Dating Matters” busca reforzar factores de protección y reducir los factores de riesgo de la violencia de pareja en adolescentes (6to – 8vo. Grado, 7 sesiones en 6to y 7mo, y 10 en 8vo grado).

¿Esta intervención atiende las causas de la problemática de embarazo adolescente?

Esta intervención sí está asociada con la atención de las causas y/o factores asociados al embarazo adolescente. La violencia sexual es una de las causales de embarazo adolescente en nuestro país. De hecho, los embarazos de niñas entre los 10 y 14 años son, casi siempre, el resultado de violencia sexual o relaciones coaccionadas. Más aún, la evidencia indica que el ambiente del hogar es el más frecuente donde ocurren estos hechos. Un reflejo de ello es el hecho de que, en 2021, luego de un año de restricciones de movilidad y cierre de IIEE, motivo por el que las niñas y adolescentes tuvieron que pasar un mayor tiempo en sus casas, se evidenció un incremento del embarazo en niñas de 14 años o menos, lo que da cuenta de la agudización de este problema.

Asimismo, los expertos señalan que, la violencia basada en género que se establece en las relaciones desde etapas tempranas se asocia con una mayor frecuencia de relaciones sexuales no protegidas y riesgo de embarazo.

Se ha identificado, además, la asociación entre la violencia dentro del hogar, de manera general, con las uniones tempranas entre las adolescentes, quienes buscan huir de la situación en que se encuentran estableciendo relaciones de pareja y huyendo de sus casas.⁵⁵

¿Esta intervención es pertinente para prevenir el embarazo adolescente?

Las recomendaciones sobre intervenciones efectivas para la reducción del embarazo adolescente dadas por la OMS⁵⁶ incluyen la prevención de la violencia contra los niños y niñas, incluyendo la prevención de violencia sexual, bajo el título de “Reducción de las relaciones sexuales bajo coacción”. Para ello se recomienda:

1. Empoderar a las niñas para que se resistan a las relaciones sexuales forzadas. Las adolescentes pueden sentirse impotentes frente a la coacción sexual. Es necesario empoderar para que se protejan a sí mismas, y para que pidan y obtengan asistencia eficaz. Los programas que fortalecen la autoestima desarrollan habilidades para la vida, y mejoran los vínculos con las redes y apoyos sociales pueden ayudar a las adolescentes a oponerse a las relaciones sexuales no deseadas.
2. Influir sobre las normas sociales que condonan las relaciones sexuales bajo coacción.

⁵⁵ Plan Internacional, UNFPA (2019). Las adolescentes peruanas en matrimonio o unión: Tradiciones, desafíos y recomendaciones Primera edición, junio.

<https://peru.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/estudio-uniones-tempranas-web.pdf>

⁵⁶ OMS, UNFPA (2011). Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias.

Los esfuerzos por empoderar a las adolescentes deben acompañarse de esfuerzos por cuestionar y modificar las normas que condonan el sexo bajo coacción, especialmente las normas de género.

3. Invitar a los varones a cuestionar las normas y prácticas de género. Los varones pueden ver la violencia de género y la coacción sexual como algo normal. Deben ser convocados a desarrollar una mirada crítica sobre los efectos negativos de esas actitudes sobre las niñas, mujeres, familias y comunidades. Esto podría persuadirlos a cambiar sus actitudes y a abstenerse de comportamientos violentos y coercitivos.

Si bien la intervención puede pretender abordar algunos de estos temas (específicamente el 1 y 3), resulta insuficiente en la medida que se enfoca en charlas únicamente, cuyo alcance es limitado. De hecho, la intervención pensada para el abordaje de las relaciones bajo coacción, problema estrechamente relacionado a las concepciones culturales que existen en las que la inequidad de género se ha normalizado, así como las inequidades de poder; incluye una única charla. Esto resulta ciertamente insuficiente para abordar uno de los problemas más complejos de nuestra sociedad.

En la intervención no se identifican acciones que busquen cambiar normas sociales, o que trabajen específicamente en combatir la inequidad de género. Ambos son aspectos elementales para reducir la violencia hacia la mujer y sus consecuencias, incluyendo el embarazo adolescente e infantil.

¿Esta intervención está basada en la evidencia?

Esta intervención aparece como efectiva en una revisión basada en la evidencia de programas de prevención de la agresión sexual.⁵⁷ No se cuenta con evidencia que dé cuenta de la efectividad de esta intervención sobre el embarazo adolescente.

¿Esta intervención es complementaria con alguna otra? ¿Cuál?

La intervención requiere de articulación dentro del propio sector Educación (para su inclusión en las acciones de tutoría como parte de la programación de las IE) y con el sector Salud, pues los canales de entrega (puntos de atención) son los siguientes:

- Servicio 1: Institución educativa (EBR y EBA)
- Servicio 2: Institución educativa
- Servicio 3: Institución educativa y ceba (dentro de las horas de tutoría).
- Servicio 4: Instituciones educativas (dentro de las horas de tutoría) y EESS.

¿Qué limitaciones existen que dificultan o impiden su articulación?

No se cuenta con información sobre dificultades o impedimentos para su articulación pues es una intervención que todavía no se implementa.

7.1.5 Actividades vinculadas con el embarazo adolescente del Programa Presupuestal 0002 Salud Materno Neonatal

- **Actividad 5000042: Mejoramiento del acceso de la población a métodos de planificación familiar**
- **Actividad 5000043: Mejoramiento del acceso de la población a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva**

⁵⁷ Shannon Morrison, Ph.D. Jennifer Hardison, M.S.W. Anita Mathew, M.P.H. Joyce O'Neil, M.A. An Evidence-Based Review of Sexual Assault Preventive Intervention Programs. RTI International Health, Social, and Economics Research. Research Triangle Park, NC 27709. NIJ Grant Number: 2002-WG-BX-0006.

Descripción⁵⁸

- **Actividad 5000042: Mejoramiento del acceso de la población a métodos de planificación familiar**

Esta actividad incluye todo el conjunto de acciones, procedimientos e intervenciones relacionadas con la información, educación, orientación y la prescripción y provisión de métodos anticonceptivos dirigidos a las mujeres y hombres en edad fértil.

Este servicio se ofrece para aquellas personas que recibieron una consejería en Salud Sexual y Reproductiva o una orientación en anticoncepción quirúrgica voluntaria. En la tercera sesión de estas consejerías se le consulta si desea utilizar algún método anticonceptivo, en caso la respuesta sea afirmativa se le ofrecen los métodos en el siguiente orden: anticoncepción oral, condón masculino y femenino, abstinencia periódica, método de lactancia materna, dispositivos intrauterinos, anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina y anticoncepción quirúrgica voluntaria masculina.

- **Actividad 5000043: Mejoramiento del acceso de la población a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva**

Esta actividad corresponde a las atenciones que se brinda a la persona o pareja para que logren tomar decisiones voluntarias, informadas y responsables acerca de su fecundidad y vida reproductiva. Dicha atención es realizada por médicos gineco obstetras, médicos cirujanos, obstetras u otro personal capacitado.

Esta atención incluye:

- 2 atenciones x 30 minutos al año (en Orientación y Consejería general).
- 3 atenciones x 30 minutos en el año (en Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Femenina y Masculina):
 - 1ra atención: orientación y consejería general
 - 2da atención: consejería especial en AQV
 - 3ra atención a las 72 horas para la firma del consentimiento informado, post periodo de reflexión).
- La entrega de materiales audiovisuales.

Como parte de esta intervención se incluye la captación de mujeres con demanda insatisfecha de planificación familiar, quienes son captadas en el momento de la realización de actividades extra e intramurales, tales como visitas domiciliarias y campañas.

¿Esta intervención atiende las causas de la problemática de embarazo adolescente?

Estas actividades sí están vinculadas con la atención de las causas y/o factores asociados al embarazo adolescente. Como se indicó previamente, entre los principales factores asociados al embarazo adolescente se identifica la falta de educación sobre prevención del embarazo y acceso a métodos anticonceptivos (MAC) modernos por parte de los adolescentes. Según la ENDES, entre 2015 y 2021, el uso de MAC modernos entre las adolescentes actualmente unidas se ha incrementado en menos de 3 puntos porcentuales pasando del 51.6% al 54.5%. Si hablamos de las adolescentes en general, este porcentaje disminuye a 12.6% en 2015 y

⁵⁸ Descripción basada en el Anexo 2 del Programa Presupuestal 002 Salud Materno Neonatal emitido por el Ministerio de Salud para el año 2021.

12.1% en 2021.

A pesar de que las recomendaciones actuales para uso de MAC modernos en adolescentes apuntan al uso de métodos anticonceptivos de larga duración (LARC por sus siglas en inglés), estos son usados apenas por el 1% de las adolescentes entre los 15 y 19 años. Si bien esta cifra (mantenida entre 2020 y 2021) es mayor que la de los años previos (entre 2015 y 2019 la cifra fue entre 0.1 y 0.4, respectivamente) está lejos de ser una cifra sustantiva.

El bajo uso de LARC, el uso de métodos de manera inadecuada o la necesidad de hacer visitas frecuentes a los servicios para renovar métodos son elementos que favorecen la falla o el abandono de estos.

¿Esta intervención es pertinente para prevenir el embarazo adolescente?

La provisión misma de los MAC recae sobre las actividades 5000042 y 5000043. Si bien la provisión de MAC se considera como elemental para la reducción del embarazo adolescente, particularmente entregada de la mano de la orientación y educación al respecto. Sin embargo, algunos aspectos de esta actividad llaman la atención:

1. La prestación de servicios de prevención de embarazo incluye no solo la consejería, sino que también considera la provisión de MAC, lo cual concuerda con la evidencia sobre la necesidad de que la provisión de información se acompañe de insumos que permitan la toma de decisiones. Sin embargo, se especifica que para hacer la entrega se llevan a cabo tres sesiones o atenciones. Más allá del hecho de que se recomienda que los servicios se acerquen a los jóvenes y no que tengan que acceder necesariamente a los establecimientos; este planteamiento no tiene sentido considerando la importancia de aprovechar las pocas oportunidades en que los adolescentes acceden a los servicios, lo que la aleja mucho de las necesidades de la población.

2. Según las normas actuales, la provisión de los servicios no requiere ni de la compañía ni aprobación de los padres para recibir los servicios de SSR. Este es un elemento que favorece la entrega de los servicios al restar condiciones y eliminar una barrera importante para el acceso.

3. Si bien se reconoce que la provisión de LARC es parte de la oferta a las adolescentes, lo cual se alinea con las recomendaciones internacionales, se establece en la definición operativa de la actividad que el ofrecimiento se hace en el siguiente orden: anticoncepción oral, condón masculino y femenino, abstinencia periódica, método de lactancia materna, dispositivos intrauterinos, anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina, y anticoncepción quirúrgica voluntaria masculina. Esto no se alinea con las recomendaciones para adolescentes, a quienes los LARC deberían ser los primeros métodos por ofrecerse.

Lo señalado refleja que estas actividades no necesariamente están pensadas en adolescentes, sino que tienen un enfoque pensado en la población general, que no necesariamente responde a sus necesidades.

¿Esta intervención está basada en la evidencia?

Las recomendaciones de los organismos internacionales (OPS, OMS, entre otros)⁵⁹ incluyen el incremento del uso de MAC para la reducción del embarazo adolescente. En este sentido, elementos como i) la gratuidad de los métodos, ii) la legislación actual sobre el acceso libre, sin necesidad del acompañamiento de los padres, y iii) la educación sobre una amplia gama

⁵⁹ OMS. Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78253/WHO_FWC_MCA_12_02_spa.pdf;jsessionid=9057306D4EB383DE829BEA7AA032901D?sequence=1

de MAC; son elementos recomendados y cuya efectividad es reconocida.

Asimismo, la evidencia científica demuestra que solo cuando las actividades educativas se suman a la entrega de MAC tienen potencial de tener un impacto en la reducción del embarazo adolescente.⁶⁰

¿Esta intervención es efectiva para prevenir el embarazo adolescente?

Algunos indicadores que dan cuenta de las deficiencias respecto a la entrega de MAC a adolescentes son los siguientes:

a. Entre el grupo de adolescentes (15 a 19 años), el uso de MAC modernos ha oscilado alrededor del 11% entre las adolescentes en general y del 50% en las adolescentes actualmente unidas. Más aún, entre la MAU, este es el grupo que reporta el más bajo uso de MAC modernos en comparación a los otros grupos etarios, exceptuando el grupo entre los 45 y 49 años.⁶¹

b. Del total de adolescentes entre los 14 y 17 años que recibieron consejería, los que recibieron MAC fueron aproximadamente 25% y 33% (mujeres y hombres respectivamente).⁶²

¿Esta intervención es complementaria con alguna otra? ¿Cuál?

Teóricamente estas actividades complementan la Actividad 5000058; sin embargo, encontramos que la manera en que los servicios se han planeado no se alinea con las características y necesidades de la población y que el ofrecimiento de los MAC no sigue las recomendaciones para adolescentes.

¿Qué limitaciones existen que dificultan o impiden su articulación?

Tal como se ha mencionado previamente, la barrera para proveer, de manera complementaria, la información y los insumos (MAC) continúan siendo los prestadores de salud. Asimismo, la ausencia de estrategias diseñadas para llegar a los adolescentes (identificación de espacios alternativos para la atención de consejería y provisión de insumos, estrategias de educación no formal, medios de comunicación con llegada a ellos, entre otros) constituyen una barrera para que se presten los servicios de manera complementaria y efectiva.

7.1.6 Otras actividades vinculadas con el embarazo adolescente del Programa Presupuestal 0002 Salud Materno Neonatal

- **Actividad 5000059: Brindar información sobre salud sexual y reproductiva y métodos de planificación familiar**
- **Actividad 5005984: Promoción de prácticas saludables para el cuidado de la salud sexual y reproductiva en familias.**
- **Actividad 5005985: Capacitación a actores sociales que promueven la salud sexual y reproductiva**

⁶⁰ OringanjeC, MeremikwuMM, EkoH, EsuE, MeremikwuA, EhiriJE. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 2. Art. No.: CD005215. DOI: 10.1002/14651858.CD005215.pub3.

⁶¹ Fuente: ENDES 2017-2021.

⁶² Defensoría del Pueblo (2018). Resultados de la supervisión defensorial a los servicios de salud diferenciados para la atención integral a adolescentes. Julio.

Descripción⁶³

- **Actividad 5000059: Brindar información sobre salud sexual y reproductiva y métodos de planificación familiar**

Esta actividad consiste en el ofrecimiento de servicios de información y sensibilización a la población sobre salud y reproducción. Esto incluye la promoción de hábitos y entornos saludables para preservar la salud materna neonatal, disminuir la morbilidad y mortalidad materna neonatal. Esta difusión de información se hace a través de medios de comunicación tradicionales (radio, televisión, redes sociales, etc.) como alternativos (vallas, paneles, murales, entre otros). Es también parte de esta actividad la orientación a comunicadores sobre la salud sexual y reproductiva, y el diseño y difusión en lugares públicos de contenido comunicacional de salud sexual.

- **Actividad 5005984: Promoción de prácticas saludables para el cuidado de la salud sexual y reproductiva en familias.**

Comprende las acciones sobre consejerías en prácticas saludables en salud sexual y reproductivas realizadas a familias. Estas consejerías son realizadas por personal capacitado durante visitas domiciliarias o mediante tele orientación.

Esta actividad se distribuye a través de tres subactividades:

1. Consejería en el hogar durante la visita domiciliaria, a familias de la gestante y puérpera para promover prácticas saludables en salud sexual y reproductiva. Este consiste en brindar educación para la salud a través de consejería en prácticas saludables en salud sexual y reproductiva, desarrolladas en la vivienda de la familia, durante la visita domiciliaria, así como, a través de la teleorientación / telecapacitación, para familias con gestantes y puérperas. Estas consejerías tienen las siguientes características:
 - a. Duración de 45 minutos
 - b. Contenido ajustado al periodo en el que esté la gestante o puérpera:
 - i. Entre las semanas 14 y 27: cuidado del embarazo
 - ii. Entre las semanas 28 y 42: cuidado del recién nacido
 - iii. 7 días post parto
 - iv. Entre los 28 y 30 días de producido el parto.
2. Agentes comunitarios de salud capacitados realizan orientación a familias de gestantes y puérperas en prácticas saludables en salud sexual y reproductiva. Este consiste en brindar orientación en prácticas saludables en salud sexual y reproductiva, por parte del agente comunitario de salud capacitado por el personal de salud. Se realiza en la vivienda de las familias, durante la visita domiciliaria, o en un local comunal u otro que la considere necesario, así como a través de la Teleorientación/Telecapacitación.

Se otorgan dos orientaciones:

- i. Entre las semanas 28 y 40 de gestación
- ii. En los primeros 7 días de producido el parto.

⁶³ Descripción basada en el Anexo 2 del Programa Presupuestal 002 Salud Materno Neonatal emitido por el Ministerio de Salud para el año 2021.

Durante el desarrollo de las visitas, el Agente Comunitario de Salud aplica la ficha de visita domiciliaria proporcionada por el personal de salud. La visita domiciliaria se puede realizar en conjunto con el personal de salud, caso contrario el Agente Comunitario de Salud debe notificar al establecimiento de salud los hallazgos de la actividad realizada.

3. Sesiones educativas a familias de adolescentes en salud sexual integral: Consiste en brindar educación para la salud a través de sesiones educativas a familias con adolescentes del ámbito de jurisdicción de un establecimiento de salud para promover la salud sexual integral. Estas acciones son realizadas por personal de salud capacitado, en un local comunal y/o a través de la teleIEC / telecapacitación u otro que la considere necesario. Para estas sesiones se utiliza la cartilla educativa para padres de familia sobre adolescencia y salud sexual integral, que cuenta con 7 ejes temáticos, de los cuales se debe brindar mínimo 4 sesiones educativas repartidas en 1 hora de duración, una de ellas siempre será la orientada a planificación familiar.

Los indicadores de producción física de la actividad son el número de familias con gestantes y puérperas que recibieron consejería en el hogar sobre prácticas saludables en el cuidado de la salud sexual y reproductiva, y el número de familias de adolescentes que recibieron sesiones educativas en salud sexual integral.

- **Actividad 5005985: Capacitación a actores sociales que promueven la salud sexual y reproductiva**

Esta actividad involucra acciones sobre capacitaciones a actores sociales, de manera que se promueva en la comunidad la salud sexual y reproductiva. Para ello se ofrecen capacitaciones a docentes de la Educación Básica Regular (EBR) y personal de los municipios para la orientación de recursos en acciones que favorezcan espacios educativos que promuevan la educación sexual y reproductiva en gestantes y adolescentes.

La actividad contiene dos subproductos.

1. Docentes capacitados realizan educación sexual integral desde la institución educativa. Este consiste en brindar sesiones educativas, por parte del personal de salud capacitado en pautas para el desarrollo de Educación Sexual Integral en el aula, a docentes de instituciones educativas de EBR a partir del 5to. grado de primaria.
2. Funcionarios municipales capacitados gestionan espacios educativos para promover la salud sexual y reproductiva. Este consiste en brindar asesoramiento/reuniones de abogacía/telegestión, planificación, capacitación/telecapacitación, monitoreo y evaluación por parte de personal de salud, para la orientación de recursos en acciones que favorezcan espacios educativos que promuevan la salud sexual y reproductiva en gestantes y adolescentes a funcionarios municipales e integrantes del comité multisectorial.

Los espacios generados por la actividad son:

1. Casa Materna: Las acciones de incidencia y asesoramiento también son dirigidas al Concejo Municipal y comité multisectorial (Comité de Gestión Local de Casa Materna), liderado por la municipalidad, con el asesoramiento del personal de salud (4 reuniones de 01 hora de duración, cada una, en promedio) y se realizan en el local de la municipalidad, y/o a través de la telegestión y telecapacitación, u otro que se considere pertinente.
2. Centros de Desarrollo Juvenil: Conjunto de acciones que desarrolla un municipio provincial o distrital en coordinación con el personal de salud, con la finalidad de adecuar y/o construir y/o equipar, así como mantener en funcionamiento uno o más

locales destinados a ser Centros de Desarrollo Juvenil (CDJ); se realizan de acuerdo con los criterios técnicos establecidos por el Ministerio de Salud.

La actividad tiene indicadores de producción física, los cuales dependen de cada subproducto. Para el subproducto orientado a capacitación a docentes, el indicador es el número de docentes que han recibido orientación, mientras que, para el otro subproducto, el indicador es el número de municipios que reciben asesoramiento.

¿Esta intervención atiende las causas de la problemática de embarazo adolescente?

Estas actividades sí están vinculadas con la atención de las causas y/o factores asociados al embarazo adolescente. Por un lado, se reconoce la importancia de que la difusión, por distintos medios, de información sobre SSR y prevención del embarazo adolescente llegue de manera adecuada a los adolescentes. Para ello se plantea como una necesidad la modificación de mensajes e incursión en los medios usados con frecuencia por esta población.

Sobre el bajo acceso a MAC y de manera particular, a los LARC, se detalla la vinculación con las causas en la “Actividad 5000058: Brindar servicios de salud para prevención del embarazo en adolescentes”.

Considerando la importancia de la ESI y del rol que juegan los docentes para la prestación de esta (ver actividad ESI), esta actividad responde a las necesidades de la ESI. Esto es particularmente importante considerando que la ESI no cuenta por sí misma con productos o actividades específicas de programas presupuestales que la sostenga.

Asimismo, la capacitación de funcionarios resulta esencial para la priorización, orientación de recursos, el seguimiento y la sostenibilidad de las acciones que favorezcan espacios educativos que promuevan la educación sexual y reproductiva en adolescentes.

¿Esta intervención es pertinente para prevenir el embarazo adolescente?

Los expertos refieren la importancia de hacer llegar la información a los adolescentes de manera efectiva. Si bien la Actividad 5000059 (brindar información) alude al uso de diversos medios, incluyendo tradicionales y alternativos; así como a la capacitación de los comunicadores para difundir mensajes, no tenemos información que nos indique qué tipo de mensajes se están compartiendo y en qué medida estos se adaptan a las necesidades de la población. Debido a esta falta de información, no es posible conocer si los mensajes y la información provista, así como las bases teóricas en las que se han construido son pertinentes a las necesidades de los adolescentes.

Según establece la Actividad 5005984 (promoción de prácticas saludables), las intervenciones involucran a las familias, lo cual se alinea con las recomendaciones respecto de buscar apoyo en los padres y personas cercanas para promover el uso de medidas para prevenir el embarazo adolescente. Asimismo, las intervenciones son dadas en el ámbito del hogar, lo cual, si bien facilita el acceso, puede también constituir un impedimento para acceder a los métodos, al no contarse con un espacio privado y que de seguridad para las adolescentes. Finalmente, es importante mencionar que esta actividad comprende únicamente la consejería y no se señala la entrega efectiva de MAC, lo cual no se alinea con las recomendaciones de entrega conjunta.

En cuanto a la Actividad 5005985 (capacitación a actores sociales), algunos de los entrevistados que tienen experiencia en la temática del ámbito de la cooperación señalan que algunas de las deficiencias para la prestación de la ESI parten de la falta de capacidades de los docentes en temas relacionados a salud sexual y reproductiva. Asimismo, se considera un problema el hecho de que no se cuente con herramientas para medir las capacidades de los

docentes para impartir esta materia.

¿Esta intervención está basada en la evidencia?

El diseño del PP de Salud Materno Neonatal contiene evidencia de buena calidad sobre i) programas integrales de salud de los adolescentes que incluyen servicios de salud sexual y reproductiva y otros servicios de salud, así como educación y apoyo social; ii) la efectividad de intervenciones educativas para mujeres puérperas en uso de anticonceptivos (tipos de intervenciones en adolescentes: visitas domiciliarias, servicios en consultorios y consejería personalizada con seguimiento por teléfono); y iii) estrategias para comunicar a los consumidores la efectividad de los anticonceptivos para prevenir embarazos. Sin embargo, al encontrarse como alternativas de solución para una problemática más amplia como lo es la salud materno neonatal, estas intervenciones no están diseñadas para su acción articulada sobre la prevención del embarazo adolescente, como lo sugiere la evidencia analizada.

¿Esta intervención es efectiva para prevenir el embarazo adolescente?

En cuanto a la Actividad 5000059 (brindar información), si bien no podemos dar cuenta de la efectividad de estas intervenciones en el país, sí podemos afirmar que, en la medida que las estrategias no estén siendo enfocadas en adolescentes y tomando en cuenta las características de esta población se limita la efectividad que puedan tener.

Por el lado de la capacitación a actores sociales, si bien no se cuenta información que dé cuenta de la efectividad de las acciones de capacitación en los docentes, estas potencialmente podrían resultar claves para impartir la ESI en el ámbito escolar, reduciendo las deficiencias en las competencias docentes en esta materia. Algunos funcionarios y expertos del sector revelan que los cruces de horario, así como la carga académica que tienen las IIEE, son impedimento para que se lleve a cabo las capacitaciones a los docentes.

¿Esta intervención es complementaria con alguna otra? ¿Cuál?

De las actividades aquí analizadas, al menos la Actividad 5005985 (capacitación a actores sociales) debería estar fuertemente articulada con la ESI. Como se indicó previamente, en los “Lineamientos de Educación Sexual Integral para la Educación Básica” se menciona que existe un nivel de articulación entre las IIEE y los servicios de salud, por lo que se debería cubrir las necesidades respecto a anticoncepción y SSR que sean identificadas en la escuela; mientras que, la “Norma técnica de salud para la atención integral de salud de adolescentes” establece que deben haber interacciones con instituciones educativas, así como otras instituciones, de modo que se genere el espacio para el desarrollo de acciones conjuntas entre salud y educación a favor de la población adolescente.

Si bien se plantea estos niveles de complementariedad en la teoría, en la práctica esto no se vendría dando. Las personas entrevistadas, tanto de la cooperación internacional como las expertas en programa de salud adolescente, salud mental y otros, dan cuenta de que los flujos de derivación no son claros y no hay una noción del derecho de los adolescentes de acceder a los servicios de SSR, por lo que esta cae en la discreción de los docentes y/o prestadores de salud y su propia valoración de la necesidad del servicio.

¿Qué limitaciones existen que dificultan o impiden su articulación?

No contamos con información adicional a la descrita previamente que dé cuenta de las limitaciones en la articulación de estas intervenciones.

7.1.7 Actividad 5000070: Entregar a población adolescente información sobre infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA

Programa Presupuestal 0016: TBC-VIH/SIDA

Sector Salud

Descripción⁶⁴

La actividad comprende al conjunto de intervenciones normadas por el Ministerio de Salud que contribuyen a disminuir conductas sexuales de riesgo orientadas a la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y el virus del VIH. Así, están consideradas las orientaciones/consejerías, sesiones educativas, y en los adolescentes en riesgo la oferta de pruebas de tamizaje para ITS (sífilis y HB) y VIH, entrega de preservativos, pruebas de diagnóstico de ITS (sífilis y HB) y VIH –confirmación en adolescentes que resultaron reactivos, vinculación a los servicios de tratamiento antirretroviral (TAR) para el manejo integral, tratamiento y seguimiento de casos.

La población objetivo son los adolescentes de 12 a 17 años para la consejería y población de 14 a 17 años para el tamizaje y son atendidos por personal de salud que debe tener una capacitación no menor a 24 horas una vez al año. Para medir el desarrollo de la actividad se utiliza el indicador de producción física “Número de adolescentes informadas para ITS y VIH”.

¿Esta intervención atiende las causas de la problemática de embarazo adolescente?

No se cuenta con evidencia estadística a nivel nacional que sugiera una asociación entre la frecuencia de VIH y el embarazo adolescente. En esta línea es importante mencionar que el Perú es un país catalogado como de epidemia concentrada de VIH, lo que significa que se focaliza en hombres que tienen sexo con hombres y mujeres trans. Dicho esto, al margen de que los nombres o descripción general de las actividades incluidas puedan ser similares, el detalle estas y su enfoque difieren al ser muy diferentes las poblaciones a las que van dirigidas.

¿Esta intervención es pertinente para prevenir el embarazo adolescente?

Si bien, en el caso de esta actividad, hay un componente de consejería y provisión de preservativos, no se contempla la integralidad de la educación recomendada para la prevención del embarazo en adolescentes. La consejería está pensada para la prevención de las ITS y el VIH y solo el uso de preservativos no es lo recomendable para la reducción del embarazo adolescente. A pesar de que esta actividad se centra en la población objetivo, es importante tomar en cuenta que las intervenciones para la prevención de VIH han estado enfocadas en la prevención del contagio y el cuidado de la población de hombres que tienen sexo con hombres y mujeres trans, por lo que no atienden de manera directa la problemática de embarazo adolescente.

¿Esta intervención está basada en la evidencia?

La evidencia sugiere que los programas basados en la escuela en los que se imparte información completa sobre la reducción de riesgos y uso de anticonceptivos, incluyendo los preservativos, tiene un efecto positivo en reducir las probabilidades de contraer ITS, así como incremento de uso de condones y otros métodos.^{65,66}

⁶⁴ Descripción basada en el Anexo 2 del Programa Presupuestal 0016: TBC-VIH/SIDA emitido por el Ministerio de Salud para el año 2021.

⁶⁵ Mason-Jones AJ, Sinclair D, Mathews C, Kagee A, Hillman A, Lombard C. School-based interventions for preventing HIV, sexually transmitted infections, and pregnancy in adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 11. Art. No.: CD006417. DOI: 10.1002/14651858.CD006417.pub3.

⁶⁶ Rodríguez Ribas C. Adolescent pregnancy, public policies, and targeted programs in Latin America and the Caribbean: a systematic review. Rev Panam Salud Publica. 2021;45:e144. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.144>.

¿Esta intervención es efectiva para prevenir el embarazo adolescente?

No se cuenta con evidencia sobre la efectividad de los programas de prevención de VIH en la reducción del embarazo adolescente. Si bien esta intervención está dirigida a la población de 12 a 17 años, el enfoque de la estrategia de VIH está centrada en hombres gay y mujeres trans, por lo que podemos inferir que no ha tenido impacto en la problemática del embarazo adolescente.

¿Esta intervención es complementaria con alguna otra? ¿Cuál?

El “Protocolo de actuación conjunta entre los Centros Emergencia Mujer (CEM) y los Establecimientos de Salud (EESS.) para la atención a las víctimas de violencia” incluye en las directrices sobre el kit de emergencia, la entrega de antirretrovirales. Sin embargo, actualmente la entrega de estos depende del nivel de establecimiento de salud (los establecimientos de primer nivel no entregan estos fármacos)⁶⁷. Si bien esto debería dar cuenta de al menos cierto nivel de complementariedad y trabajo conjunto, no encontramos evidencia al respecto.

¿Qué limitaciones existen que dificultan o impiden su articulación?

Considerando la entrega de los kits de emergencia para los casos de violencia sexual, como la principal intervención que da cuenta de la complementariedad, podríamos decir que las barreras para la entrega se generan por los prestadores (tanto por desconocimiento de la norma como por una valoración negativa sobre la entrega) así como por fallas en el abastecimiento de los insumos.

7.1.8 Actividades vinculadas con el embarazo adolescente del PP 0049: Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres (JUNTOS)

- **Actividad 5004902: Entrega de incentivos monetarios condicionados a hogares usuarios en situación de pobreza.**
- **Actividad 5004948: Entrega de incentivos monetarios condicionados a estudiantes de hogares usuarios.**

Sector Desarrollo e Inclusión Social

Descripción⁶⁸

- **Actividad 5004902: Entrega de incentivos monetarios condicionados a hogares usuarios en situación de pobreza**

La actividad consiste en el abono del incentivo, por parte del Programa Juntos, en periodos bimensuales, la cantidad de S/ 100 o S/ 200 dependiendo del cumplimiento de corresponsabilidades de uno o dos meses, el cual no genera costos financieros para el usuario, ni intereses sobre el saldo acumulado por el abono. El monto transferido está determinado por el período sobre el cual se haya verificado el cumplimiento de corresponsabilidades de los miembros objetivos del hogar. En el caso de hogares con estudiantes las corresponsabilidades están asociadas con estar matriculados y permanecer

⁶⁷ Directiva Sanitaria para el Uso del Kit para la Atención de Casos de Violencia Sexual, disponible en <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/1893858-directiva-sanitaria-para-el-uso-del-kit-para-la-atencion-de-casos-de-violencia-sexual-directiva-sanitaria-n-083-minsa-2019-dgiesp>

⁶⁸ Descripción basada en el Anexo 2 del Programa Presupuestal 0049: Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres (JUNTOS) emitido por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social para el 2020.

en el sistema educativo escolar en todas las modalidades de Educación Básica, según la normatividad y protocolos del sector Educación; dicha escolaridad es verificada de acuerdo con la asistencia escolar. Para el periodo vacacional normado por el sector Educación, se considera el resultado de la verificación de cumplimiento de corresponsabilidades inmediata anterior.

- **Actividad 5004948: Entrega de incentivos monetarios condicionados a estudiantes de hogares usuarios.**

La actividad consiste en la entrega de un incentivo monetario anual de S/300, a estudiantes de 14 años o más, procedentes de hogares JUNTOS afiliados en el año que corresponde la determinación del incentivo, por haber aprobado el respectivo grado de nivel secundario en el que estuvieron matriculados, y ubicados en el Valle de los ríos Apurímac, Ene y Mantaro (VRAEM) u otra zona que se determine. Asimismo, si cada uno de los hijos o hijas que haya aprobado, se ubicara en el tercio superior de desempeño del respectivo grado del nivel secundario en el que estuvo matriculado, con una nota promedio no menor a 14, recibe un incentivo adicional de S/200 al anterior mencionado.

¿Esta intervención atiende las causas de la problemática de embarazo adolescente?

Estas actividades sí están vinculadas con la atención de las causas y/o factores asociados al embarazo adolescente. Si bien el embarazo en adolescentes se ha relacionado directamente con los niveles de pobreza, así como con ciertas ubicaciones geográficas identificadas como de mayor prevalencia, el factor que parece establecer las mayores diferencias en cuanto a ocurrencia es el nivel educativo. Este no solo se ubica como parte de los factores causales, sino entre las consecuencias más graves del embarazo adolescente, al ser el abandono escolar una de las principales consecuencias de este.

Según la información de la ENDES 2021, casi el 34% de las adolescentes entre los 15 y 19 años, que cuentan solo con educación primaria son madres o están embarazadas, mientras que este porcentaje se reduce a casi el 9% entre las que tienen educación secundaria y menos del 4% entre las que cuentan con estudios superiores.

¿Esta intervención es pertinente para prevenir el embarazo adolescente?

Considerando que el programa promueve la permanencia en la IE y la relación entre dicho indicador y el embarazo adolescente, se podría considerar que se alinea a las necesidades de la población objetivo. Sin embargo, esto no se puede afirmar en la medida que no solo se señala como vital la permanencia sino la posibilidad de la educación de generar capital humano real en las adolescentes, lo cual pasa por incrementar sus posibilidades de desarrollo más allá de la escuela.

¿Esta intervención está basada en la evidencia?

En el diseño del programa presupuestal se presentan evidencias de la efectividad de los programas de Transferencias Monetarias Condicionadas (TMC) sobre diferentes variables, incluidas pobreza, deserción escolar, vulnerabilidad en la infancia, entre otras, pero no se tiene mención de efectos sobre embarazo adolescente.

Si bien hay algunos estudios que sugieren que uno de los factores de riesgo para el embarazo adolescente es la deserción escolar y que las iniciativas dirigidas a mejorar la asistencia escolar podrían ser efectivas para reducir las altas tasas de embarazo adolescente en Perú,⁶⁹ no existen estudios adicionales que den cuenta del impacto del programa en la reducción del embarazo adolescente. En esta línea, los expertos del ámbito de la cooperación tampoco lo

⁶⁹ Favara, M, Lavado, P, Sánchez, A. Understanding teenage fertility in Peru: An analysis using longitudinal data. Rev Dev Econ. 2020; 44: 1217– 1236. <https://doi.org/10.1111/rode.12648>

perciben como un programa que haya aportado en mayor medida al tema. Esto podría estar asociado al hecho de que, salvo para la población objetivo de la Actividad 5004948 acotada al VRAEM, no se alinea con la recomendación de basarse en rendimiento escolar y no meramente en la matrícula o asistencia a la escuela.⁷⁰

Por otro lado, es importante mencionar que, una evaluación de impacto de los programas de TMC sobre el empoderamiento de las mujeres,⁷¹ determina que el programa Juntos no contempla en su diseño objetivos de empoderamiento ni resultados vinculados a la equidad o igualdad de las mujeres ni tampoco propone transformar las inequidades de género. Sí reconoce que el hecho de que sean las mujeres las beneficiadas implica un mejor acceso a otras oportunidades y programas estatales.

¿Esta intervención es efectiva para prevenir el embarazo adolescente?

La evidencia internacional revisada muestra los siguientes efectos de los programas de TMC como JUNTOS en otros países:^{72,73}

1. Retraso de la maternidad, así como del inicio de las relaciones sexuales, de manera particular en las mujeres más pobres, que son las que podrían haber tenido una mayor adherencia al programa y sus actividades. Asimismo, algunos estudios encuentran una menor proporción de adolescentes embarazadas hacia el final del programa.
2. Sobre los efectos a largo plazo de las intervenciones enfocadas en transferencias condicionadas sobre la reducción del embarazo adolescente la evidencia es variada. El estudio de Baird⁷⁴ señala que a los dos años de terminado un programa de transferencia monetaria en Malawi sí hubo un efecto entre las adolescentes que fueron incluidas luego de haber abandonado la escuela y no entre las que aún permanecían en la escuela. Esto podría dar cuenta de la importancia de que, para ser efectivo, el programa signifique un real incremento de las posibilidades de desarrollo personal y de capital humano. Por su parte, Attanazio et al, que evaluaron la versión urbana de Familias en Acción (programa colombiano de transferencias monetarias condicionadas) sobre diversos indicadores, encontraron una reducción de las tasas de embarazos adolescentes de 2,3 puntos porcentuales.⁷⁵ En esa misma línea, el estudio de Rodríguez Ribas muestra que tienen un mayor efecto aquellas intervenciones que condicionan la subvención al rendimiento escolar y no solo a la asistencia a la escuela.⁷⁶

¿Esta intervención es complementaria con alguna otra? ¿Cuál?

No se cuenta con información que dé cuenta en el país de la acción conjunta de esta intervención con otras vinculadas al embarazo adolescente. Las personas entrevistadas,

⁷⁰ Baird, S, Chirwa, E, McIntosh, C and Ozler, B, 2015. What happens once the intervention ends? The medium-term impacts of a cash transfer programme in Malawi, 3ie Grantee Final Report. New Delhi: International Initiative for Impact Evaluation (3ie)

⁷¹ Vargas, R. (2011). Impacto de los Programas de Transferencia Condicionada Sobre el Empoderamiento de las Mujeres. Un Análisis de Género al Programa Juntos en Perú. CARE Perú: Perú.

⁷² Rodríguez Ribas C. Adolescent pregnancy, public policies, and targeted programs in Latin America and the Caribbean: a systematic review. Rev Panam Salud Publica. 2021;45:e144. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.144>

⁷³ Baird, S, Chirwa, E, McIntosh, C and Ozler, B, 2015. What happens once the intervention ends? The medium-term impacts of a cash transfer programme in Malawi, 3ie Grantee Final Report. New Delhi: International Initiative for Impact Evaluation (3ie)

⁷⁴ Ibid.

⁷⁵ Attanasio, Orazio and Cardona Sosa, Lina and Medina, Carlos and Meghir, Costas and Posso-Suárez, Christian Manuel, Long Term Effects of Cash Transfer Programs in Colombia (July 2021). NBER Working Paper No. w29056

⁷⁶ Rodríguez Ribas C. Adolescent pregnancy, public policies, and targeted programs in Latin America and the Caribbean: a systematic review. Rev Panam Salud Publica. 2021;45: e144. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.144>

principalmente del ámbito de la cooperación, si bien mencionaron el potencial que podrían tener las transferencias monetarias como parte de una estrategia integral en la prevención del embarazo adolescente especialmente por el mecanismo de reducción del abandono escolar y mejora del capital humano de las adolescentes, lo cual se condice con la evidencia encontrada, no identificaron acciones de integración que efectivamente se estén realizando con esta intervención para la prevención del embarazo adolescente.

7.2 Análisis de las preguntas de evaluación para intervenciones específicas priorizadas

En la presente sección se realiza un análisis de mayor profundidad sobre las tres intervenciones priorizadas para el análisis, en función de lo estipulado en el plan de trabajo de la consultoría. En tal sentido, se presentan las repuestas a las interrogantes planteadas en la Matriz de análisis de intervenciones específicas (ver Anexo 11.2.2 del presente informe). El análisis involucra a 3 intervenciones priorizadas: i) Actividad 5000058: Brindar servicios de salud para prevención del embarazo en adolescentes del Programa Presupuestal 0002 Salud materno Neonatal, ii) ESI y iii) Actividad 5005201: Sesiones de entrenamiento en habilidades sociales para adolescentes, jóvenes y adultos del Programa Presupuestal 0131: Control y Prevención en Salud Mental).

El análisis incluye la respuesta a interrogantes sobre la teoría del cambio, aspectos de implementación, población objetivo e indicadores. No se abordan aquí aspectos de articulación pues ya se describieron en la sección previa. Al igual que en el análisis de la sección previa, en todos los casos, las respuestas han sido elaboradas con base en la metodología descrita a continuación.

Método de recojo de información

Búsqueda de documentación oficial sobre el diseño de la intervención, búsqueda de documentación de evidencias sobre la efectividad de la intervención y recojo de información cualitativa mediante la conducción de entrevistas en profundidad.

Fuente de la información

- Bibliografía y bases de datos de diagnóstico utilizadas en el segundo entregable de la presente consultoría (ver sección 3).
- Anexo 2 de los Programas Presupuestales correspondientes a cada intervención, en sus versiones más recientes compartidas (2021).
- Normas técnicas, lineamientos o guías vigentes disponibles vinculadas con las intervenciones analizadas, las cuales se hacen explícitas en el desarrollo del análisis de cada intervención.
- Evidencias encontradas y sintetizadas en segundo entregable de la consultoría (ver secciones 4 y 5).
- Entrevistas realizadas y sintetizadas en las secciones previas del presente informe.

Método de análisis

Revisión documentaria del diseño del Programa Presupuestal y normas técnicas asociadas con la intervención; análisis de los resultados de las entrevistas a funcionarios y expertos en el ámbito nacional y regional; y revisión y análisis de evidencias provenientes de la literatura nacional e internacional.

7.2.1 Actividad 5000058: Brindar servicios de salud para prevención del embarazo en adolescentes

Programa Presupuestal 0002 “Salud Materno Neonatal”

Sector Salud

Teoría del Cambio

¿Cuál es la teoría de cambio (cadena causal y/o marco lógico)? ¿Cuáles son los supuestos de la teoría de cambio? ¿Se cumplen?

La actividad 5000058 en el marco del PP 0002 “Salud Materno Neonatal”.

El embarazo adolescente está asociado con un incremento de riesgo de muerte fetal y neonatal, y un incremento en el riesgo de parto pre-término, bajo peso al nacer y asfixia, problema específico del PP 0002 “Salud materno Neonatal”. De acuerdo con el PP 0002 “Salud materno Neonatal”, la edad materna muy temprana es un factor de riesgo 1,82 veces mayor para tener recién nacidos con bajo peso de nacimiento (OR 1.82, IC 95% 1.60 – 2.07), 1,68 veces mayor riesgo para parto pre-término (OR 1.68, IC 95% 1.34 – 2.11) y 1,36 veces mayor riesgo de presentar anemia materna (OR 1.36, IC 95% 1.24 - 1.49).

Dada esta condición de interés y relación causa efecto encontrada en el PP entre morbi-mortalidad materno-neonatal y embarazo adolescente era necesario identificar de acuerdo con la evidencia una alternativa de intervención que abordara esta problemática.

Se identificó que el riesgo de embarazos adolescentes no planificados es menor entre participantes que recibieron intervenciones múltiples (educación, desarrollo de habilidades y promoción de anticonceptivos). La evidencia que respalda las intervenciones en salud reproductiva y planificación familiar en adolescentes sugiere que sería posible reducir los embarazos no deseados y optimizar la edad del primer embarazo, que a su vez podrían ser muy importantes para reducir el riesgo de nacimiento pequeños para la edad gestacional (PEG) en poblaciones donde las tasas de embarazo adolescente son altas. Por otro lado, existe fuerte evidencia que apoya la entrega de anticoncepción de emergencia (AOE) a adolescentes para incrementar el uso de AOE. En muchos casos, el uso incrementado no fue a expensas del uso de otros métodos anticonceptivos, y no promovió conductas sexuales de riesgo.

En síntesis, se apostó por una intervención que brinda diversos servicios de salud y asimismo promueve y provee anticonceptivos para la prevención del embarazo en adolescentes. Dada la alternativa de intervención seleccionada se diseñó el producto 3000005 “Adolescentes Acceden a Servicios de Salud para Prevención del Embarazo” el cual contiene a la actividad 5000058 “Brindar servicios de salud para prevención del embarazo en adolescentes”

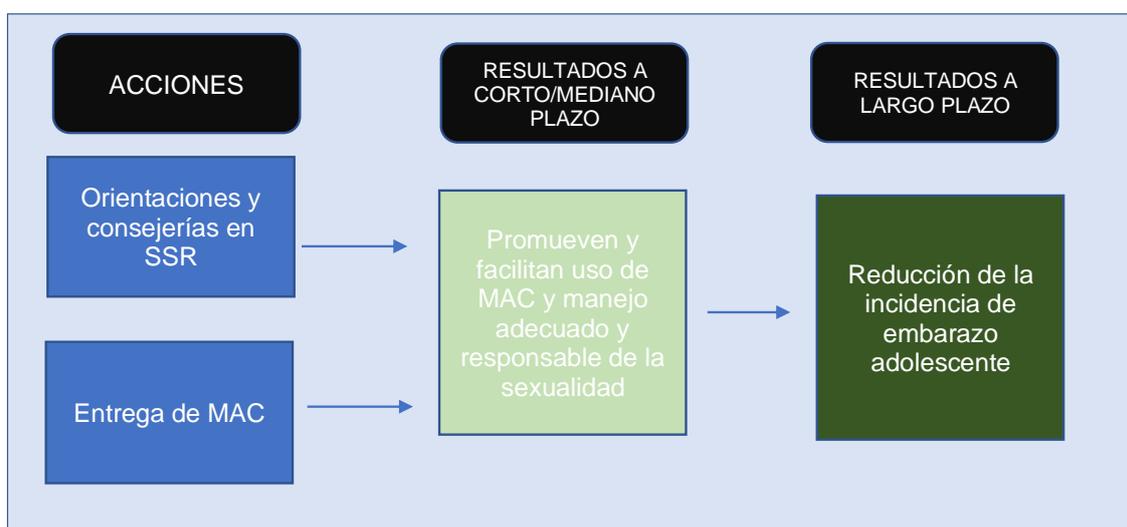
Esta actividad forma parte de la estructura lógica y la cadena funcional programática del PP 0002 “Salud Materno Neonatal” dado que contribuye con la resolución del problema específico planteado que generó la creación del mencionado PP.

La actividad 5000058 y la problemática del embarazo adolescente

A través de orientaciones y consejerías en salud sexual reproductiva se busca que los adolescentes entiendan los riesgos de la actividad sexual, lo cual es brindado junto con la provisión de métodos anticonceptivos. Ambas actividades promueven y facilitan el uso de métodos anticonceptivos y la comprensión de una serie de habilidades para poder manejar

adecuada y responsablemente la sexualidad (resultados intermedios), lo que reduce la incidencia de un embarazo adolescente (resultado final). Esto se puede apreciar de manera visual en el siguiente gráfico.

Gráfico 466. Representación visual de la teoría de cambio de la actividad 5000058 “Brindar servicios de salud para prevención del embarazo en adolescentes”



Uno de los supuestos de la teoría del cambio es que los encargados de las actividades no tengan un sesgo ideológico que impida o dificulte la entrega completa del servicio, lo cual es uno de los puntos mencionados en las entrevistas a funcionarios que directamente ven la intervención. Por otro lado, la intervención también asume que el público objetivo (adolescentes de 12 a 17 años) es homogéneo a nivel territorial, lo cual no es cierto al existir características diferentes a nivel regional, por lo que se debe pensar en su localización.

¿La teoría de cambio está sustentada en evidencia?

Existe evidencia de la efectividad de este tipo de intervenciones. En una revisión sistemática de intervenciones contra el embarazo adolescente en Latinoamérica realizada por Rodríguez Ribas (2021), se identificaron dos intervenciones sobre educación de los adolescentes en el uso de anticonceptivos que tuvieron efectos sobre el uso de estos métodos en la primera relación sexual y en contactos sexuales con parejas ocasionales. Por otro lado, Degomme et. al (2014) no pudieron demostrar que la intervención CERCA (desarrollada en 3 ciudades latinoamericanas) tuvo un impacto en el uso de MAC por parte de los adolescentes, sin embargo, sí tuvieron un efecto en el interés de los adolescentes y sus padres en el tema.

Por otro lado, Tebbets y Redwine (2013) encontraron que el programa “Youth Peer Provider”, el cual consistía en proveer información sobre SSR y acceso a MAC a los adolescentes por parte de líderes comunales menores de 20 años, tuvo efectos sobre habilidades de comunicación y toma de decisiones en temas de SSR. Finalmente, Morales et. al (2019) encuentran que entre los componentes que deben ser tomados en cuenta para este tipo de intervenciones son: a) participación de los padres, b) capacitaciones sobre el uso del condón femenino, c) información sobre los lugares donde puede tomarse pruebas de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en su localidad, d) indicaciones sobre qué hacer si una prueba sale positiva, e) participación de jóvenes como facilitadores durante el proceso de implementación.

Si bien Oringanje et. al (2016) muestran que es poco probable que las intervenciones educativas por sí solas retrasen significativamente el inicio de las relaciones sexuales entre los adolescentes en comparación con los controles (RR 0,95; IC del 95%: 0,71 a 1,27; dos estudios, 672 participantes, evidencia de baja calidad); también muestran que las intervenciones educativas pueden potenciarse cuando se brindan juntamente con otras. Los

resultados mostraron que intervenciones multicomponente (combinación de intervenciones educativas y de promoción de anticonceptivos) redujeron significativamente el riesgo de embarazo no deseado entre adolescentes (RR 0,66, IC del 95 %: 0,50 a 0,87; no fue estadísticamente significativo a partir de ensayos grupales, evidencia de calidad moderada). En este mismo estudio, la evidencia sobre los posibles efectos de las intervenciones multicomponente sobre resultados secundarios (inicio de relaciones sexuales, uso de métodos anticonceptivos, aborto, parto, enfermedades de transmisión sexual) no fue concluyente.

¿Existe relación entre la teoría de cambio de la intervención y las causas de la problemática detectadas en el diagnóstico?

Esta intervención sí está asociada con la atención de las causas y/o factores asociados al embarazo adolescente. Entre los principales factores asociados al embarazo adolescente se identifica la falta de educación sobre prevención del embarazo y acceso a métodos anticonceptivos (MAC) modernos por parte de los adolescentes. Una de las líneas de acción propuesta por la OMS es “aumentar el uso de anticoncepción”, lo cual es el objetivo principal de esta intervención. Así, los objetivos planteados dentro de esta línea “educar a los adolescentes sobre el uso de anticonceptivos” y “posibilitar a las adolescentes el acceso a los servicios de anticoncepción”, señalados en la teoría de cambio, coinciden con la intención de las actividades a realizarse en la presente intervención.

¿La lógica causal de la teoría de cambio es pertinente?

La intervención intenta tratar directamente el problema de compensar la falta de información y acceso a MAC, al brindar dichos servicios. Si bien existen limitantes que dificultan la entrega de este servicio, la evidencia señala que la lógica causal está bien planteada, dado que las causas y efectos mencionados actúan en la manera prevista.

La prestación de servicios de salud de esta intervención es elemental para la reducción del embarazo adolescente. La evidencia señala que esta debe estar acompañada de la entrega de insumos (MAC modernos) que permitan a los adolescentes, de manera efectiva, tener un control de su vida sexual y fecundidad; así como un impacto en la reducción del embarazo adolescente.

Implementación

¿Qué limitaciones se encuentran para la implementación del diseño de las intervenciones o para la entrega de los servicios según el diseño establecido?

La prestación del servicio se ofrece a través de las Direcciones de Redes Integradas de Salud del MINSA en Lima y de las DIRESA a nivel descentralizado. Durante la epidemia del Covid-19 los servicios de la actividad 5000058 “Brindar servicios de salud para prevención del embarazo en adolescentes” se siguieron ofreciendo, sin embargo, dadas las limitaciones propias de la emergencia sanitaria, los servicios de esta actividad tuvieron que ser priorizados. En ese sentido, durante el periodo de emergencia se ofrecieron únicamente la consejería en salud sexual y reproductiva, el descarte del embarazo y la entrega de métodos anticonceptivos (MAC) que incluía los métodos orales de emergencia.

En general, existe un limitado número de prestadores de salud (obstetras, nutricionistas, psicólogos, y otros) encargado de la atención en los servicios ofrecidos por la actividad 5000058 en los establecimientos de salud. Esto obliga a los prestadores de salud a realizar múltiples funciones y no solo las vinculadas a esta actividad, tales como la prevención y el control del VIH, ITS, el programa de cáncer ginecológico, etc. Además, en cada una de estas actividades estos profesionales deben realizar acciones intra y extramurales (ferias, campañas).

Se debe considerar que muchos establecimientos de salud solo cuentan con un profesional por cada profesión (obstetra, psicólogo, u otro). Según un entrevistado un 22% de establecimientos que tienen solamente un profesional. Esta situación hace que se limite la capacidad de atención de la actividad 5000058 ya que, para poder ejercerla de manera adecuada se tendrían que dejar de hacer otras actividades también necesarias como ya se han mencionado. Esto significa que la oferta está disminuida, mientras que la demanda va constantemente en aumento.

Por otro lado, los prestadores de salud constituyen en ciertas ocasiones una barrera para la provisión de información, así como de anticonceptivos. Si bien la norma es clara respecto al derecho de los adolescentes a acceder a MAC de manera autónoma y sin necesidad de que haya presencia de los padres y no restringe la consejería a la promoción de la abstinencia, muchos prestadores restringen su provisión de los servicios e insumos con base en sus propias valoraciones de los que es correcto o adecuado para los adolescentes. Según la Defensoría del Pueblo (2021), el 20% de los prestadores refiere que no conoce lo que dice la norma respecto a la obligatoriedad de la presencia de los padres para la atención o tienen el concepto equivocado de que la norma especifica que la presencia es obligatoria.

De acuerdo con los entrevistados, la capacitación para los prestadores es insuficiente. Actualmente no se cuenta con herramientas o evaluaciones que permitan conocer la capacidad de los prestadores para brindar servicios de SSR a los adolescentes. Más aún, las capacitaciones que se dan en el tema resultan escasas o difíciles de llevar por los prestadores.

Además, existe todavía cierto tabú al momento de tratar los temas de salud sexual y reproductiva con los padres de familia y los docentes. En particular, existe el temor de parte de los padres de familia cuando se van a tratar temas de prevención del embarazo con los adolescentes, los padres a veces se resisten de que el personal del sector salud trate los temas, por ejemplo, de métodos anticonceptivos con sus hijos limitando la orientación en educación y consejería en salud sexual y reproductiva.

Según un entrevistado, la pandemia también ha agudizado el problema de las limitaciones de recursos humanos porque a pesar de ya se vienen retomando actividades presenciales en los establecimientos de salud, aún existe un 10% de personal, que aún no regresa a las labores presenciales, realizando funciones de trabajo remoto, agudizando aún más la brecha de recursos humanos en el establecimiento de salud.

En el caso de la entrega de los métodos anticonceptivos ocurrieron muchas dificultades debido a la falta de pautas claras sobre cómo implementar la medida. Por ejemplo, en el caso de los adolescentes, no se disponía de ambientes privados en donde poder conversar con ellos, ya que se les visitaba en sus casas en la presencia de sus padres. Así mismo, esta medida no fue incentivada a nivel nacional.

Otro problema identificado durante la implementación de la actividad 5000058 ocurre cuando el sector salud necesita realizar labores de campo en las instituciones educativas. Estas IIEE tienen múltiples actividades extraescolares programadas con sus alumnos y los docentes por encargo del sector educación, así encontrar un horario disponible para el sector salud es una coordinación no tan simple de realizar, considerando que el sector educación prioriza sus actividades.

La entrega de Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE) también atravesó dificultades. No está totalmente garantizada. Solo se viene realizando en el 50% de los establecimientos de salud; ello debido principalmente al hecho de que está pendiente de que sea definida su libre distribución por el Poder Judicial y la falta de conocimiento, sobre la normativa para la entrega (particularmente para los casos de violencia sexual). Otros elementos que dificultan la entrega de AOE son la desinformación de las usuarias sobre su derecho a este kit de emergencia, así como la ausencia del personal que está encargado de esta entrega al momento en que se da la demanda por las usuarias.

La situación actual de la provisión de aborto terapéutico (AT) es aún peor que la de AOE, según menciona al menos una de las personas entrevistadas. Si bien se cuenta con una guía para la implementación de este procedimiento, no se tiene claridad sobre los procesos y muchas personas no saben de su derecho al mismo y no lo exigen. El desconocimiento sobre la norma y negativa de los prestadores también juega un rol fundamental para garantizar el acceso a AT, particularmente en menores de edad. Esto se relaciona con el hecho de que no hay una indicación específica para los embarazos en menores (particularmente menores de 15 años en quienes el riesgo es mucho mayor), por lo que el ofrecimiento depende mucho del prestador y su propio criterio para ofrecerlo. Aunque los riesgos de un embarazo adolescente son diversos y afectan mucho más que la salud física (proyecto de vida, expectativas educativas, vulnerabilidad a la violencia, entre otros) en aquellos casos en que se aplica el aborto terapéutico en menores, se hace aludiendo afectación de la salud mental y el riesgo que ello implica en la vida de la adolescente.

¿Los procesos diseñados para llevar a cabo las intervenciones bajo análisis son claros, están bien desarrollados y dan soporte suficiente para cumplir los objetivos de la intervención?

En el proceso del entregable de la actividad participan diversos actores con roles importantes para la adecuada entrega del servicio a la población objetivo. En primer lugar, está el MINSA, que través de la Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral - Etapa de Vida Adolescente – Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica y monitorea, supervisa y evalúa el desarrollo de la actividad. A la fecha son tres normas técnicas que regulan la operatividad de la actividad:

- Norma Técnica de Salud N° 124 – 2016- MINSA/DGIESP-V.01: Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar;
- Norma Técnica de Salud N° 157 -MINSA/2019/DGIESP: Norma técnica de salud para la atención integral de salud de adolescentes;
- Norma Técnica N° 095-MINSA/DGSP.V.01, Norma Técnica de Salud: Criterios y Estándares de Evaluación de Servicios Diferenciados de Atención Integral de Salud para Adolescentes.

Cada una de estas normas establece criterios sobre procedimientos de atención y provisión de los entregables de la actividad.

Por su parte, la GERESA/DIRESA/DIRIS/RED DE SALUD, adecua, difunde e implementa el marco normativo, brinda asistencia técnica y coordina el proceso de programación, formulación de metas físicas/financieras. Son los encargados de elaborar los documentos de gestión de la entidad como los PP, el PEI, POI, PESEM, etc. Finalmente, los establecimientos de salud son los encargados de entregar el producto a la población beneficiaria, encargados de brindar los servicios de orientación y consejería a los adolescentes.

Estos roles son claros de acuerdo con las competencias de cada actor, el MINSA en su rol normativo y regulador, las GERESA, DIRESA y DIRIS como difusores e implementadoras del marco normativo, oferentes de asistencia técnica a los establecimientos de salud y fijadores de las metas físicas y presupuestales. Los establecimientos de salud en su rol de contacto directo con la población a atender cubriendo en función al presupuesto recibido de parte de las DIRESA/GERESA/DIRIS.

Indicadores

¿Se cuenta con indicadores?

De acuerdo con el Anexo 2 del Programa Presupuestal 002 Salud Materna Neonatal, la actividad 5000058 tiene un indicador de producción física, el cual corresponde al número de adolescentes orientados o atendidos, lo que es medido a través de sistema de información HIS-MINSA. En cuanto al indicador de ejecución presupuestal de la actividad se muestra un

desempeño alto en el 2022 (99%) y durante los últimos 5 años (2017 – 2022) esta ha oscilado entre el 98% y el 99% configurando una importante ejecución del presupuesto en esta intervención, cumpliéndose con las metas establecidas.

A nivel de la gestión de los entregables de la actividad 5000058, no se cuenta con indicadores que midan el éxito de la implementación. Únicamente se mide el avance de la consejería, pero no se cuentan con indicadores asociados a la entrega de MAC, ni a la medición de logros respecto al desarrollo de habilidades blandas o similares. Más aún, el mismo hecho de que las intervenciones para prevención del embarazo adolescentes estén dentro del PP Materno-neonatal se menciona como un problema, al ser un aspecto que por lo general queda relegado frente a otras necesidades identificadas como mayores prioridades y enfocadas en mujeres adultas como la muerte materna, muerte neonatal, entre otras.

Población Objetivo

¿La población objetivo de las intervenciones está claramente definida, identificada y cuantificada?

La intervención es universal entre los adolescentes, se ofrece el servicio de la actividad 5000058 a cualquier adolescente de 12 a 17 años que acude al establecimiento de salud por cualquier causa.

Sin embargo, las limitaciones presupuestales principalmente no permiten atender necesariamente a toda la población adolescente de un espacio geográfico. La meta por atender es de al menos un 30% de la población total de adolescentes que tiene la jurisdicción, la cual se calcula a partir del Reporte HIS de adolescentes de 12 a 17 años 11 meses 29 días atendidos por todas las causas y/o patologías el año anterior. Fuentes entrevistadas del propio sector mencionaron que esta definición podría no ser la adecuada, ya que el desarrollo de la actividad va de mano con la oferta: si la oferta del servicio que se da es limitada la meta también debería estar limitada.

¿La definición de las poblaciones objetivo de las intervenciones es coherente con el problema que la intervención busca atender?

Sí es coherente dado que todo adolescente debe recibir el tratamiento ofrecido por la intervención sin ningún tipo de exclusión. Sin embargo, es conveniente buscar ciertas condiciones de priorización dado los recursos limitados, las condiciones de vulnerabilidad (violencia) y de pobreza son criterios pertinentes.

¿Qué limitaciones se identifican en la definición de la población objetivo?

Dado que la intervención es universal no se realiza una focalización a la población según condiciones de vulnerabilidad. Según los entrevistados, la entrega del servicio debería priorizarse utilizando los siguientes dos criterios:

- 1) Priorizar a la población que necesite de los servicios (por vulnerabilidad) y que nadie se los provea,
- 2) Priorizar a la población que no está priorizada por su vulnerabilidad, pero debe ser atendida.

De acuerdo con los funcionarios del propio sector, algunas de las priorizaciones sugeridas que conceptualizan las condiciones de vulnerabilidad al embarazo prematuro son adolescentes de la zona rural, las de comunidades alejadas, las afectadas por violencia en el hogar, etc. Se menciona que es la pobreza que acarrea menor educación, menos acceso a servicios, menores oportunidades para poder surgir.

¿Los criterios de programación de la población objetivo son adecuados?

El criterio de programación actual es el porcentaje de adolescentes que reciben consejería y orientación respecto al total de adolescentes atendidos en el establecimiento de salud, el cual debe ser del 30%.

Dado que la definición del criterio de 30%, considerado además como un piso, no habría necesariamente contado con un sustento técnico específico, o al menos este no se logró obtener a partir de las entrevistas del sector realizadas, dicha magnitud no está muy relacionada con el análisis del problema. Si bien el objetivo es llegar a tratar a la totalidad de adolescentes, es necesario realizar priorizaciones de manera que se enfoque la aplicación en casos que permitan reducir el embarazo adolescente.

7.2.2 Educación Sexual Integral (ESI)

Sector Educación

Teoría del Cambio

¿Cuál es la teoría de cambio (cadena causal y/o marco lógico)? ¿Cuáles son los supuestos de la teoría de cambio? ¿Se cumplen?

Mediante la ESI se busca que los adolescentes fortalezcan sus competencias para que tomen decisiones más responsables, desarrollen un plan de vida, tengan más información sobre los métodos anticonceptivos, aprendan a identificar límites, medidas de riesgo y medidas de protección frente a los mismos, conozcan sobre su sexualidad y logren el autoconocimiento corporal. Así, los jóvenes podrán utilizar los métodos anticonceptivos adecuados en su actividad sexual, mejoren su autoestima e identifiquen situaciones de posible violencia sexual. Lo cual reducirá el embarazo adolescente. Esto se puede apreciar de manera visual en el siguiente gráfico.

Gráfico 47. Representación visual de la teoría de cambio de la Educación Sexual Integral



Dentro de los supuestos de la implementación se encuentra la correcta aplicación de los contenidos relacionados a ESI por parte de los docentes, sin embargo, durante las entrevistas se nos han planteado diversas problemáticas que impiden la aplicación, por ejemplo, las creencias previas del personal docente que puede no estar de acuerdo, junto con los sesgos de los padres de familia que incluso han presentado reclamos a nivel judicial.

¿La teoría de cambio está sustentada en evidencia?

La evidencia sobre el impacto de este tipo de intervenciones es contradictoria. Por un lado, los estudios de Mason-Jones et. al (2016) y Rodríguez-Ribas (2021) no encuentran relaciones significativas entre intervenciones educativas y la disminución del embarazo adolescente mediante estudios cuantitativos ni revisiones sistemáticas, respectivamente. Sin embargo, Kaplan et. al (2015), Bull et. al (2016) encontraron algunos efectos positivos de este tipo de intervenciones en la reducción del embarazo adolescente.

Asimismo, LaChausse (2016), Gómez et. al (2017), Hernández-Millán et. al (2015) y Taylor et. al (2014) encuentran resultados a corto plazo positivos en los conocimientos y actitudes de los adolescentes sobre la reducción del embarazo adolescente. Oringanje, et al. (2016) señala que la ESI no es una intervención que deba darse sola, sino que debe ir de la mano de intervenciones complementarias, como la entrega de MAC.

En general, de acuerdo con la evidencia, existen intervenciones basadas en algún tipo de prestación de educación sexual que han demostrado algún nivel de efectividad sobre la reducción del embarazo adolescente.

¿Existe relación entre la teoría de cambio de la intervención y las causas de la problemática detectadas en el diagnóstico?

Esta intervención sí está asociada con la atención de las causas y/o factores asociados al embarazo adolescente. La falta de conocimiento sobre las maneras de prevenir el embarazo adolescente, incluyendo el uso correcto de MAC, es uno de los factores que viene aportando a la continuidad de las altas tasas de embarazo adolescente. Dentro de los objetivos propuestos por la OMS, la ESI busca “educar a los niños sobre su sexualidad”, “educar a las y los adolescentes sobre el uso de anticonceptivos” y “empoderar a las niñas para que se resistan a las relaciones sexuales forzadas”.

¿La lógica causal de la teoría de cambio es pertinente?

A pesar de los supuestos y las dificultades que se encuentran alrededor de estos, la lógica causal es muy clara en la intención de la intervención. Los pasos y efectos propuestos en la lógica causal están en sintonía con lo que se ha encontrado en la evidencia. Por otro lado, los entrevistados manifestaron la importancia de la ESI y la necesidad de que esta sea aplicada de manera integral para que tenga una mayor incidencia. Ninguna de las limitaciones genera una imposibilidad en las relaciones causa-intervención-efecto planteadas en la teoría de cambio.

Implementación

¿Qué limitaciones se encuentran para la implementación del diseño de las intervenciones o para la entrega de los servicios según el diseño establecido?

De acuerdo con un estudio no probabilístico realizado por la Defensoría del Pueblo y UNFPA (2020)⁷⁷ en 2021 a 70 IIEE de 10 departamentos del país⁷⁸ a través de sus docentes

⁷⁷ Defensoría del Pueblo y UNFPA (2020). Informe sobre la supervisión de intervenciones efectivas para la prevención del embarazo no planeado en adolescentes: educación sexual integral y acceso a anticoncepción moderna para quienes lo requieren. Disponible en:

<https://peru.unfpa.org/es/publications/informe-supervision-de-intervenciones-efectivas>

⁷⁸ De acuerdo con la sección metodológica del informe “se empleó la técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia, que consiste en seleccionar una muestra de la población por su accesibilidad, no siendo posible hacer afirmaciones generales con rigor estadístico sobre la población”.

(percepción, opinión, conocimiento de los docentes), el 77% de estas señalaron que en su IE se han presentado dificultades para implementar la ESI con los estudiantes. Sólo el 23% indicó que en su IE no se han presentado dificultades.

Sobre la medida en la que se ha implementado la ESI en las IIEE supervisadas, el 58% de las IIEE reportó un avance parcial, mientras que en el 23 % el avance fue incipiente y en el 12% la ESI no se implementó. Solo en el 7% indicaron que la ESI se implementó totalmente. Del total de las IIEE supervisadas, el 22% indicó que no desarrolló ninguna estrategia para fortalecer la ESI, mientras que el 78% indicó que sí lo hizo.

Por otro lado, como se ha descrito previamente, en el marco de un piloto a cargo del MINEDU, se busca mejorar la implementación de la ESI, en 12 escuelas de las regiones de Lima, Loreto y Ucayali. Para esto ha sido necesaria una importante articulación con los sectores MINSA y MIMP. En este piloto, se desarrollan capacitaciones a especialistas de UGEL para que estos a su vez puedan capacitar al personal de la escuela y, luego, puedan realizarse actividades de ESI ya sean formativas o preventivas promocionales, tanto a nivel de aula, escuela o familia. En las actividades preventivas promocionales el rol del MINSA y el MIMP es importante, ya que en estas el docente debe hacer una derivación o referencia a los centros de salud y se necesita que en el centro de salud haya la predisposición de prestar el servicio de manera oportuna. Este es un primer esfuerzo del MINEDU por realizar un mejor seguimiento a la implementación de la ESI, aunque aún en el marco de un piloto, el cual dejará lecciones aprendidas a escalar durante el 2023.

De acuerdo con las entrevistas realizadas las limitaciones que ocasionaron estas dificultades en la implementación de la ESI son las siguientes:

- La normativa que reglamenta la implementación de la ESI recién fue actualizada en 2021, después de 13 años de haber sido aprobada (la ESI se aprobó en 2008). En esta actualización se le dio un enfoque por competencias acorde con el nuevo currículo de la educación básica.
- Entre las principales dificultades reportadas para implementar la ESI figuran, en primer lugar, la ausencia de material educativo adecuado dirigido a los estudiantes de secundaria y la limitada capacitación y formación de docentes en estos temas. Les siguen la falta de recursos o de materiales de enseñanza dirigidos a docentes y la actitud de los padres y/o las madres de familia, que muestran resistencias que dificultan esta labor. Asimismo, se menciona la ausencia de lineamientos y orientaciones para la ESI.
- El recurso humano se perfila como una de las principales barreras para la correcta implementación de la ESI. Según Motta et al (2017), persiste entre los docentes un 15% que considera que la implementación de la ESI es opcional a pesar de la normativa existente sobre la obligatoriedad de esta. Asimismo, dos terceras partes informan a los padres antes de impartir la misma y 16% requiere un consentimiento por parte de ellos. Esto refleja limitaciones en las competencias y capacidades de los docentes sobre temas de la ESI.
- El presupuesto para la ESI se desprende de la partida “gestión del currículo de la educación básica” (dentro del PELA), es decir, no existe una partida presupuestaria específica para la ESI (no hay un PP para la ESI). Al no ser un PP el presupuesto de la ESI es limitado y no les permite desarrollar o innovar intervenciones.
- Otra limitación tiene que ver con la voluntad política, a nivel de las altas autoridades. En el pasado, ha habido gestiones que han impulsado la implementación de ESI con más fuerza, otras no la impulsaron lo suficiente, posiblemente por el desconocimiento de las autoridades sobre como la ESI contribuye a la prevención del embarazo adolescente.
- Normas recientemente aprobadas desde el congreso que van a limitar que la ESI se implemente de manera adecuada. Así, por ejemplo, la Ley N° 31498 oficializa la participación de los padres de familia en el proceso de elaboración de programas y el contenido de los materiales, textos y recursos educativos para la educación básica de

manera institucional. Hasta que el reglamento de esta Ley no se apruebe el MINEDU no puede publicar ningún recurso educativo ESI.

- Finalmente, no se cuenta con un sistema de monitoreo y evaluación para la ESI. No existe información en tiempo real sobre cómo se está implementando la ESI en las diferentes regiones del país.

Entre las estrategias desarrolladas con mayor frecuencia, se indicaron las siguientes: generación de espacios de participación de los estudiantes; y generación de espacios de fortalecimiento de competencias para la mejora de la práctica pedagógica de los docentes (acompañamiento pedagógico, participación en redes de docentes para hablar e intercambiar información sobre el tema, cursos a docentes sobre ESI para docentes de EBR); dotación de recursos para los docentes (fichas, cartillas, infografías, videos) que permitan al docente complementar la enseñanza realizada. También se mencionó, el trabajo articulado con los establecimientos de salud cercanos a la institución educativa y la generación de espacios de participación de la familia y la comunidad.

Cabe señalar que se viene desarrollando de manera conjunta con el MIMP la elaboración de un protocolo conteniendo las pautas sobre cómo debe implementarse la ESI en la IE y la estrategia de monitoreo y evaluación. Este documento debe aprobarse en 2023.

Indicadores

¿Se cuenta con indicadores?

En los documentos relacionados a la ESI no se encontraron menciones explícitas de indicadores que sean utilizados para supervisar el desarrollo de la ESI. Asimismo, los especialistas en ESI señalaron dos referencias sobre el monitoreo del desempeño de la ESI realizados por terceros: el informe De la Normativa a la Práctica: la Política de Educación Sexual y su Implementación en el Perú desarrollado por Motta y otros (2017) y el informe sobre la supervisión de la atención integral en niñas y adolescentes embarazadas producto de violación sexual, en establecimientos de salud de la Defensoría del Pueblo (2021). En ambos documentos se menciona un avance limitado de la ESI, en especial en el conocimiento de los estudiantes y docentes sobre los contenidos de la ESI.

Población Objetivo

¿La población objetivo de las intervenciones está claramente definida, identificada y cuantificada?

El público objetivo de la intervención son los estudiantes de la educación inicial, primaria y secundaria, de manera que todos tengan un conocimiento de las competencias ofrecidas por la ESI. La definición de la población objetivo es de carácter universal, coherente con el problema que la intervención busca atender. En ese sentido, no existe una focalización, la población objetivo es universal e inclusiva para toda población adolescente.

7.2.3 Actividad 5005201: Sesiones de entrenamiento en habilidades sociales para adolescentes, jóvenes y adultos

Programa Presupuestal 0131 “Control y prevención en salud mental”

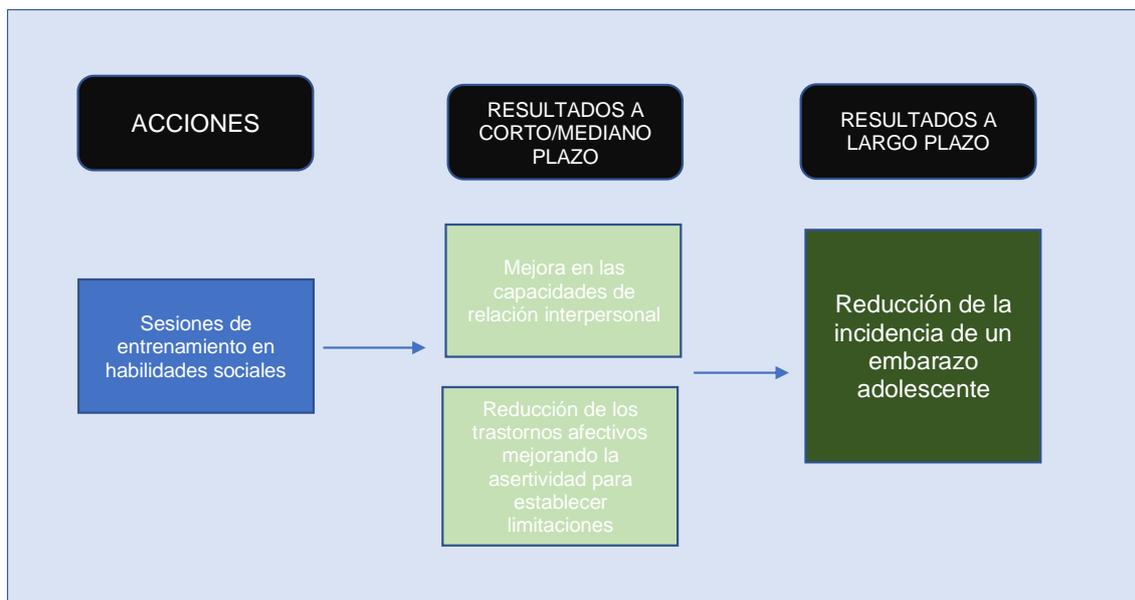
Sector Salud

Teoría del Cambio

¿Cuál es la teoría de cambio (cadena causal y/o marco lógico)? ¿Cuáles son los supuestos de la teoría de cambio? ¿Se cumplen?

Se entregan sesiones de entrenamiento en habilidades sociales a adolescentes que han sido detectados como posibles casos de problemas en salud mental. Mediante estas sesiones los jóvenes mejorarán sus capacidades de relación interpersonal y, en especial, la relación con sus padres, lo cual reducirá el riesgo de presentar algún trastorno afectivo o de ansiedad, lo cual reducirá la necesidad de compensar sus necesidades afectivas con una pareja temprana y conductas sexuales tempranas y mejorar su asertividad para establecer limitaciones, lo que reduce la incidencia de un embarazo adolescente. Esto se puede apreciar de manera visual en el siguiente gráfico.

Gráfico 47. Representación visual de la teoría de cambio de la actividad 5005201: Sesiones de entrenamiento en habilidades sociales para adolescentes, jóvenes y adultos



Un supuesto de la teoría del cambio es que efectivamente la salud mental tenga una incidencia en el embarazo adolescente, lo cual se cumple de acuerdo con lo revisado en la evidencia.

¿La teoría de cambio está sustentada en evidencia?

La relación entre salud mental y el embarazo adolescente tiene algunos estudios que presentan una evidencia significativa. Kessler et. al (1997)⁷⁹ encuentran que desórdenes psiquiátricos tempranos están asociados al embarazo adolescente tanto en hombres como mujeres; al desagregar la información se encontró que estos desórdenes están más relacionados con la probabilidad de actividad sexual que con la reducción del uso de anticonceptivos. Asimismo, Vafai (2018)⁸⁰ señala que la salud mental también afecta los métodos anticonceptivos a utilizar; de acuerdo con su análisis, mujeres con mayor historial de síntomas depresivos tienen más probabilidad de usar métodos anticonceptivos de menor eficacia para prevenir el embarazo, respecto a otras mujeres sin síntomas de depresión. De la misma manera, Yassaman et. al (2020)⁸¹ encuentra que, entre adolescentes que ya han tenido su primera relación sexual, aquellos que presentaban depresión tienen más probabilidades de embarazo adolescente.

⁷⁹ Social Consequences of Psychiatric Disorders, II: Teenage Parenthood.

⁸⁰ the effect of depression on women's contraceptive behaviors and teenage pregnancy

⁸¹ Association between first depressive episode in the same year as sexual debut and teenage pregnancy

¿Existe relación entre la teoría de cambio de la intervención y las causas de la problemática detectadas en el diagnóstico?

Según Kessler et. al (1997), entre las líneas de acción provistas por la OMS con el objetivo de reducir el embarazo adolescente, el trabajo en la mejora de la salud mental entra en la línea de “Crear comprensión y apoyo para reducir los embarazos antes de los 20 años” debido a que parte de la intervención trata en mejorar la relación entre el adolescente y los padres de familia, lo cual puede brindar un espacio seguro que apoye a la reducción del embarazo adolescente. De la misma manera, se ha encontrado evidencia que la reducción de episodios depresivos se encuentra en la línea de “Aumentar el uso de anticonceptivos por parte de los adolescentes”, pues mejora la calidad de métodos anticonceptivos a utilizar.

¿La lógica causal de la teoría de cambio es pertinente?

De acuerdo con lo revisado en la evidencia, la intervención sí obedece a la cadena causal propuesta en la teoría del cambio. Asimismo, en las entrevistas realizadas se ha ratificado la importancia de la salud mental sobre el entorno del adolescente y, en consecuencia, en el embarazo adolescente. Especialmente, la intervención de habilidades permite mejorar la funcionalidad y fortaleza de la familia, y a la reducción de trastornos como la depresión.

Implementación

¿Qué limitaciones se encuentran para la implementación del diseño de las intervenciones o para la entrega de los servicios según el diseño establecido?

El sector salud evalúa en las IIEE a los adolescentes de educación secundaria con mayor déficit de habilidades sociales, y con ellos trabajan en talleres para mejorarlos. Los talleres son exclusivamente con los adolescentes, sin embargo, el especialista o profesional de salud que dirige el taller (psicólogo) según sea el caso evalúa de ser necesario si convocan a los padres. El especialista informa a la IE la evaluación que ha hecho. Ante casos de posible enfermedad mental son derivados al establecimiento de salud para que reciban atención.

Entre las principales limitaciones en la implementación según los entrevistados se pueden destacar las siguientes:

- Como algunas veces estos talleres se realizan fuera del horario escolar no ocurre continuidad en la asistencia, hay deserción en los adolescentes, en ciertas ocasiones, los padres de familia no permiten la participación de sus hijos.
- En el caso de las intervenciones extramurales, según refieren los entrevistados, estas se realizan en el contexto escolar, pero fuera del horario escolar. Dicho esto, algunos adolescentes tienen dificultades para regresar y estar presentes.
- Se evidencian limitaciones presupuestales, la falta de materiales para el desarrollo de las sesiones no permite el desarrollo óptimo de las mismas.
- Se menciona el déficit de personal para la implementación de estrategias de salud mental, como la ausencia de psicólogos en todos los centros de salud (no se especifican cifras). Existe una deficiencia de personal que dificulta el trabajo comunitario, sin el cual es poca la llegada que se tiene a los adolescentes ya que estos no suelen ir a los establecimientos de salud.

¿Los procesos diseñados para llevar a cabo las intervenciones bajo análisis son claros, están bien desarrollados y dan soporte suficiente para cumplir los objetivos de la intervención?

En el proceso del entregable de la actividad participan diversos actores con roles importantes para la adecuada entrega del servicio a la población objetivo. En primer lugar, está el MINSA,

el cual elabora y aprueba el marco normativo y las Guías de Práctica Clínica, como la Guía educativa “prevención de la violencia de las habilidades sociales en los adolescentes” documento que regula el contenido de los talleres a los adolescentes en la actividad, y el Programa Familias Fuertes Amor y Límites - Organización Panamericana de la Salud - Año 2009. Asimismo, el MINSA capacita a la DIRESA/GERESA/ en la implementación y fortalecimiento de la actividad y realiza la asistencia técnica, monitoreo y supervisión del desarrollo de la presente actividad.

Por su parte, la GERESA/DIRESA/DIRIS/ adecúan el marco normativo y los materiales educativos, cuando corresponda, difunden e implementa las normas, coordinan el proceso de programación de las metas físicas y financieras del subproducto, brindan asistencia técnica, monitoreo de las actividades y evalúa los resultados y conforman y oficializan con Resolución Directoral las brigadas de salud mental de acuerdo con la norma vigente. Asimismo, son los encargados de elaborar los documentos de gestión de la entidad como los PP, el PEI, POI, PESEM, etc. Finalmente, los establecimientos de salud son los encargados de entregar el producto a la población beneficiaria, encargados de brindar los servicios de orientación y consejería a los adolescentes.

Estos roles son claros de acuerdo con las competencias de cada actor, el MINSA en su rol normativo y regulador, las GERESA, DIRESA y DIRIS como difusores e implementadoras del marco normativo, oferentes de asistencia técnica a los establecimientos de salud y fijadores de las metas físicas y presupuestales. Los establecimientos de salud en su rol de contacto directo con la población a atender cubriendo en función al presupuesto recibido de parte de las DIRESA/GERESA/DIRIS.

Indicadores

¿Se cuenta con indicadores?

De acuerdo con lo analizado en el Anexo 2 del PP, el indicador de producción física para esta actividad es “Niñas, niños, y adolescentes que reciben 10 sesiones para mejorar sus habilidades sociales”. Este indicador puede ser observado en cualquier momento, pues el HIS MINSA permite observar el número de personas que son tamizadas, el número de personas que fueron detectadas y cuántas finalizaron las sesiones, la cuales son realizadas al menos una vez por semana y por un tiempo de 45 minutos.

También se mide el indicador de desempeño “Porcentaje de niñas, niños y adolescentes con déficits de habilidades sociales que reciben paquete de sesiones de habilidades sociales”, el cual contempla el total de niños y adolescentes con tamizaje positivo en déficit de habilidades sociales, que inician y terminan el paquete de sesiones de entrenamiento en habilidades sociales en los establecimientos de salud de nivel I-3 y I-4. El indicador permite evaluar la atención que reciben los niños y adolescentes con déficit de habilidades sociales a través de talleres que están conformados por sesiones de entrenamiento de habilidades sociales que contribuyen a la prevención en conductas de riesgo (conducta violenta, consumo de alcohol, embarazo adolescente y problemas psicosociales). La fuente de datos también es el HIS del MINSA.

En realidad, este indicador contempla no solo la actividad 5005201 que es dirigida a adolescentes, sino también a la actividad 5005202 “Sesiones de entrenamiento en habilidades sociales para niños”, aunque es posible también medir únicamente para la primera actividad.

Sin embargo, de acuerdo a los funcionarios del MINSA, no existe una práctica de construcción de indicadores de desempeño que permita un adecuado seguimiento a los entregables o a los procesos internos de la intervención para una mejor la toma de decisiones en la gestión en los establecimientos de salud (por ejemplo, tasa de asistencia a los talleres, deserción, aprovechamiento del aprendizaje, desempeño del trabajo de los psicólogos, etc.), ni existen indicadores para que sirvan para el monitoreo de la implementación de la intervención.

Población Objetivo

¿La población objetivo de las intervenciones está claramente definida, identificada y cuantificada?

El público objetivo de la actividad está definido de acuerdo con el Anexo 2 del PP 0131, en el cual se menciona que la actividad está dirigida a adolescentes entre 12 y 17 años.

¿Qué limitaciones se identifican en la definición de la población objetivo?

De acuerdo con especialistas entrevistados en el ámbito regional, una limitación es que la actividad 5005201 no está diseñada para adaptarse al público objetivo específico de una zona. Es decir, el contenido de la actividad no ha sufrido modificaciones para que vaya más en línea con las preferencias del público, por ejemplo, de la selva o en zonas rurales, evidenciando una carencia de enfoque territorial; aspecto en el que sí se habría avanzado con otras intervenciones, como “Amor sin límites”, según lo indicado.

¿Los criterios de programación de la población objetivo son adecuados?

No existe un criterio de programación con carácter técnico. Solamente el MINSA exige un taller de adolescentes a cada establecimiento por año, valor arbitrario pero sujeto a las restricciones presupuestarias. Si consideramos que en cada taller de adolescentes no debe haber más de 15 adolescentes, la subcobertura es bastante elevada, concordante con lo afirmado por los especialistas en el ámbito regional.

8. Conclusiones

Conclusiones transversales a las intervenciones analizadas

1. De acuerdo con la evidencia analizada, al ser el embarazo adolescente un problema que tiene múltiples causas (como los bajos niveles educativos, el limitado acceso a los servicios de anticoncepción, las condiciones de pobreza, la escasez de oportunidades, la violencia sexual, entre otros) y multidimensional, las intervenciones diseñadas para prevenirlo parecen ser más efectivas cuando se utiliza un enfoque de intervenciones múltiples. Así, las intervenciones no solo deben centrarse en los factores sexuales y las consecuencias relacionadas, sino que también deben incluir factores no sexuales como la capacitación en habilidades y desarrollo personal; bajo un enfoque más integral de desarrollo adolescente. Para ello, el grupo de edad que se toma como referencia para atender a la población adolescente, y por tanto para abordar los temas de prevención del embarazo, es desde los 10 a los 19, según lo recomendado por la OMS, el cual es utilizado por la mayoría de los países de la comunidad internacional.
2. La solución a la problemática del embarazo adolescente no ha experimentado una priorización suficiente, ni como parte de la política pública nacional, ni en el presupuesto público. Con relación a la política pública nacional sí existieron coordinaciones previas importantes en el marco de la Política establecida, pero que contaban con muchas limitaciones, no tenían un presupuesto directamente asignado anualmente, y no tenían definidas las acciones específicas a realizar y monitorear. Así, el tema ha perdido relevancia y la percepción es que ha sido dejado de lado. Y la situación parece que podría no mejorar, ya que no se distinguen personas en el ámbito político que estén dispuestas a abogar por intervenciones basadas en evidencia que puedan mejorar la situación. Por otra parte, en el presupuesto público, intervenciones dirigidas a los adolescentes solo forman parte de diferentes programas presupuestales que los atienden como un grupo etario más, y no con intervenciones específicas hacia ellos.
3. En la evidencia internacional, se ha encontrado que las intervenciones más efectivas para

reducir el embarazo adolescente son aquellas que ayuden a desarrollar el conocimiento, las habilidades, la resiliencia y las aspiraciones de los jóvenes y brindarles un fácil acceso a servicios acogedores, los ayuden a retrasar las relaciones sexuales hasta que estén listos para disfrutar de relaciones sanas y consentidas y a usar métodos anticonceptivos para evitar embarazos no planificados. Estas intervenciones exitosas han requerido de interacción y complementariedad. Específicamente, la evidencia analizada en el presente estudio sugiere que las intervenciones de transferencias monetarias condicionadas orientadas a la obtención de objetivos escolares son las que presentan mayor efectividad en cuanto al retraso del embarazo adolescente; factores como el nivel de pobreza y objetivos escolares enfocados en el desempeño mejoran el efecto. Pese a que la evidencia aún es contradictoria, la mayoría de evidencia apunta a que las intervenciones educativas por sí solas no generan impacto en la prevención del embarazo adolescente; sin embargo, intervenciones educativas, las cuales deben incluir un fuerte componente de desarrollo personal y elaboración de plan de vida, combinadas con otras intervenciones, tales como la entrega de MAC; pueden generar beneficios, aunque en algunos casos estos son pequeños o no llegan a ser evidenciados.

4. Las intervenciones existentes en el Perú, en teoría y tomadas por separado, son necesarias, aunque no suficientes para prevenir el embarazo adolescente. De acuerdo con lo conversado con expertos y en correspondencia con la evidencia analizada, las intervenciones existentes han contribuido en la reducción del embarazo adolescente. Sin embargo, aún se necesita que estas intervenciones abarquen más decididamente otros aspectos como la mejora de la adecuación al territorio (no se tiene un componente de territorialidad que las permita adaptarse a las diferentes características de la población en las regiones fuera de Lima), así como la articulación y complementariedad de las distintas intervenciones en el territorio, la especificidad por grupo etario (dentro del propio grupo adolescente), la focalización en la población con mayor incidencia en embarazo adolescente en función de los factores de riesgo asociados con esta problemática y el aprovechamiento de espacios fuera de los educativos y sanitarios; por lo que, en la práctica, dichas intervenciones no abordan la problemática del embarazo adolescente de manera suficiente. Asimismo, si bien se identifican estos factores limitantes en el diseño, es necesario contar con más información que analice en profundidad el proceso de implementación de estos servicios, para así identificar y comprender con exactitud los factores detrás de su desempeño sobre el embarazo adolescente.
5. En las intervenciones asociadas con la prevención del embarazo adolescente que actualmente se implementan en Perú, solo algunas cuentan con indicadores de desempeño para medir su efectividad y eficiencia. En algunos casos se dispone de información, pero está relacionada a cuánto se está proveyendo del servicio. Por otro lado, no se está utilizando suficiente información para la puesta en marcha y el seguimiento de las intervenciones. La evidencia señala que el uso fuerte de datos es esencial y debe revisarse a través de todos los niveles de gobierno. Así, por ejemplo, en el caso de la actividad 5000058 “Brindar servicios de salud para prevención del embarazo en adolescentes” únicamente se mide el número de consejerías realizadas, pero no se cuentan con indicadores asociados a la entrega de MAC, ni a la medición de otros aspectos del desarrollo adolescente que dicha actividad contempla. Más aún, el mismo hecho de que las intervenciones para prevención del embarazo adolescentes estén dentro del PP Materno-neonatal se menciona como un problema, al ser un aspecto que por lo general queda relegado frente a otras necesidades identificadas como de mayor prioridad y enfocadas en mujeres adultas como la muerte materna, muerte neonatal, entre otras. Algo similar ocurre con la actividad 5005201 “Sesiones de entrenamiento en habilidades sociales para adolescentes, jóvenes y adultos”, en la cual se mide la producción física del número de niñas, niños, y adolescentes que reciben 10 sesiones para mejorar sus habilidades sociales pero no existe una práctica de construcción de indicadores de desempeño que permita un adecuado seguimiento a los entregables o a los procesos internos de la intervención para una mejor la toma de decisiones (por ejemplo, tasa de asistencia o deserción de los talleres, aprovechamiento del aprendizaje, desempeño del trabajo de los profesionales, etc.). Con respecto a la ESI, no se

encontraron menciones explícitas de indicadores que sean utilizados para supervisar el desarrollo de la ESI, ni la medición de los logros de desempeño.

6. La problemática del embarazo adolescente está directamente asociada con la violencia sexual, un asunto transversal cuyas principales víctimas son pertenecientes a este grupo etario, para el cual se constituye en una amenaza permanente. Asimismo, la consecuencia en embarazo adolescente representa solo una fracción de la magnitud de víctimas de violencia sexual, dando cuenta de lo elemental que es trabajar en evitarla. Con relación a la articulación intersectorial se evidencia un importante desconocimiento de los prestadores de salud del "Protocolo de actuación conjunta entre los Centros Emergencia Mujer (CEM) y los Establecimientos de Salud (EESS) para la atención a las víctimas de violencia", que limita su cumplimiento. En esta línea, la evaluación externa de procesos que se hizo de los CEM entre 2019 y 2020, identificó ciertas falencias en su funcionamiento, así como en la aplicación de dicho protocolo el cual, vale decir, todavía se encontraba al momento de la evaluación en una fase temprana de implementación. Algunas falencias que se identificaron fueron la falta de claridad sobre cuándo es necesario articular con actores e instituciones externas, el escaso conocimiento sobre el protocolo de acción en casos de violencia sexual por parte de personal de instituciones que articulan con los CEM, la dilución de las responsabilidades por parte del personal de salud de servicios complementarios (hospitales, por ejemplo), entre otros. Al no haberse evaluado este esfuerzo de articulación más recientemente se desconoce su efectividad y las mejoras actuales necesarias a realizar.

Actividad 5000058: Brindar servicios de salud para prevención del embarazo en adolescentes

1. La prestación de la Actividad 5000058 "Brindar servicios de salud para prevención del embarazo en adolescentes" se ofrece principalmente en los establecimientos de salud, según lo referido en la "Norma técnica de salud para la atención integral de salud de adolescentes". Esta forma de prestar el servicio, centralizada en los establecimientos de salud, no coincide con la evidencia y la opinión de las personas entrevistadas para el presente estudio, las cuales apuntan a llevar los servicios fuera de los establecimientos de salud, para acercarlos a las IIEE y otros espacios comunitarios.

Según señalan los expertos en el tema, no existe actualmente un nivel real de articulación entre el sector Salud y Educación en el ámbito de esta intervención; sino que ambos funcionan de manera independiente sin que existan flujos claros de derivación entre uno y otro. Específicamente, la "Norma técnica de salud para la atención integral de salud de adolescentes" establece que los estudiantes captados a través de intervenciones en IIEE deben ser derivados a los servicios para recibir atención, pero no señala un flujo claro de derivación ni responsables de esta. Por el lado del sector Educación, si bien se dispone de orientaciones sobre mecanismos y formatos de derivación a los EESS para estudiantes de secundaria por distintos motivos⁸² (incluidos la detección oportuna para la atención de casos violencia, la detección oportuna para la atención de trastornos mentales -depresión y ansiedad, consumo de alcohol- y del comportamiento, consejería en salud sexual y reproductiva -sexualidad, prevención de embarazo y de ITS-, y provisión de métodos anticonceptivos, esto último según solicitud), dichas orientaciones no han sido mencionadas por las personas entrevistadas, así como tampoco cómo se fomenta su utilización y se da finalmente solución a los casos identificados.

2. Los prestadores de salud se ven limitados para aplicar la "Norma técnica de salud en planificación familiar". De acuerdo con la opinión de expertos, los prestadores de salud no se sienten muy motivados de aplicar la norma debido a que corren riesgos por las

⁸² Ministerio de Educación, "Orientaciones para el desarrollo del año escolar 2021 en Instituciones Educativas y programas educativos de la educación básica", aprobada mediante Resolución Viceministerial N°273-2020-MINEDU.

posibles represalias sociales y legales que les pueden acarrear al proveer MAC o al ofrecer consejerías de promoción de la abstinencia. Esto sucede a pesar de que la norma es clara respecto al derecho de los adolescentes a acceder a estos servicios. Por otro lado, muchos prestadores de salud restringen la provisión de los servicios con base en sus propias valoraciones de lo que es correcto o adecuado para los adolescentes y otros afirman no conocer lo que la norma menciona respecto de la obligatoriedad de la presencia de los padres para la atención o tienen el concepto equivocado de que la norma específica que la presencia es obligatoria (desconocimiento de ciertos aspectos de la norma). Esto se da en parte debido a que, según la opinión de los entrevistados, la capacitación para los prestadores de salud es insuficiente. Actualmente no hay espacios de especialización en temas de adolescencia, lo que impide la existencia de profesionales dedicados exclusivamente a esta problemática. Asimismo, no se cuenta con herramientas o evaluaciones que permitan conocer la capacidad de los prestadores para brindar servicios de SSR a los adolescentes. A pesar de que sí se realizan capacitaciones en temas de SSR para la aplicación de los servicios, estas resultan escasas o difíciles de llevar por los prestadores y no están asociadas a una supervisión posterior, de manera que no se tiene conocimiento si se aplica lo aprendido. Incluso, la prestación misma del servicio está muy poco monitoreada (no se dispone de información fidedigna y oportuna sobre la calidad, confidencialidad, entrega de insumos, etc.), de manera que las capacitaciones no pueden ser enfocadas en la necesidad de los usuarios.

3. De acuerdo con las personas entrevistadas del sector salud, existe un limitado número de prestadores de salud (obstetras, nutricionistas, psicólogos y otros) encargados de la atención en los servicios ofrecidos por la Actividad 5000058 "Brindar servicios de salud para prevención del embarazo en adolescentes" en los establecimientos de salud. Esto los obliga a realizar múltiples funciones, y no solo las vinculadas a dicha actividad, tales como la prevención y el control del VIH, ITS, cáncer ginecológico, entre otras; lo cual impide que puedan brindar la Actividad 5000058 oportunamente. Además, en cada una de estas actividades los profesionales deben realizar acciones intra y extramurales.

Educación Sexual Integral

1. No fue posible hallar evidencia rigurosa a nivel sectorial respecto al proceso de implementación de la ESI. Únicamente se encontró un estudio del 2021 elaborado por la Defensoría del Pueblo, el cual solo debe ser tomado como referencia para entender el proceso de implementación de la ESI, ya que sus resultados no pueden ser considerados estadísticamente representativos a nivel nacional dadas las limitaciones en su tamaño muestral. De acuerdo con este estudio, el 77% de las IIEE supervisadas, refiere haber tenido problemas para la implementación de la ESI. Entre las principales dificultades reportadas se encuentran: i) la ausencia de material educativo adecuado dirigido a los estudiantes de secundaria, ii) la limitada capacitación y formación de docentes en estos temas, iii) la falta de recursos o de materiales de enseñanza dirigidos a docentes y la actitud de los padres y/o las madres de familia, que muestran resistencias que dificultan esta labor, y iv) la ausencia de lineamientos y orientaciones para la implementación de la ESI. Adicionalmente, debido a la Ley 31498, Ley que impulsa la calidad de los materiales y recursos educativos en Perú, y su todavía ausente reglamentación, se ha retirado recursos educativos de ESI que fueron elaborados para Aprendo en casa en 2021, y se ha detenido la elaboración y publicación de materiales hasta que se tenga claridad la ruta de participación de las familias en el proceso de elaboración de materiales. En tal sentido, si bien se evidencia una ESI con fundamentos pertinentes, en la práctica los desafíos más grandes se encuentran en el impulso que le dan o están en capacidad de darle las personas encargadas de su implementación: especialistas, directores y docentes. Por lo pronto, ante la falta de disposiciones, pautas, herramientas y una hoja de ruta para la implementación de la ESI más específicas; y como consecuencia de ello, en la medida en que los aspectos más específicos de la implementación como la cobertura y programación de temas, el detalle de los contenidos o elaboración y uso de los recursos educativos se encuentre bajo la discreción de los que la enseñan; el alcance de la

intervención va a ser incierto y la calidad de la enseñanza va a ser muy heterogénea.

En línea con lo anterior, la ESI es una actividad fuertemente influida por las acciones de capacitación a docentes para impartir la ESI en el ámbito escolar, que se dan desde el sector Salud, principalmente vinculadas con la promoción de la salud sexual y reproductiva. Por otro lado, en los lineamientos de la ESI se establece que existe un nivel de articulación entre las IIEE y los servicios de salud, ya que estos últimos deben contribuir al fortalecimiento de competencias de la comunidad educativa, la misma que traerá como consecuencia contar con docentes que identifiquen las necesidades en SSR de los adolescentes y posteriormente estos puedan ser derivados a los servicios de salud para suplir sus necesidades. Por su parte, la "Norma técnica de salud para la atención integral de salud de adolescentes" establece que debe haber interacciones con IIEE, así como otras instituciones, de modo que se genere el espacio para el desarrollo de acciones conjuntas entre los sectores Salud y Educación a favor de la población adolescente. Sin embargo, documentos más específicos para SSR en esta población como la "Norma técnica de salud de planificación familiar" no incluyen entre sus directrices la articulación con IIEE. En esta línea, recientemente se viene realizando un piloto con la participación del MIMP, en donde se busca mejorar la implementación de la ESI, en 12 escuelas de Lima, Loreto y Ucayali. En este piloto, se capacitan a los docentes en actividades formativas y preventivas promocionales y en referencia a centros de salud. Este es un esfuerzo del MINEDU y del MINSA por realizar un mejor seguimiento a la implementación de la ESI, aunque aún en el marco de un piloto, el cual dejará lecciones aprendidas a escalar durante el 2023.

2. El presupuesto para la ESI se desprende de la partida "gestión del currículo de la educación básica" (dentro del PP de Logros de Aprendizaje de Estudiantes de la Educación Básica Regular [PELA]), es decir, no existe una partida presupuestaria específica para la ESI. En tal sentido, no hay un PP, producto o actividad presupuestal que visibilice el accionar de la ESI sobre su población objetivo, que contenga una programación detallada, metas físicas de atención o indicadores de desempeño para su seguimiento. Tampoco se visibiliza la ESI en el aplicativo de CEPLAN sobre planes estratégicos instituciones del MINEDU. Al no visibilizarse ni en el SIAF ni en el POI, el presupuesto de la ESI es limitado, lo cual limita su implementación en el territorio e innovación. El no contar con un programa presupuestal limita a la ESI la inyección de presupuesto en la etapa de la formulación presupuestal del año fiscal posterior, dada la prioridad de las herramientas del presupuesto por resultados (PpR) durante esa etapa. Asimismo, el no tener un diseño en el marco del PpR, indicadores y un modelo operacional limita también a la ESI (respecto de otras prioridades) las posibilidades de agenciarse de mayores recursos vía demandas adicionales durante la etapa de ejecución presupuestal en el año fiscal en curso.

Al no estar la ESI diseñada bajo un esquema de resultados, se limita la propuesta de alternativas o mejoras de la intervención necesarias para abordar la problemática que intenta resolver. Así, de acuerdo con la evidencia analizada, la implementación de la ESI debe ir de la mano de intervenciones complementarias, como la entrega de MAC, previa consejería por parte de los proveedores de salud. A pesar de que los lineamientos de la ESI plantean actividades preventivas - promocionales, como ferias, campañas, pasacalles, entre otras, en la práctica la ESI se desarrolla únicamente a través del servicio de tutoría. En tal sentido, desde el sector Educación se debe continuar desarrollando alternativas para la provisión de la ESI y que éstas involucren a las acciones del sector Salud. Además, se releva la necesidad que las estrategias de trabajo a utilizar consideren a los miembros de la familia, especialmente a los padres y madres de familia.

3. De acuerdo con los lineamientos de ESI para la Educación Básica aprobados mediante R.V.M. 169-2021-MINEDU, y lo opinado por los funcionarios del sector Educación entrevistados, recién en el año 2022 se cuenta con un sistema inicial de monitoreo y evaluación para la ESI, que busca brindar información en tiempo real sobre cómo se está implementando la ESI en las diferentes regiones del país. Asimismo, en los documentos relacionados a la ESI no se encontraron menciones explícitas de indicadores que sean

utilizados para supervisar su implementación.

Actividad 5005201: Sesiones de entrenamiento en habilidades sociales para adolescentes, jóvenes y adultos

1. Existe evidencia que sugiere que las iniciativas que apuntan, entre otros objetivos, a mejorar las competencias socioemocionales de los adolescentes pueden ser herramientas efectivas para la reducción del embarazo adolescente (Kessler et. al (1997), Vafai (2018)). Sin embargo, la literatura sobre la implementación de estas iniciativas en la realidad nacional está ausente, hecho que limita en particular poder realizar mejoras en el diseño y la implementación de la Actividad 5005201 “Sesiones de entrenamiento en habilidades sociales para adolescentes, jóvenes y adultos”. De acuerdo con los funcionarios entrevistados, entre los factores que limitan la implementación de las estrategias existentes de salud mental específicas en adolescentes, se encuentran las siguientes: i) en tanto las intervenciones se realizan principalmente en el contexto escolar, pero fuera del horario escolar, algunos adolescentes tienen dificultades para regresar y estar presentes, por lo que se descontinúa la asistencia; ii) se evidencian limitaciones presupuestales y frecuentemente la falta de materiales para el desarrollo de las sesiones no permite el desarrollo óptimo de estas; iii) se identifica un déficit de personal para la implementación de estrategias de salud mental, como la ausencia de psicólogos en los centros de salud; asimismo, existen limitaciones de personal para el trabajo comunitario, sin el cual es poca la llegada que se tiene a los adolescentes, ya que estos no suelen ir a los establecimientos de salud. Asimismo, no existe una práctica de construcción y medición de indicadores de desempeño que permita un adecuado seguimiento a los entregables o a los procesos internos de la Actividad 5005201 “Sesiones de entrenamiento en habilidades sociales para adolescentes, jóvenes y adultos” para una mejor toma de decisiones (por ejemplo, tasa de asistencia o deserción de los talleres, aprovechamiento del aprendizaje, desempeño del trabajo de los profesionales, etc.). Por otro lado, no se evidencia un criterio de programación de metas físicas con carácter técnico. Solamente se exige un taller de adolescentes a cada establecimiento por año, valor arbitrario pero sujeto a las restricciones presupuestarias. Si consideramos que en cada taller no debe haber más de 15 adolescentes, la subcobertura es bastante elevada, concordante con lo afirmado por los especialistas en el ámbito regional.

9. Recomendaciones

A continuación, se presentan las recomendaciones del estudio. Esta sección tiene la misma estructura que la sección previa de conclusiones. **Cabe indicar que cada recomendación numerada aquí está asociada a la conclusión de numeración equivalente en la sección previa, para la intervención respectiva.**

Recomendaciones transversales a las intervenciones analizadas

1. Se recomienda explorar el diseño de un Programa Presupuestal orientado a Resultados (PPoR) sobre desarrollo adolescente (de 10 a 19 años), basado en evidencias, que contemple articulación presupuestal territorial y un enfoque de derechos, que identifique intervenciones, indicadores y responsables muy claros en los sectores correspondientes. Su diseño debería estar a cargo de manera conjunta por aquellos sectores que concentren la rectoría en las problemáticas asociadas con el desarrollo adolescente y en tanto ello, responsables de la mayoría de los servicios asociados con su atención, como lo son Salud y Educación, en estrecha colaboración con los demás sectores involucrados (MIMP, MIDIS, entre otros) y con la asistencia técnica del MEF.

Cabe señalar que al ser el embarazo adolescente un problema causado por múltiples condiciones, no necesariamente atendibles por un solo sector o nivel de gobierno, y que

son, a su vez, la causa de otros múltiples problemas que afectan a la adolescencia; más que pensar exclusivamente en el embarazo adolescente se hace necesario tratar previamente el tema de la adolescencia como un problema integral, tema que no ha merecido la suficiente atención en años recientes, como sí lo ha tenido el desarrollo infantil temprano. Ello implicaría colocar al desarrollo adolescente como una de las prioridades de política pública y presupuestales para los próximos años, por lo que requeriría del compromiso desde los sectores responsables y desde el MEF, y un intenso trabajo primero desde el Ejecutivo y luego con el Congreso para la priorización del tema en sus agendas.

Dentro de este PPoR, anticipamos que, dada la importancia del embarazo adolescente en el Perú, podría ser considerado como uno de sus resultados conformantes, con factores específicos detrás muy cercanos a los identificados, entre otros: i) la escasez de conocimientos sobre la anticoncepción, el acceso y el uso de MAC por parte de los adolescentes; ii) la insuficiente generación de conocimientos, actitudes y habilidades para la toma de decisiones con relación al cuidado del propio cuerpo, las relaciones interpersonales y el ejercicio de la sexualidad; y en general, con el manejo de las emociones y comportamientos y la resolución de situaciones difíciles en la adolescencia; iii) la insuficiente atención a la situación de salud mental de la población adolescente; iv) los altos niveles de violencia sexual contra menores; y v) la ausencia de un proyecto de vida, así como de una oferta de oportunidades educativas que deriven en una real mejora del capital humano entre las adolescentes. Asimismo, anticipamos que al hacer el ejercicio de diseño siguiendo la metodología del MEF posiblemente se establezcan como intervenciones aquellas muy cercanas a las identificadas, debiendo actuar de manera complementaria, tales como los servicios de consejería y entrega de MAC, la ESI, los servicios de salud mental y de desarrollo de habilidades socioemocionales, las transferencias monetarias condicionadas para tener más oportunidades de culminación escolar y uso de servicios de salud vinculados, así como el desarrollo de proyectos de vida, entre otras. Dado ello, es muy probable que algunos de los factores específicos, así como de las intervenciones que se identifiquen como parte de este PPoR muestren una vinculación con más de uno de sus potenciales resultados (de salud, educación, protección, u otros que se definan), no solo el asociado a embarazo adolescente, lo cual refuerza la necesidad de contar con un PPoR para el desarrollo integral del adolescente.

2. Complementariamente al diseño del PPoR de desarrollo adolescente antes descrito, específicamente para la prevención del embarazo adolescente, podría pensarse en herramientas de seguimiento y mecanismos de asignación de recursos contra desempeño en gobiernos subnacionales. Podría, por ejemplo, concentrarse el trabajo en algunos Gobiernos Regionales donde se tiene las más altas tasas de embarazo adolescente, para generar acuerdos de financiamiento por desempeño vinculados con la provisión de los servicios estratégicos vinculados (SSR, ESI, salud mental, prevención y atención de la violencia, oferta de oportunidades educativas y laborales, etc.), mapeando y focalizando el accionar en las zonas donde se concentran los factores de riesgo, utilizando para ello información disponible o generada especialmente para los propósitos de la herramienta; y aprovechando el capital humano y social local para diversificar los servicios e incluir espacios no sanitarios ni educativos frecuentados por los adolescentes. Ello involucraría, también, acordar arreglos de gobernanza y definir una junta responsable superior para monitorear la implementación y el impacto de las acciones acordadas; así como identificar a un alto funcionario o miembro electo para brindar un liderazgo visible en la implementación de la estrategia en el ámbito local. En el marco de estos acuerdos de gestión, la asignación de recursos estaría directamente vinculada con el desempeño, lo que implicaría una medición frecuente y fidedigna de los productos y resultados que se consignen en los convenios correspondientes, los cuales deberían estar asociados con los indicadores de desempeño y meta física de las intervenciones involucradas en el PPoR.

3. Es necesario que las intervenciones pensadas en reducir el embarazo adolescente, tanto directa como indirectamente, involucren a los jóvenes en su atención y en el diseño, la prestación y la revisión de los servicios; hagan que los jóvenes sean bienvenidos, brinden servicios de alta calidad, mejoren las habilidades y la capacitación del personal, se vinculen con otros servicios, y apoyen las necesidades cambiantes de los jóvenes. En esa línea, particular atención merece el encontrar una interacción más efectiva y definitiva entre la ESI y la atención de las necesidades en salud sexual y reproductiva de manera individualizada, incluyendo el empoderamiento de los derechos sexuales y reproductivos, acceso a información a través de la orientación/ consejería en SSR y la provisión de MAC, de manera que se provean de manera complementaria, bajo modalidades de entrega que garanticen el acceso y uso por parte de los jóvenes. En particular, en el caso de la ESI, es necesario pensar, para esta labor, en nuevos actores, como pueden ser las trabajadoras sociales u otros profesionales cercanos al campo de la salud mental o desarrollo personal. Asimismo, tomar en cuenta la necesidad de implementar el uso de herramientas de medición de habilidades para impartir ESI en adolescentes y no asumir que es una función para las que todos los profesionales están en capacidad de asumir. En esta misma línea, el ofrecimiento de una educación de calidad, así como incentivos que fomenten el buen rendimiento escolar en adolescentes e intervenciones que ofrezcan las posibilidades de desarrollo profesional (acceso a la educación superior, por ejemplo) toman también protagonismo para la reducción del embarazo adolescente. Pero no solo ello, si es que se quiere dar un impulso decidido a la prevención del embarazo adolescente, va a ser necesaria la adecuación de intervenciones que, si bien no lo tienen como propósito, podrían estar incidiendo indirectamente sobre este. Por ejemplo, en el caso de las transferencias monetarias condicionadas entregadas mediante el Programa JUNTOS, en zonas de mayor riesgo podrían modificarse las condicionalidades de los hogares con población adolescente, para promover el uso de los servicios de salud vinculados con la prevención del embarazo y/o modificando la única condicionalidad existente entre los hogares usuarios con estudiantes de secundaria, para premiar logros educativos específicos (algo similar al caso del bono VRAEM) que acerquen a los jóvenes hacia mejores oportunidades de vida, modificando congruentemente el monto de la transferencia, de ser necesario.
4. Con el fin de abordar la articulación y complementariedad de las distintas intervenciones en el territorio (MAC, ESI, transferencias condicionadas, prevención y atención de la violencia sexual, etc.) estas requieren ejecutarse bajo un marco común de diseño, acción y presupuestación, como lo es un PP, y/o con incentivos a la gestión a nivel de los gobiernos subnacionales (recursos a cambio del cumplimiento de metas). Esa es una razón adicional por la que se propone el PPor de desarrollo adolescente, para intentar que exista una acción conjunta, coordinada y eficaz sobre la adolescencia. En el caso de los incentivos a la gestión subnacional, mediante los acuerdos de financiamiento por desempeño antes descritos, se alinean con recursos las acciones de los gobiernos subnacionales (a cargo finalmente de los servicios) en los territorios que concentran la problemática. Un ejemplo de este esquema de incentivos a nivel regional es el Fondo de Estímulo al Desempeño (FED), que promueve y financia acciones complementarias en el territorio para el Desarrollo Infantil Temprano. Asimismo, estas herramientas de incentivos sirven para abordar el tema de la territorialidad y la focalización en la población con mayor incidencia en embarazo adolescente según factores de riesgo. En el marco de los acuerdos de financiamiento por desempeño se debería mapear y focalizar el accionar en las zonas donde se concentran los factores de riesgo, utilizando para ello información disponible o generada especialmente para los propósitos de la herramienta; previamente, se debe identificar mediante datos locales a las zonas con mayor incidencia de embarazo temprano y otras variables de interés asociadas como el abandono escolar, episodios de violencia, tasa de pobreza; y en función de estos datos establecer categorías de priorización territorial. Por otro lado, donde sea pertinente estos servicios deben adaptarse a las características de la población en determinada región en función a las costumbres e idiosincrasia locales.

5. Se deben generar lineamientos para el fuerte uso de datos para encargar y monitorear el progreso de las intervenciones vinculadas directamente con la prevención del embarazo adolescente, como la consejería y entrega de MAC específicamente en adolescentes e ir agregando progresivamente la de otras intervenciones a medida que crezca su cobertura y se disponga de información (como por ejemplo, la ESI e intervenciones de salud mental), para lo cual es necesario contar con un equipo que tenga como responsabilidad recopilar, monitorear y analizar los datos de embarazo adolescente, las intervenciones y las estadísticas de aceptación del servicio local de las intervenciones aplicadas. La responsabilidad en una primera etapa recaería en la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - DGIES actual responsable técnico del PP 002. Asimismo, se deben acordar arreglos para la revisión del conjunto de los datos mediante sistemas de calificación que permitan identificar tendencias o señales de alerta temprana. Esta información debe ser utilizada tanto para la programación de las intervenciones como para el diseño de políticas para combatir la problemática. En particular se deberían monitorear las siguientes acciones: i) evolución de factores de riesgo para la mejor precisión en la focalización (grupo etareo, nivel de violencia familiar, condiciones de vida, nivel educativo, etc.); ii) evolución de los indicadores de resultado (tasa de embarazo adolescente y/o sus proxys disponibles según nivel de desagregación), iii) entrega de los servicios de manera permanente (mensuales) para destrabar posibles cuellos de botella durante la implementación; esto último debiera ser presentado a través de rutinas de seguimiento con las máximas autoridades sectoriales e intergubernamentales involucradas en la problemática y así tomar decisiones oportunamente; y iv) calidad en la entrega de los servicios (cumplimiento de estándares, satisfacción de los usuarios, etc.), que podrían también presentarse en las rutinas mencionadas anteriormente.
6. Se recomienda pensar en nuevas intervenciones que contribuyan a reducir el machismo y otros elementos vinculados con la violencia basada en género en el país. Esto pone nuevamente a la ESI como herramienta fundamental; sin embargo, coloca también la necesidad de considerar estrategias que provean a las adolescentes de espacios seguros, como son las escuelas (a través de horarios extendidos y actividades extracurriculares) y otros ambientes de integración y esparcimiento, en los que ellas encuentren no solo cuidadores (esto pone a la luz la necesidad de crear y fortalecer círculos de confianza comunitarios), sino que pueden ser usados para ampliar la gama de actividades de desarrollo personal que continúen en la tarea de fortalecerlas y ofrecerles otras maneras de vivir su adolescencia. Todo ello debe considerarse al momento de diseñar el PPO antes propuesto.

Por otro lado, se debe monitorear permanentemente la aplicación del "Protocolo de actuación conjunta entre los Centros Emergencia Mujer (CEM) y los Establecimientos de Salud (EES) para la atención a las víctimas de violencia" y que este se cumpla, dado que se evidencia un importante desconocimiento de los prestadores de salud de dicho protocolo que limita su cumplimiento. Para esto será importante establecer indicadores de seguimiento sobre la entrega del kit de emergencia sexual a las víctimas de violación sexual, el trato respetuoso, información frecuente, oportuna y confiable de la efectiva entrega del servicio; es decir, sobre los componentes más importantes del protocolo mencionado. El monitoreo debe realizarse a través de rutinas para mejorar la gestión, de manera periódica con los tomadores de decisiones.

Actividad 5000058: Brindar servicios de salud para prevención del embarazo en adolescentes

1. Se deben establecer complementariamente servicios de anticoncepción/salud sexual que salgan de los establecimientos de salud, y se establezcan en espacios de fácil acceso para los jóvenes. Estos podrían estar en centros juveniles, comunitarios, IIEE u otros espacios a los que los adolescentes accedan con mayor libertad. Para ello es necesario identificar con los propios adolescentes cuáles serían esos espacios en cada territorio.

Junto con ello, se debe incorporar la medición de estándares de calidad para mejorar el uso de estos servicios. Por ejemplo, se deben acordar un conjunto de indicadores de servicio para monitorear la asistencia y la aceptación de los servicios por parte de la población local. Cabe señalar que esta propuesta de cambio de lugar para el ofrecimiento del servicio de anticoncepción/salud sexual, no implica la creación de una nueva actividad en el PP 002, sino más bien de la actualización del modelo operacional de la actividad 5000058 “Brindar servicios de salud para prevención del embarazo en adolescentes”, ya que el cambio únicamente implica una modalidad de entrega complementaria, y los entregables serían los mismos (consejería y entrega de MAC, etc.).

2. En las capacitaciones impulsadas por el sector Salud, es necesario reforzar los conocimientos y las competencias, en general sobre el desarrollo adolescente, y en particular sobre relaciones y salud sexual en adolescentes, lo cual permitiría que los prestadores tengan mayor confianza para adoptar un enfoque apropiado y proactivo y, a su vez, aumentaría las oportunidades para que los prestadores de salud se ganen la confianza de los adolescentes y estos últimos hablen sobre relaciones saludables, planteen inquietudes y obtengan información precisa. Al respecto, la OMS establece competencias básicas relacionadas a tres ámbitos: i) ámbito 1: conceptos básicos en materia de salud y desarrollo de los adolescentes, y comunicación eficaz; ii) ámbito 2: leyes, políticas y normas de calidad; y iii) ámbito 3: atención clínica de los adolescentes con afecciones específicas. Asimismo, se recomienda realizar un diagnóstico de las capacidades de los prestadores de salud. En esa línea, las capacitaciones deben intentar fortalecer aquellas capacidades insuficientes y deben ser supervisadas durante y después de su aplicación, considerando la retroalimentación de los prestadores de salud. Así, las capacitaciones podrían ponerse a disposición de forma modular, para atender las distintas necesidades y niveles de especialización requeridas; y financiarse de manera descentralizada, utilizando lineamientos sectoriales para la permanente inclusión de estas capacitaciones en los planes de desarrollo de personal de las instancias descentralizadas; e incluyendo, además, procesos de inducción específicos en temáticas de atención de adolescentes para el nuevo personal, siguiendo para ello los lineamientos correspondientes de SERVIR.⁸³ Finalmente, se deben monitorear de manera permanente los servicios (el *delivery*), especialmente los de información, consejería y la entrega de MAC en adolescentes, así como sus resultados, para saber si están llegando de manera satisfactoria a los usuarios, para lo cual podrían utilizarse encuestas de calidad y satisfacción sobre los servicios.
3. Se recomienda dimensionar y costear las necesidades de contar con un mayor número de personal en zonas donde se concentra el problema de embarazo adolescente. Para mayor precisión, se recomienda que ello se realice en función de la cuantificación de las atenciones brindadas a los usuarios de los EESS públicos en dichas zonas y se utilice, para cada atención, información sobre las horas de atención y la especialidad (de corresponder) de los profesionales que brindan la atención, independientemente de la modalidad de atención, por cada EESS; de manera que pueda proponerse una mejor asignación de los recursos humanos y que esta responda a la demanda de horas por especialidad/enfermedad. Ello previamente podría requerir, de ser necesario, de la actualización de la cartera de servicios de salud para adolescentes, principalmente de los vinculados con la prevención del embarazo.

Educación Sexual Integral

1. Se deben generar y poner a disposición de los docentes más materiales y recursos educativos que permitan la implementación de la ESI. Asimismo, es necesario complementar esto con capacitaciones, tanto de los lineamientos y guías de la ESI, así como sobre los materiales y recursos que se pongan a disposición, para que los docentes

⁸³ Guía para la gestión del proceso de inducción, aprobada mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N°265-2017-SERVIR-PE.

puedan otorgar el servicio de manera completa y pertinente.

2. Es necesario que el diseño de la ESI esté establecido en un marco de resultados, es decir, tenga componentes definidos, actividades asociadas a presupuesto, indicadores de desempeño, etc. Ello debe estar basado en un modelo de teoría del cambio el cual siga los lineamientos definidos por el MEF, lo cual debe estar sustentado en evidencias. Así, anticipamos que la ESI podría ser sustentada al menos como subproducto o actividad presupuestal dentro del PELA. Como parte del proceso, se recomienda mejorar el diseño de las acciones específicas de la ESI para que permitan su implementación decidida como parte del currículo educativo y no solo su desarrollo a través del servicio de tutoría; y adicionalmente, plantear actividades en espacios educativos no formales fuera de la IIEE, que permitan brindar información sobre MAC y fomentar la articulación de la ESI con la entrega de MAC por parte de los prestadores de salud. En línea con lo anterior, reforzar el diseño de la ESI, de manera que incluya la enseñanza de construcción de proyectos de vida, resolución de conflictos, autocuidado, entre otras habilidades blandas, junto con el trabajo con miembros de la familia. Asimismo, para que la ESI logre mayor eficacia se debe comunicar a todos los padres y cuidadores sobre los beneficios protectores de la comunicación abierta y apoyarlos para que hablen con sus hijos sobre las relaciones y el sexo, incluidos los padres y cuidadores de niños con necesidades especiales, discapacidades o dificultades de aprendizaje. La comunicación entre la IIEE y el hogar sobre la ESI debe comenzar temprano para que los padres puedan anticipar los temas tratados en la IIEE y hacer su propio aporte oportuno o hacer un seguimiento en el hogar.
3. Es necesario incluir la implementación de ESI como parte de las herramientas de seguimiento a la entrega de los servicios en las IIEE que dispone el MINEDU. Para ello, en principio la ESI debería al menos tener indicadores asociados con logros de aprendizaje pertinentes al grado de los estudiantes, cobertura curricular, prácticas docentes, y acceso y uso de materiales/recursos educativos. Se debe incluir estándares de entrega de la ESI, los cuales deben ser considerados al momento de establecer un nuevo marco con base en resultados, recomendado previamente. Para ello, es necesario identificar las necesidades de los adolescentes sobre estos temas para la correcta aplicación de la ESI en las IIEE, y se tenga retroalimentación de su parte. Se deben establecer, además, mecanismos de monitoreo regulares por parte del MINEDU (del tipo "Semáforo Escuela" o el "Monitoreo de Prácticas Escolares") que impliquen rutinas y seguimiento permanente de indicadores para la rendición de cuentas. Una vez que se cuente con esta información, se podría pensar, además, en incorporar indicadores de cobertura y calidad en la implementación de la ESI como parte de los mecanismos de incentivos a las UGEL que dispone anualmente el MINEDU.

Actividad 5005201: Sesiones de entrenamiento en habilidades sociales para adolescentes, jóvenes y adultos

1. Es necesario evaluar/analizar a profundidad algunos procesos que limitan la implementación de la Actividad 5005201: Sesiones de entrenamiento en habilidades sociales para adolescentes, jóvenes y adultos. En particular, la evaluación deberá desarrollar soluciones para los desafíos encontrados a la baja asistencia y deserción de los jóvenes a las sesiones de entrenamiento en habilidades sociales. Esto pasa principalmente por consultarles a los jóvenes sobre cuáles son las dificultades que ellos están encontrando para poder asistir a las sesiones de entrenamiento, sus niveles de satisfacción con las sesiones y cuáles serían las mejores modalidades de entrega desde su percepción, según espacio territorial (por ejemplo, para la selva, zonas urbanas / rurales, etc.). Pero esta evaluación a profundidad se debería también identificar con mayor detalle el proceso de implementación en su conjunto, los costos, análisis en términos monetarios y físicos de los recursos existentes (personal, materiales, entre otros), las fortalezas y debilidades de la gestión del tratamiento.

Asimismo, como parte del dimensionamiento de los recursos humanos necesarios en los EESS para los servicios vinculados con la prevención del embarazo adolescente, recomendado previamente, se debería incluir el correspondiente a esta Actividad, con base en lo cual podría sustentarse más sólidamente una mejora y ampliación de su cobertura. En la misma línea, dado que la evidencia es favorable acerca de la efectividad de la mejora de competencias socioemocionales en la reducción del embarazo no deseado, esta Actividad podría ser considerada como parte del diseño del PPO de desarrollo adolescente antes propuesto. Sin embargo, en el camino se recomienda que se adecuen sus definiciones operacionales, para redirigir la atención hacia la población con más riesgo de embarazo adolescente, incluyendo en la programación de metas la utilización de criterios de focalización explícitos para la atención de esta población y centrando los contenidos y estándares del servicio, así como los indicadores para la medición de su desempeño, en aquellas habilidades sociales que más requiere esta población en particular, según la evidencia; incorporando, además, las recomendaciones de mejora a la modalidad de entrega del servicio que surjan de la evaluación de procesos antes propuesta. Todo ello facilitará la programación concurrente de los recursos y las metas para los distintos servicios vinculados con la prevención del embarazo adolescente y, en consecuencia, su provisión de manera integral.

10. Referencias bibliográficas

Amaro Hernández, F., Reyes Guzmán, G., Palacios Martínez de Santelices, L., & Cardoso Núñez, O. (2010). Intervención educativa sobre conocimientos de anticoncepción en adolescentes. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 14(3), 0-0.

Attanasio, O., Sosa, L. C., Medina, C., Meghir, C., & Posso-Suárez, C. M. (2021). Long term effects of cash transfer programs in Colombia (No. w29056). National Bureau of Economic Research.

Azevedo, J., Favara, M., Haddock, S., Lopez-Calva, L., Muller, M. & Perova, E. (2012). Embarazo adolescente y oportunidades en América Latina y el Caribe: sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos. World Bank, Washington, DC. © World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/16978> License: CC BY 3.0 IGO.

Baccarat de Godoy, Ch., Ortega-Ferreira, L., Miranda dos Santos, P. R., Lopes-Sobrinho, M. W., Vieira-Weiss, M. C., Salomé-Souza, S. P. (2011) Taller sobre sexualidad en la adolescencia: una experiencia de la salud del equipo de la familia con los adolescentes de la educación media. *Rev Min Enferm* (vol 15, núm 4, pag 573-578)

Bailey, J. V., Murray, E., Rait, G., Mercer, C. H., Morris, R. W., Peacock, R., ... & Nazareth, I. (2010). Interactive computer-based interventions for sexual health promotion. *Cochrane database of systematic reviews*, (9).

Baird, S., Chirwa, E., McIntosh, C., & Ozler, B. (2015). What happens once the intervention ends? The medium-term impacts of a cash transfer programme in Malawi, 3ie Grantee final report. *New Delhi: International Initiative for Impact Evaluation (3ie)*.

Bandiera, O., Buehren, N., Burgess, R., Goldstein, M., Gulesci, S., Rasul, I., & Sulaiman, M. (2012). Empowering adolescent girls: evidence from a randomized control trial in Uganda. World Bank.

Bardales, J. M. D., Victoria, E. F. R. L., Vega, O. V., Julián, R. M. C., Alvarado, G. D. P. P., Dávila, K. S., Espejo, Y. M. R. & Lowy, D. A. (2021). Effect of teaching leadership styles on the prevention of adolescence pregnancy: a case study conducted at Universidad César Vallejo, Peru. *F1000Research*, 10(239), 239.

- Bayer, A. M., Cabrera, L. Z., Gilman, R. H., Hindin, M. J., & Tsui, A. O. (2010). Adolescents can know best: using concept mapping to identify factors and pathways driving adolescent sexuality in Lima, Peru. *Social science & medicine*, 70(12), 2085-2095.
- Bonell, C., Maisey, R., Speight, S., Purdon, S., Keogh, P., Wollny, I., Sorhaindo, A., Wellings, K. (2013). Randomized controlled trial of 'teens and toddlers': A teenage pregnancy prevention intervention combining youth development and voluntary service in a nursery. *Journal of adolescence*, 36(5), 859-870.
- Bull, S., Devine, S., Schmiege, S. J., Pickard, L., Campbell, J., & Shlay, J. C. (2016). Text messaging, teen outreach program, and sexual health behavior: a cluster randomized trial. *American journal of public health*, 106(S1), S117-S124.
- Carpentier, M. Y., Silovsky, J. F., & Chaffin, M. (2006). Randomized trial of treatment for children with sexual behavior problems: Ten-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 482-488
- Colectivo Interinstitucional sobre los Derechos de la Niñez y Adolescencia (2021) Agenda nacional de la Niñez y Adolescencia 2021-2026 – Propuestas para la atención y protección de niñas, niños y adolescentes en el Perú. Lima, Perú
- Corcoran, J., & Pillai, V. (2008). A Meta-Analysis of Parent-Involved Treatment for Child Sexual Abuse. *Research on Social Work Practice*, 18(5), 453– 464
- Davis, M. K. & Gidycz, C. A. (2000) Child Sexual Abuse Prevention Programs: A Meta-Analysis, *Journal of Clinical Child Psychology*, 29:2, 257-265
- De La Rue, L., Polanin, J. R., Espelage, D. L., & Pigott, T. D. (2017). A metaanalysis of school-based interventions aimed to prevent or reduce violence in teen dating relationships. *Review of Educational Research*, 87(1), 7-34.
- Decat, P., De Meyer, S., Jaruseviciene, L., Orozco, M., Ibarra, M., Segura, Z., ... & Degomme, O. (2015). Sexual onset and contraceptive use among adolescents from poor neighbourhoods in Managua, Nicaragua. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 20(2), 88-100.
- Defensoría del Pueblo (2018). Resultados de la supervisión defensorial a los servicios de salud diferenciados para la atención integral a adolescentes.
- Defensoría del Pueblo y UNFPA (2020). Informe sobre la supervisión de intervenciones efectivas para la prevención del embarazo no planeado en adolescentes: educación sexual integral y acceso a anticoncepción moderna para quienes lo requieren. Disponible en: <https://peru.unfpa.org/es/publications/informe-supervision-de-intervenciones-efectivas>
- Del Mastro N, I. (2021). Adapting to poverty and dealing with gender: a comparative perspective on teenage pregnancy in the Peruvian Amazon. *Culture, Health & Sexuality*, 1-15.
- Degomme, O., De Meyer, S., Decat, P. (2014). Final Report Summary - CERCA (Community-embedded Reproductive health Care for Adolescents). *CORDIS, European Commission*
- Dongarwar, D., & Salihu, H. M. (2019). Influence of sexual and reproductive health literacy on single and recurrent adolescent pregnancy in Latin America. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 32(5), 506-513.
- Duflo, E., Dupas, P., & Kremer, M. (2015). Education, HIV, and early fertility: Experimental evidence from Kenya. *American Economic Review*, 105(9), 2757-97.
- Dulanto-Ramos, Y. B., Luna-Muñoz, C., & Roldan, L. (2022). Factores asociados al no uso de

- métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes del Perú. Endes 2018-2020. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 22(2), 345-352.
- Dupas, P., Duflo, E., & Kremer, M. (2016). Estimating the impact and cost-effectiveness of expanding secondary education in Ghana.
- Equipo de Seguimiento Concertado a las Políticas de Salud Sub-Grupo "Prevención del Embarazo en Adolescentes". (2016). Prevención del embarazo en adolescentes. Situación y perspectivas al 2021
- Estrada, F., Suárez-López, L., Hubert, C., Allen-Leigh, B., Campero, L., & Cruz-Jimenez, L. (2018). Factors associated with pregnancy desire among adolescent women in five Latin American countries: a multilevel analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 125(10), 1330-1336.
- Estrada, F., Atienzo, E. E., Cruz-Jimenez, L., & Campero, L. (2021). A rapid review of interventions to prevent first pregnancy among adolescents and its applicability to Latin America. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 34(4), 491-503.
- Favara, M., Lavado, P., & Sánchez, A. (2020). Understanding teenage fertility in Peru: An analysis using longitudinal data. *Review of Development Economics*, 24(4), 1217-1236.
- Fernández, I., Torrecilla, M., Morales, A., & Báez, E. (2011). Intervención educativa en adolescentes con riesgo de embarazo. *Revista Cubana de Enfermería*, 27(4), 281-288.
- Fraser, B. (2020). Adolescent pregnancy in Latin America and the Caribbean. *The Lancet Child and Adolescent Health* (vol 4, núm 5, pag 356 - 357)
- Fryda, C. M., & Hulme, P. A. (2015). School-Based Childhood Sexual Abuse Prevention Programs: An Integrative Review. *The Journal of School Nursing*, 31(3), 167-182
- Gianella, C., Machado, M. R. D. A., & Defago, A. P. (2017). What causes Latin America's high incidence of adolescent pregnancy? *CMI Brief*.
- Gómez Suárez, R. T., Rodríguez Hernández, L. M., Gómez Sarduy, A., & Torres Pestana, E. (2017). Acciones educativas dirigidas a mejorar la percepción de riesgo del embarazo en adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43, 180-190.
- González-Velosa, C., Ripani, L., & Rosas Shady, D. (2012). ¿Cómo mejorar las oportunidades de inserción laboral de los jóvenes en América Latina?
- Goyeneche, S., Barreto, E., Valverde, R., Roncal, R., Paredes, J. (2016). Embarazo y maternidad adolescente en el Perú. *Save the Children*
- Grupo de Trabajo Multisectorial (2019) Programa Presupuestal orientado a Resultados de Reducción de la Violencia contra la Mujer
- Gurgel, M. G. I., Alves, M. D. S., Moura, E. R. F., Pinheiro, P. N. D. C., & Rego, R. M. V. (2010). Desenvolvimento de habilidades: estratégia de promoção da saúde e prevenção da gravidez na adolescência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31, 640-646.
- Hernández-Millán, Z. L., Bravo-Polanco, E., López-Hernández, P., Águila-Rodríguez, N., Cepero-Águila, L. (2015). Efectividad del programa psicoeducativo de educación sexual y salud reproductiva. *Revista Cubana de Enfermería*, 31(1), 0-0.
- Hernández-Vásquez, A., Bohorquez-Cobos, A., Ynocente-Canchari, L., Vargas-Fernández, R., & Bendezú-Quispe, G. (2021). Maternidad adolescente en distritos peruanos: un análisis espacial de datos censales. *Ciencia y enfermería*, 27.

- Feltey, K. M., Ainslie, J. J., & Geib, A. (1991). Sexual coercion attitudes among high school students: The influence of gender and rape education. *Youth & Society, 23*(2), 229-250.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2016). *Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe.*
- Hersh, A. R., Saavedra-Avendaño, B., Schiavon, R., & Darney, B. G. (2019). Sexuality education during adolescence and use of modern contraception at first sexual intercourse among Mexican women. *Journal of Adolescent Health, 65*(5), 667-673.
- Higa, E. D. F. R., Bertolin, F. H., Maringolo, L. F., Ribeiro, T. F. S. A., Ferreira, L. H. K., & de Oliveira, V. A. S. C. (2015). Intersectorality as a strategy for promoting adolescent sexual and reproductive health. *Interface: Comunicação Saúde Educação, 19*(54), 879-892.
- Hubert, C., Villalobos, A., Abreu, A. B., Suárez-López, L., & Castro, F. D. (2019). Factors associated with pregnancy and motherhood among Mexican women aged 15-24. *Cadernos de saude publica, 35*, e00142318.
- Ibarrarán, P., Card, D., Regalia, F., Rosas-Shady, D., & Soares, Y. (2011). The labor market impacts of youth training in the Dominican Republic. *Journal of Labor Economics, 29*(2), 267-300.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2021) Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021 - Nacional y Departamental.
- Ivanova, O., Cordova-Pozo, K., Segura, Z. E., Vega, B., Chandra-Mouli, V., Hindin, M. J., Temmerman, M., Decat, P., De Meyer, S. & Michielsen, K. (2016). Lessons learnt from the CERCA Project, a multicomponent intervention to promote adolescent sexual and reproductive health in three Latin America countries: a qualitative post-hoc evaluation. *Evaluation and Program Planning, 58*, 98-105.
- IWORDS Global, Evaluación de los Centros de Emergencia Mujer. Disponible en: https://www.mimp.gob.pe/omep/pdf/evaluaciones/2020/1_Evaluacion_CEM_Peru_Producto_3.pdf
- Kallpa & UNICEF (2022) "Diagnóstico del estado de implementación de la promoción de salud en 15 instituciones educativas focalizadas en la intervención de la secundaria como experiencia de vida de UNICEF en Loreto, Ucayali y Huancavelica" Informe de línea de base.
- Kaplan, K. C., Lewis, J., Gebrian, B., & Theall, K. (2015). Soccer and sexual health education: a promising approach for reducing adolescent births in Haiti. *Revista Panamericana de Salud Pública, 37*(4-5), 316-323.
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Foster, C. L., Saunders, W. B., Stang, P. E., & Walters, E. E. (1997). Social consequences of psychiatric disorders, II: Teenage parenthood. *American Journal of Psychiatry, 154*(10), 1405-1411.
- Kostrzewa, K. (2008). The sexual and reproductive health of young people in Latin America: Evidence from WHO case studies. *Salud pública de México, 50*(1), 10-16.
- LaChausse, R. G. (2016). A clustered randomized controlled trial of the positive prevention PLUS adolescent pregnancy prevention program. *American journal of public health, 106*(S1), S91-S96.
- Luttges, C., Leal, I., Huepe, G., González, D., González, E., & Molina, T. (2021). Pregnant again? Perspectives of adolescent and young mothers who and do not experience a repeat pregnancy in adolescence. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-*

Being, 16(1), 1898317.

Manjarres-Posada, N. I., Benavides-Torres, R. A., Onofre-Rodríguez, D. J., Pérez, G. F., Urrutia, M. T., Barbosa-Martínez, R. D. C. (2021). Process of adapting a motivational intervention for contraceptive use in Mexican teenage mothers. *Health and Addictions* (vol. 21, núm. 1, pag. 111-123)

Mark NDE, Wu LL. (2022). More comprehensive sex education reduced teen births: Quasi-experimental evidence. *Proc Natl Acad Sci U S A*. Feb 22;119(8): .e2113144119. doi: 10.1073/pnas.2113144119. PMID: 35165192; PMCID: PMC8872707.

Martin, J., Sheeran, P., Slade, P., Wright, A., & Dibble, T. (2011). Durable effects of implementation intentions: reduced rates of confirmed pregnancy at 2 years. *Health Psychology*, 30(3), 368.

Mason-Jones, A. J., Sinclair, D., Mathews, C., Kagee, A., Hillman, A., & Lombard, C. (2016). School-based interventions for preventing HIV, sexually transmitted infections, and pregnancy in adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11).

Mejia, J. R., Quincho-Estares, Á. J., Flores-Rondon, A. J., Reyes-Beltran, G., Arias-Sulca, I. L., Palomino-Hilario, E., ... & Toro-Huamanchumo, C. J. (2021). Determinants of adolescent pregnancy in indigenous communities from the Peruvian central jungle: a case-control study. *Reproductive health*, 18(1), 1-10.

Mendoza, W., & Subiría, G. (2013). Adolescent pregnancy in Peru: its current situation and implications for public policies. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 30(3), 471-479.

Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza-Perú (2022). Mortalidad Materna y Embarazo en Adolescentes en el Contexto de COVID-19. Un problema de derechos humanos, de inequidad y desarrollo.

<https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2022-07-25/mclcp-reporte-sobresituacion-de-la-mortalidad-materna-junio-2022v14.pdf>

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (2019) Anexo N° 02 Programa Presupuestal 0049 Programa nacional de apoyo directo a los más pobres 2020.

Ministerio de Educación del Perú (2008). Lineamientos Educativos y Orientaciones Pedagógicas para la Educación Sexual Integral. Lima: Minedu

Ministerio de Educación del Perú (2016). Currículo Nacional de la Educación Básica. Lima: Minedu

Ministerio de Educación del Perú (2020). Orientaciones para el desarrollo del año escolar 2021 en Instituciones Educativas y programas educativos de la educación básica

MINEDU (2021). Lineamientos de Educación Sexual Integral para la Educación Básica.

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2012) Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2012-2021 (PNAIA 2021)

Ministerio de Salud (2005a). Lineamientos de Política de Salud de los/las Adolescentes.

Ministerio de Salud. (2005b). Norma Técnica para la Atención Integral de Salud en la Etapa de la Vida Adolescente. N.T. No. 034-MINSA/DGSP-V.01. Lima: Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud (2012) Norma Técnica de Salud N° 095 - MINSA/DGSP-V.01: Criterios y Estándares de Evaluación de Servicios Diferenciados de Atención Integral de Salud para

Adolescentes

Ministerio de Salud (2016) Norma Técnica de Salud N° 124 - MINSA/DGIESP-V.01: Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar.

Ministerio de Salud (2019) Norma Técnica de Salud N° 159 - MINSA/2019/DGIESP: Norma técnica de salud para la atención integral de salud de adolescentes.

Ministerio de Salud (2021a) Anexo N° 02 Programa Presupuestal 002 Salud Materno Neonatal. Lima: MINSA

Ministerio de Salud (2021b) Anexo N° 02 Programa Presupuestal 0016 TBC – VIH/SIDA. Lima: MINSA

Ministerio de Salud (2021c) Anexo N° 02 Programa Presupuestal 0131 Control y Prevención en Salud Mental. Lima: MINSA

Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (2019) Anexo N° 02 Programa Presupuestal 0116 Mejoramiento de la empleabilidad e inserción laboral- PROEMPLEO 2020

Mira que te miro. (2018). Informe del monitoreo social de los compromisos en derechos sexuales y derechos reproductivos del consenso de Montevideo 2017.

Morales, A., Garcia-Montaña, E., Barrios-Ortega, C., Niebles-Charris, J., Garcia-Roncallo, P., Abello-Luque, D., Gomez-Lugo, M., Saavedra, D. A., Vallejo-Medina, P., Espada, J. P., Lightfoot, M., & Martínez, O. (2019). Adaptation of an effective school-based sexual health promotion program for youth in Colombia. *Social Science & Medicine*, 222, 207-215.

Morrison, S., Hardison, J., Mathew, A., & O'Neil, J. (2004). An evidence-based review of sexual assault preventive intervention programs. *Washington, DC: Department of Justice*.

Motta, A., Keogh, S., Prada, E., Núñez-Curto, A., Konda, K., Stillman, M., & Cáceres, C. F. (2017). De la Normativa a la Práctica: la Política de Educación Sexual y su Implementación en el Perú.

Nelson, E., Edmonds, A., Ballesteros, M., Encalada Soto, D., & Rodriguez, O. (2014). The unintended consequences of sex education: an ethnography of a development intervention in Latin America. *Anthropology & medicine*, 21(2), 189-201.

Niolon, P. H., Vivolo-Kantor, A. M., Tracy, A. J., Latzman, N. E., Little, T. D., DeGue, S., ... & Tharp, A. T. (2019). An RCT of dating matters: Effects on teen dating violence and relationship behaviors. *American journal of preventive medicine*, 57(1), 13-23.

Novella, R., & Ripani, L. (2015). Are you (not) expecting? The unforeseen benefits of job training on teenage pregnancy. *IZA Journal of Labor & Development*, 5(1), 1-18.

Obach, A., Sadler, M., & Jofré, N. (2017). Salud sexual y reproductiva de adolescentes en Chile: el rol de la educación sexual. *Revista de Salud Pública*, 19, 848-854.

Organización Mundial de la Salud, UNFPA (2011). Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias.

Organización Mundial de la Salud. (2018). Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos, Tercera edición.

Oringanje C, Meremikwu MM, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri JE (2016). Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. *Cochrane Database of Systematic*

Reviews 2016, Issue 2. Art. No.: CD005215.

Osorio, A., Lopez-del Burgo, C., Carlos, S., & de Irala, J. (2017). The sooner, the worse? Association between earlier age of sexual initiation and worse adolescent health and well-being outcomes. *Frontiers in Psychology*, 8, 1298.

Plan Internacional, UNFPA (2019). Las adolescentes peruanas en matrimonio o unión: Tradiciones, desafíos y recomendaciones Primera edición, junio.

Prado-Juscamaita, J. I., & Reves-Huapaya, E. S. (2019). El embarazo adolescente en Perú: estrategias de afrontamiento para el bienestar emocional y la inclusión educativa. *Investigación y Postgrado*, 33(2), 83-96.

Programa Nacional de Becas y Crédito Educativo (2019) Anexo N° 02 Programa Presupuestal 0122 Acceso y permanencia de población con alto rendimiento académico a una educación superior de calidad 2020

Reynolds, M. C., Sutherland, M. A., & Palacios, I. (2019). Exploring the use of technology for sexual health risk-reduction among ecuadorean adolescents. *Annals of global health*, 85(1).

Rivera, N., Guerrero, J., Mateus, Y., Rubiano, L., Casallas, A. (2022). Latin American overview of educational strategies for the prevention of teenage pregnancy. *Revista Cubana de Salud Pública* (vol 48, núm supl, pag 1-13)

Rodríguez Ribas, C. (2021). Adolescent pregnancy, public policies, and targeted programs in Latin America and the Caribbean: a systematic review. *Rev Panam Salud Publica*; 45, dec. 2021.

Ross, D. A., Changalucha, J., Obasi, A. I., Todd, J., Plummer, M. L., Cleophas-Mazige, B., Anemona, A., Everett, D., Weiss, H. A., Mabey, D. C., Grosskurth, H., Hayes, R. J. (2007). Biological and behavioural impact of an adolescent sexual health intervention in Tanzania: a community-randomized trial. *Aids*, 21(14), 1943-1955.

Saavedra, J., & Chacaltana, J. (2001). *Exclusión y oportunidad: jóvenes urbanos y su inserción en el mercado de trabajo y en el mercado de capacitación*. Grade.

Salinas Mulder, S., Castro Mantilla, M. D., & Fernández Ovando, C. (2014). Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes.

Sálman, F., Jimenez, J. P. (2022). Prevención del embarazo adolescente en Perú: Análisis de las intervenciones públicas. *Dalberg* (2022)

Sanca-Valeriano, S., Espinola-Sánchez, M., & Racchumí-Vela, A. (2022). Factores sociales y demográficos asociados al embarazo y al embarazo repetido en mujeres adolescentes de Perú. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 87(1), 11-18.

Sánchez, A., Fávora, M., & Lavado, P. (2016). Comprendiendo el embarazo, la convivencia y el matrimonio en la adolescencia: el caso del Perú. *Análisis y propuestas*; 34.

Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, A. I., & López-Soler, C. (2011). The psychological treatment of sexual abuse in children and adolescents: A meta-analysis. *International journal of clinical and health psychology*, 11(1), 67-93.

Sell, K., Oliver, K. & Meiksin, R. (2021). Comprehensive Sex Education Addressing Gender and Power: A Systematic Review to Investigate Implementation and Mechanisms of Impact. *Sex Res Soc Policy*. <https://doi.org/10.1007/s13178-021-00674-8>

Silva, M., & Ross, I. (2003). Evaluation of a school-based sex education program for low

income male high school students in Chile. *Evaluation and program Planning*, 26(1), 1-9.

Skowron, E., & Reinemann, D. H. S. (2005). Effectiveness of Psychological Interventions for Child Maltreatment: A Meta-Analysis. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(1), 52-71.

Spoth, R. L., Redmond, C., & Shin, C. (2001). Randomized trial of brief family interventions for general populations: Adolescent substance use outcomes 4 years following baseline. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(4), 627-642.

Taylor, M., Jinabhai, C., Dlamini, S., Sathiparsad, R., Eggers, M. S., & De Vries, H. (2014). Effects of a teenage pregnancy prevention program in KwaZulu-Natal, South Africa. *Health care for women international*, 35(7-9), 845-858.

Tebets, C., & Redwine, D. (2013). Beyond the clinic walls: empowering young people through Youth Peer Provider programmes in Ecuador and Nicaragua. *Reproductive health matters*, 21(41), 143-153.

Underhill, K., Montgomery, P., & Operario, D. (2008). Abstinence-plus programs for HIV infection prevention in high-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1).

UNFPA (2014). Directrices Operacionales del UNFPA para la Educación Integral de la Sexualidad: Un Enfoque Basado en los Derechos Humanos y Género. http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_OperationalGuidanceREV_ES_web.pdf

UNFPA (2020). Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en seis países de América Latina y el Caribe.

UNFPA Perú (2020). Consecuencias socioeconómicas del embarazo y la maternidad adolescente en Perú.

UNICEF (2021). Normas sociales en relación con la violencia y embarazo adolescente.

World Health Organization (2011). WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive health outcomes among adolescents in developing countries.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44691>

Vafai, Y. (2018). The Effect of Depression on Women's Contraceptive Behaviors and Teenage Pregnancy (Doctoral dissertation, University of Maryland, College Park).

Vafai, Y., Thoma, M. E., & Steinberg, J. R. (2020). Association between first depressive episode in the same year as sexual debut and teenage pregnancy. *Journal of Adolescent Health*, 67(2), 239-244.

Vargas, R. (2011). Impacto de los Programas de Transferencia Condicionada Sobre el Empoderamiento de las Mujeres. Un Análisis de Género al Programa Juntos en Perú. *CARE Perú: Perú*.

11. Anexos

11.1 Presentación con los hallazgos más importantes y las recomendaciones contenidas en el informe final

11.2 Matriz de evaluación del estudio, listado de funcionarios entrevistados y guías de entrevistas

11.2.1 Matriz de preguntas de evaluación del estudio: Sección N° 1 Análisis de la pertinencia y articulación de intervenciones implementadas actualmente por el Estado peruano

N°	Intervención	Descripción	Sector	Preguntas de evaluación: Tomando en consideración el diagnóstico de la problemática en el contexto peruano y la evidencia sobre intervenciones revisada, la intervención que implementa el Estado peruano:						Método de recojo de información	Fuente de la información	Método de análisis
				¿Es pertinente para prevenir el embarazo adolescente?	¿Es efectiva para prevenir el embarazo adolescente?	¿Atiende las causas de la problemática?	¿Está basada en la evidencia?	¿Es complementaria con alguna otra intervención? ¿cuál?	¿Qué limitaciones existen que dificultan o impiden su articulación?			
1												
2												
3												
4												
5												

11.2.2 Matriz de preguntas de evaluación del estudio: Sección Nº 2 Análisis de Intervenciones específicas (solo para las 3 intervenciones priorizadas en los TdR)

Nº	Intervención	Descripción	Sector	Preguntas de evaluación														Método de recojo de información	Fuente de la información	Método de análisis			
				Teoria de Cambio					Implementación		Indicadores		Articulación		Población Objetivo								
				¿Cuál es la teoría de cambio (cadena causal y/o marco lógico)?	¿La teoría de cambio está sustentada en evidencia?	¿Los documentos de gestión de las intervenciones identifican adecuadamente las causas de la problemática?	¿Existe relación entre la teoría de cambio de la intervención y las causas de la problemática detectadas en el diagnóstico?	¿La lógica causal de la teoría de cambio es pertinente?	¿Cuáles son los supuestos de la teoría de cambio? ¿Se cumplen?	¿Qué limitaciones se encuentran para la implementación del diseño de las intervenciones o para la entrega de los servicios según el diseño establecido?	¿Los procesos diseñados para llevar a cabo las intervenciones bajo análisis son claros, están bien desarrollados y dan soporte suficiente para cumplir los objetivos de la intervención?	¿Se cuenta con indicadores?	¿Los indicadores responden a la teoría de cambio y son pertinentes?	¿Cómo se articulan y complementan las intervenciones para lograr sus objetivos?	¿Qué limitaciones existen que dificultan o impiden su articulación?	¿La población objetivo de las intervenciones está claramente definida, identificada y cuantificada?	¿La definición de las poblaciones objetivo de las intervenciones es coherente con el problema que la intervención busca atender?				¿Qué limitaciones se identifican en la definición de la población objetivo?	¿Los criterios de programación de la población objetivo son adecuados?	
1																							
2																							
3																							

11.2.3 Listado de personas entrevistadas

N	Nombre	Cargo	Institución	Se realizó entrevista	Fecha y hora	Entrevistador
1	María del Carmen Calle Dávila	Secretaria del ORAS CONHU y Ex presidenta del IIAAH	ORAS CONHU	Sí	22/11/2022 15:00	Jorge Mesinas
2	María Edith Baca Cabrejos	Ex funcionaria de la OPS para los temas de salud adolescente	OPS	Sí	30/11/2022 16:00	Jorge Tuesta
3	Martha Rondón	Especialista en salud reproductiva y mental de adolescentes de la Maternidad de Lima	Maternidad de Lima	Sí	22/11/2022 10:00	Jorge Mesinas
4	Susana Chávez	Presidente de PROMSEX- Especialista en derechos sexuales y reproductivos de adolescentes	PROMSEX	Sí	21/11/2022 15:00	Jorge Mesinas
5	Walter Mendoza	Analista de Programas	UNFPA	Sí	18/11/2022 09:00	Jorge Mesinas
6	Luis Cordero	Experto a cargo del diseño y programación presupuestaria de los Programas Presupuestales de salud vinculados	Independiente	Sí	02/12/2022 16:30	Jorge Mesinas
7	Isabel Pacheco Cantalicio (junto con Seira Huamán Inocente)	Coordinadora Nacional de Salud Adolescente en MINSA y responsable del producto de embarazo adolescente del PP002	MINSA	Sí	17/11/2022 15:00	Jorge Tuesta
8	Lucy del Carpio Ancaya	Equipo Técnico de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del MINSA y ex Directora de esa Dirección	MINSA	Sí	15/11/2022 19:00	Elisa Juárez
9	Jenny Yamamoto	Directora General de la Dirección de Niños, Niñas y Adolescentes	MIMP	Sí	17/11/2022 08:30	Elisa Juárez
10	Ángela Sebastiani	Consultora regional en salud y desarrollo para los temas ESI	NA	Sí	25/11/2022 09:00	Jorge Tuesta
11	Magaly Ascate Kana	Oficial de Salud Adolescente	UNICEF	Sí	01/12/2022 09:00	Jorge Mesinas
12	Jhon Muñoz	Responsable del PP Materno Neonatal en MINSA	MINSA	No	-	-
13	María Mendoza	Responsable del PP Salud mental en MINSA	MINSA	Sí	23/11/2022 19:00	Elisa Juárez
14	Marvin Kelly Morales Miranda	Responsable del PP TBC/VIH en MINSA	MINSA	No	-	-
15	Marita de los Ríos	Responsable del monitoreo de los PP en salud y ex responsable del PP Materno Neonatal	MINSA	Sí	02/12/2022 15:00	Jorge Tuesta
16	María Teresa Ramos	Ex Especialista de MINEDU	MINEDU	Sí	24/11/2022 18:30	Elisa Juárez
17	Consuelo Carrasco	Especialista de MINEDU	MINEDU	No	-	-
18	Víctor Vásquez Maza	Especialista de la DIGEBR	MINEDU	Sí	29/11/2022 14:30	Jorge Tuesta

N	Nombre	Cargo	Institución	Se realizó entrevista	Fecha y hora	Entrevistador
19	Yanira Vásquez Barrios	Especialista de la Dirección de Educación Secundaria	MINEDU	Sí	25/11/2022 16:00	Elisa Juárez
20	Carmen Murguía	Analista de Programas	UNFPA	Sí	25/11/2022 11:00	Jorge Tuesta
21	Luisa Martínez	Oficial de Género	UNICEF	No	-	-
22	Claudia Saco	Ex Coordinadora Regional de Salud Adolescente	DIRESA Ucayali	Sí	18/11/2022 11:00	Jorge Mesinas
23	Katty Sarmiento Casavilca	Coordinadora de Salud Sexual y Reproductiva	DIRESA Ucayali	No	-	-
24	Jessica Bringas	Coordinadora de Salud Mental	DIRESA Ucayali	Sí	28/11/2022 16:30	Jorge Mesinas
25	Layla Fernández	Coordinadora de Salud Adolescente	DIRIS Lima Norte	Sí	01/12/2022 14:30	Jorge Tuesta
26	Carmen Livia Segovia	Coordinadora de Salud Sexual y Reproductiva	DIRIS Lima Norte	Sí	23/11/2022 08:30	Elisa Juárez
27	Ketty Elena Alvarado Salas	Coordinadora Regional de Etapa de Vida Adolescente	DIRESA Junín	Sí	24/11/2022 12:30	Elisa Juárez
28	Oscar Chagua Pariona	Coordinador de Salud Adolescente	DIRESA Huancavelica	Sí	29/11/2022 16:30	Jorge Tuesta
29	Andrea Torres y María Cristina Sulca	Funcionarias a cargo del diseño y programación presupuestaria de los Programas Presupuestales de salud vinculados	MEF	Sí	22/11/2022 17:00	Jorge Mesinas
30	Nancy Apaza y Ashley Meza	Funcionarias a cargo del diseño y programación presupuestaria de los Programas Presupuestales de educación vinculados	MEF	Sí	22/11/2022 12:00	Jorge Mesinas

11.2.4 Guía de entrevistas

OBJETIVO GENERAL

El objetivo principal de las entrevistas es recoger las percepciones y opiniones de las personas entrevistadas sobre los aspectos relevantes del diagnóstico, diseño, articulación e implementación de las principales intervenciones que buscan prevenir el embarazo adolescente en Perú, para determinar si abordan esta problemática de una forma apropiada, pertinente y articulada para la obtención de los resultados esperados.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Recoger opiniones sobre cuáles son los factores o causas más importantes detrás del embarazo adolescente en el Perú.
- Identificar las intervenciones más relevantes para la prevención del embarazo adolescente en un contexto como el peruano, su pertinencia, articulación, implementación.

- Recoger información acerca de las prestaciones de salud dirigidas a adolescentes en el Perú y que están relacionadas de manera directa e indirecta con la prevención del embarazo adolescente.
- Indagar a cerca del vínculo en entre la Educación Sexual Integral (ESI) en las instituciones de educación y la prevención del embarazo adolescente. Conocer aspectos sobre la implementación de la ESI.
- Conocer el rol de los servicios de salud mental para adolescentes en la atención de la problemática del embarazo adolescente.

PROCEDIMIENTOS

Antes de la entrevista

- Convenir fecha y hora de la entrevista. Todas las entrevistas se realizan en formato virtual, por lo que es necesario generar y compartir un enlace de llamada con la persona entrevista con una semana de anticipación.
- Realizar la entrevista en la fecha y horario previamente coordinados con las personas entrevistadas.
- Situarse en un espacio tranquilo y sin ruidos externos o interrupciones.
- Pedir el consentimiento para realizar la entrevista y comunicarles que se desea grabar la entrevista.
- Dominar la guía de entrevista para no estar pendiente de ella al momento de la conversación.

Durante la entrevista

- Iniciar la entrevista explicando por qué se quiere conversar con la persona entrevistada, qué tan larga será la sesión, y lo que se planea hacer. La entrevista está planificada para tener una duración de como máximo 1 hora.
- Asegurarse de dar información sobre el estudio.
- Hay cierta flexibilidad en la estructura de estas guías. Se calcula realizar alrededor de 10 preguntas en 1 hora. Obtener datos sobre las preguntas claves de la investigación es lo más importante, por eso es necesario priorizar lo que se va a preguntar. Si el entrevistado le da una respuesta corta o escueta, repregunte tantas veces como sea necesario hasta obtener información de buena calidad.
- Usar un lenguaje sencillo para explorar sus conocimientos y comprensión de los temas claves que aborda el estudio.

Perfiles:

Estas entrevistas están dirigidas principalmente a expertos en temas de salud adolescente, salud sexual y reproductiva, educación sexual integral, embarazo adolescente, salud mental, y niños y adolescentes a nivel nacional y regional, y/o a implementadores de intervenciones para prevenir el embarazo adolescente, en el sector público (Direcciones Generales, Gobiernos Regionales, Ministerios, etc.), sociedad civil y en Agencias de Cooperación Internacional. En el caso de coordinadores o especialistas, tanto en el ámbito nacional como regional, se entrevista a personas que tienen o han tenido al menos 3 años de experiencia en el cargo. El contenido de las guías de entrevistas es pertinente según los cargos y responsabilidades de las personas a entrevistar y su experiencia y conocimiento en la materia y las preguntas de evaluación del estudio.

Se han identificado 11 perfiles de personas entrevistadas, los cuáles serán utilizados para las treinta entrevistas que se planea realizar:

1. Experto(a) internacional o funcionario(a) o ex – funcionario(a) de organismo de cooperación o internacional en Salud Adolescente o Salud Sexual y Reproductiva.
2. Experto(a) internacional o funcionario(a) o ex – funcionario(a) de organismo de

- cooperación internacional en Educación Sexual Integral.
3. Experto(a) de Organismo No Gubernamental en Salud Sexual y Reproductiva.
 4. Especialista de Salud Sexual y Reproductiva o Embarazo Adolescente del MINSA.
 5. Especialista de Salud Mental del MINSA.
 6. Especialista en Educación Sexual Integral del MINEDU.
 7. Especialista Regional de Salud Adolescente o Salud Sexual y Reproductiva con al menos 3 años consecutivos de experiencia en el tema.
 8. Especialista Regional de Salud Mental.
 9. Funcionario(a) o Experto(a) del MIMP en Niños, Niñas y Adolescentes.
 10. Sectorista Temático Especialista de Salud de la DGPP del MEF.
 11. Sectorista Temático Especialista de Educación de la DGPP del MEF.

I. **GUÍA DE ENTREVISTA PARA EXPERTO(A) INTERNACIONAL O FUNCIONARIO(A) O EX – FUNCIONARIO(A) DE ORGANISMO DE COOPERACIÓN O INTERNACIONAL EN SALUD ADOLESCENTE O SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (*)**

1. ¿Cuáles son los factores o causas más importantes detrás del embarazo adolescente en el Perú? Si tuviera que elegir un factor predominante, ¿cuál sería éste? ¿Existen diferencias en esas causas de embarazo adolescente para las adolescentes más jóvenes (10 a 14 años)?
2. ¿Cuáles son las consecuencias más importantes del embarazo y la maternidad adolescente en el Perú? En otras palabras, ¿por qué es importante prevenirlo?
3. ¿Cuáles considera que son las intervenciones más relevantes para la prevención del embarazo adolescente en un contexto como el peruano?
4. ¿Cuáles son las intervenciones relacionadas con la prevención del embarazo adolescente en el Perú que usted conoce?
5. ¿Considera que las intervenciones relacionadas con la prevención del embarazo adolescente existentes en el Perú son las necesarias y suficientes? De no ser así, ¿qué otras intervenciones complementarias se deberían impulsar desde el estado?
6. ¿Qué limitaciones identifica en las entidades públicas o en los operadores que brindan los servicios, entre otros para la implementación de las intervenciones de prevención del embarazo adolescente?
7. ¿Conoce otras intervenciones de embarazo adolescente que hayan funcionado y no se hayan implementado en el Perú?
8. ¿Considera que las intervenciones que implementa el Estado peruano para prevenir el embarazo adolescente son pertinentes para atacar las causas de este problema en el país? ¿Qué aspectos podrían mejorarse?
9. ¿Considera que las intervenciones de embarazo adolescente en el Perú son complementarias o se articulan adecuadamente? ¿Qué limitaciones existen que dificultan o impiden su articulación e implementación? Idealmente, ¿cómo debería ser esta articulación?
10. ¿Existe articulación con otros sectores como con el MINEDU o el MIMP? ¿Considera que esta articulación es suficiente o buena? ¿Qué resultados han derivado de esta articulación? ¿Cómo podría mejorarse?
11. ¿Con qué otras intervenciones o espacios del estado (de sectores distintos de Salud y Educación) que atienden a la adolescencia deberían estar vinculadas las intervenciones de prevención de embarazo adolescente?
12. ¿Considera que las intervenciones de prevención de embarazo adolescente deberían ser universales o focalizadas en geografías o grupos poblacionales de mayor riesgo?
13. ¿Existen grupos poblacionales sobre los que debería tener particular atención en materia de prevención de embarazo adolescente? ¿Cuáles son estos y por qué?
14. ¿Cómo se podría incrementar el uso de anticonceptivos modernos? ¿Con qué tipo de medidas o intervenciones efectivas?
15. El cierre de los servicios de atención primaria ocurrido durante la pandemia afectó, entre otros, los servicios de salud sexual y reproductiva. ¿Cómo afectó ello a los servicios para adolescentes? Considerando que, a la fecha, las restricciones impuestas por el estado de emergencia han sido levantadas. ¿Cuál es el estado actual de los servicios en términos de retorno a la normalidad?
16. Durante el 2020 se registró una disminución importante del embarazo adolescente en comparación a los años previos (8.2 en el 2020 vs. 12.6 en el 2019). En su opinión, ¿cuáles han sido los factores determinantes de esta

disminución?

17. ¿Considera que las intervenciones de Salud Mental (Actividad 5005201 del PP 0131) están relacionadas de manera directa o indirecta con la prevención del embarazo adolescente? ¿Cree que son suficientes? ¿Cree que son pertinentes para atacar las causas de este problema en el país? De no ser así, ¿qué otras intervenciones complementarias se deberían impulsar desde el estado?

(*) Estas preguntas podrían priorizarse en función de los tiempos disponibles.

II. GUÍA DE ENTREVISTA PARA EXPERTO(A) INTERNACIONAL O FUNCIONARIO(A) O EX – FUNCIONARIO(A) DE ORGANISMO DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL (*)

1. ¿En qué medida la Educación Sexual Integral (ESI) en las instituciones de educación básica podría ayudar a prevenir el embarazo adolescente? ¿Qué deficiencias o problemas ayudaría a solucionar la ESI?
2. En teoría o idealmente, ¿cómo debería estarse implementando la Educación Sexual Integral (ESI) en el universo de instituciones de educación básica del país?
3. ¿Existen mecanismos en el diseño de la ESI para supervisar las mejoras en la entrega de la Educación Sexual Integral, por ejemplo, la proporción de escuelas con un docente capacitado, la aplicación de los contenidos en clase o las opiniones/necesidades de las y los estudiantes?
4. En la práctica, ¿qué información disponen sobre cómo realmente se está implementando la Educación Sexual Integral (ESI) en las instituciones de educación básica del país? ¿Qué limitaciones existen para su implementación?
5. ¿Qué capacidades considera que se podrían fortalecer en los docentes, de manera que implementen la Educación Sexual Integral (ESI)? ¿Estas capacidades de los docentes se diagnostican o miden de alguna manera? ¿Se capacita regularmente al personal en función de las necesidades requeridas? ¿Qué limitaciones o desafíos encuentran para ello?
6. En el marco de la implementación de la Educación Sexual integral, ¿se han proporcionado sesiones informativas para directores de escuela y autoridades locales que expliquen cómo la Educación Sexual Integral contribuye a la protección, la salud y el bienestar y el rendimiento de los y las estudiantes?
7. ¿Se dispone de alguna persona o equipo que brinde apoyo a las instituciones educativas en materia de salud sexual y reproductiva de acuerdo con las orientaciones nacionales?
8. Como parte de la Educación Sexual Integral, ¿existen acciones con los padres de familia para que sean socios de la educación sexual de sus hijos? ¿De existir, en qué consisten? ¿Se vienen implementando? ¿Qué limitaciones encuentran?
9. ¿Existen actividades extracurriculares que deban realizarse para que la Educación Sexual Integral sea efectiva? ¿Cuáles son dichas actividades extracurriculares?
10. ¿Se han establecido procedimientos claros de derivación entre las instituciones educativas y los servicios de salud sexual y reproductiva locales para la atención de los estudiantes que lo requieran?
11. Considerando el cierre de las escuelas durante los dos años de pandemia. ¿Qué estrategias se llevaron a cabo para la provisión de ESI en esos años?
12. ¿Qué información disponen sobre la inversión en ESI y sus avances en el país en términos tangibles? En caso no la hubiera, ¿cuál sería la propuesta para poder contar con esta información?

13. ¿Cuál debería ser la articulación de la ESI con otras intervenciones orientadas para prevenir el embarazo adolescente, por ejemplo, con el sector salud o el MIMP?
14. ¿Existen vinculaciones con el sector salud o el MIMP en la implementación de la Educación Sexual Integral? ¿Hay algún nivel de coordinación? ¿En qué consiste? ¿Qué tipo de vinculaciones deberían existir con el sector salud y con los PP que tienen intervenciones que contribuyen directa o indirectamente para prevenir el embarazo adolescente?
15. Cómo se viene implementando la atención integral para víctimas de violencia sexual y cuáles son las fallas desde su opinión en la implementación del protocolo de atención conjunta.
16. ¿Qué limitaciones identifica en las entidades públicas o en los operadores que brindan los servicios, entre otros para la implementación de las intervenciones de prevención del embarazo adolescente?
17. Durante el 2020 se registró una disminución importante del embarazo adolescente en comparación a los años previos (8.2 en el 2020 vs. 12.6 en el 2019). En su opinión, ¿cuáles han sido los factores determinantes de esta disminución?

(*) Estas preguntas podrían priorizarse en función de los tiempos disponibles.

III. GUÍA DE ENTREVISTA PARA EXPERTO(A) O FUNCIONARIO(A) O EX – FUNCIONARIO(A) DE ORGANISMO NO GUBERNAMENTAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (*)

1. ¿Cuáles son los factores o causas más importantes detrás del embarazo adolescente en el Perú? Si tuviera que elegir un factor predominante, ¿cuál sería éste? ¿Existen diferencias en esas causas de embarazo adolescente para las adolescentes más jóvenes (10 a 14 años)?
2. ¿Cuáles son las consecuencias más importantes del embarazo y la maternidad adolescente en el Perú? Es decir, ¿por qué es importante prevenirlo?
3. ¿Cuáles considera que son las intervenciones más relevantes para la prevención del embarazo adolescente en un contexto como el peruano?
4. ¿Qué limitaciones identifica en las entidades públicas o en los operadores que brindan los servicios, entre otros para la implementación de las intervenciones de prevención de embarazo adolescente?
5. ¿Cuáles son las intervenciones relacionadas con la prevención del embarazo adolescente en el Perú que usted conoce?
6. ¿Considera que las intervenciones relacionadas con la prevención del embarazo adolescente existentes en el Perú son las necesarias y suficientes? De no ser así, ¿qué otras intervenciones complementarias se deberían impulsar desde el estado?
7. ¿Qué ha ocurrido durante la pandemia con las intervenciones mencionadas?
8. ¿Considera que las intervenciones que implementa el Estado peruano para prevenir el embarazo adolescente son pertinentes para atacar las causas de este problema en el país? ¿Qué aspectos podrían mejorarse?
9. ¿Considera que las intervenciones de embarazo adolescente en el Perú son complementarias o se articulan adecuadamente? ¿Qué limitaciones existen que dificultan o impiden su articulación? Idealmente, ¿cómo debería ser esta articulación?
10. En específico, ¿existen articulación con otros sectores como con el MINEDU o el MIMP? ¿Considera que está articulación es suficiente o buena? ¿Qué

- resultados han derivado de esta articulación? ¿Cómo podría mejorarse?
11. ¿Conoce otras intervenciones de embarazo adolescente que hayan funcionado y no se hayan implementado en el Perú?
 12. ¿Con qué otras intervenciones o espacios del estado (de sectores distintos de Salud y Educación) que atienden a la adolescencia deberían estar vinculadas las intervenciones de prevención de embarazo adolescente?
 13. ¿Considera que las intervenciones de prevención de embarazo adolescente deberían ser universales o focalizadas en geografías o grupos poblacionales de mayor riesgo?
 14. ¿Existen grupos poblacionales sobre los que debería tener particular atención en materia de prevención de embarazo adolescente? ¿Cuáles son estos y por qué?
 15. ¿Cómo se podría incrementar el uso de anticonceptivos modernos? ¿Con qué tipo de medidas o intervenciones efectivas?
 16. El cierre de los servicios de atención primaria ocurrido durante la pandemia afectó, entre otros, los servicios de salud sexual y reproductiva. ¿Cómo afectó ello a los servicios para adolescentes? Considerando que, a la fecha, las restricciones impuestas por el estado de emergencia han sido levantadas. ¿Cuál es el estado actual de los servicios en términos de retorno a la normalidad?
 17. Durante el 2020 se registró una disminución importante del embarazo adolescente en comparación a los años previos (8.2 en el 2020 vs. 12.6 en el 2019). En su opinión, ¿cuáles han sido los factores determinantes de esta disminución?

(*) Estas preguntas podrían priorizarse en función de los tiempos disponibles.

IV. GUÍA DE ENTREVISTA PARA ESPECIALISTA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA O EMBARAZO ADOLESCENTE DEL MINSA (*)

1. ¿Cuáles considera que son las intervenciones más relevantes para la prevención del embarazo adolescente en un contexto como el peruano?
2. ¿Considera que las intervenciones relacionadas con la prevención del embarazo adolescente existentes (Actividad 5000058 y Actividad 5000042 del PP 0002) son las necesarias y suficientes? ¿Son pertinentes para atacar las causas de este problema en el país? De no ser así, ¿qué otras intervenciones complementarias se deberían impulsar desde el estado?
3. ¿Qué ha ocurrido durante la pandemia con las intervenciones mencionadas?
4. ¿Qué limitaciones identifica en las entidades públicas o los operadores que brindan los servicios, entre otros para la implementación de las intervenciones de prevención del embarazo adolescente? ¿Se realizaron cambios en el desarrollo de estas intervenciones debido a la pandemia por COVID-19? (Actividad 5000058 y Actividad 5000042 del PP 0002)
5. ¿Considera que las intervenciones de embarazo adolescente en el Perú (incluidas las del PP 0002) son complementarias o se articulan adecuadamente? ¿Qué limitaciones existen que dificultan o impiden su articulación? Idealmente, ¿cómo debería ser esta articulación?
6. En específico, ¿existen articulación con otros sectores como con el MINEDU o el MIMP? ¿Considera que esta articulación es suficiente o buena? ¿Qué resultados han derivado de esta articulación? ¿Cómo podría mejorarse?
7. ¿Con qué otras intervenciones o espacios del estado (de sectores distintos de Salud y Educación) que atienden a la adolescencia deberían estar vinculadas las intervenciones de prevención de embarazo adolescente?

8. ¿Cuáles son los criterios de focalización que han utilizado para definir a la población a la cual le entregarán el servicio ofrecido en las intervenciones Actividad 5000058 y Actividad 5000042 del PP 0002? ¿Cuáles son los mecanismos de selección de beneficiarios? ¿Cuáles son los instrumentos y procedimientos utilizados para la focalización de la población con respecto a lo diseñado? ¿Considera que estos criterios de focalización y mecanismos de selección son los adecuados? ¿La población objetivo de las intervenciones actividad 5000058 y actividad 5000042 del PP 0002 han sido bien definida en función del problema/ necesidad que dio origen al PP?
9. ¿Cuáles son los criterios de programación física utilizados en las actividades 5000058? ¿Estos criterios podrían mejorarse? ¿Por qué? ¿La pandemia por el COVID-19 generó cambios en estos criterios?
10. ¿Cuáles son los criterios de programación física utilizados en la actividad 5000042? ¿Estos criterios podrían mejorarse? ¿Por qué? ¿La pandemia por el COVID-19 generó cambios en estos criterios?
11. ¿Son suficientes las acciones desarrolladas para ofrecer el servicio entregado por las intervenciones Actividad 5000058 y Actividad 5000042 del PP 0002?
12. ¿Qué indicadores utilizan para medir los avances de los entregables de estas intervenciones (Actividad 5000058 y Actividad 5000042 del PP 0002)? ¿Con qué periodicidad se recoge información para alimentar estos indicadores? ¿Con qué periodicidad se revisan estos indicadores y para qué es utilizada esta revisión? ¿Cuáles son las decisiones que se toman a partir de la información periódica que se obtiene de los indicadores? ¿Con qué frecuencia se toman estas decisiones? ¿Dichos indicadores son los pertinentes?
13. ¿Cuál ha sido el desempeño en cuanto a ejecución del presupuesto de la Actividad 5000058 y Actividad 5000042 del PP 0002 en los últimos 5 años? ¿Cuáles son las causas de la subejecución?
14. ¿Se han establecido procedimientos claros de derivación entre las instituciones educativas y los servicios de salud sexual y reproductiva locales para la atención de los estudiantes que lo requieran?
15. ¿Se dispone de alguna persona o equipo que brinde apoyo a las instituciones educativas en materia de salud sexual y reproductiva de acuerdo con las orientaciones nacionales?
16. ¿Considera que las intervenciones para prevenir el embarazo adolescente del PP 0002 deberían tener una vinculación con las intervenciones vinculadas a esta problemática del PP 0131 Salud Mental?
17. ¿Cuáles son los problemas más importantes encontrados en el planteamiento de los modelos operacionales del Actividad 5000058 y Actividad 5000042 del PP 0002?
18. El cierre de los servicios de atención primaria ocurrido durante la pandemia afectó, entre otros, los servicios de salud sexual y reproductiva. ¿Cómo afectó ello a los servicios para adolescentes? Considerando que, a la fecha, las restricciones impuestas por el estado de emergencia han sido levantadas. ¿Cuál es el estado actual de los servicios en términos de retorno a la normalidad?
19. Durante el 2020 se registró una disminución importante del embarazo adolescente en comparación a los años previos (8.2 en el 2020 vs. 12.6 en el 2019). En su opinión, ¿cuáles han sido los factores determinantes de esta disminución?

(*) Estas preguntas podrían priorizarse en función de los tiempos disponibles.

V. GUÍA DE ENTREVISTA PARA ESPECIALISTA MINSA EN SALUD MENTAL DEL MINSA (*)

1. ¿Cuáles son los problemas más importantes encontrados en el diseño actual del PP 0131?
2. ¿Cuáles son los problemas del neurodesarrollo, trastornos mentales y del comportamiento y/o problemas psicosociales propios de la adolescencia que podrían ser un factor de riesgo para la prevención del embarazo adolescente? ¿Existen diagnósticos o tratamientos específicos en materia de salud mental adolescente vinculados con la prevención y/o el tratamiento del embarazo adolescente? De ser así, ¿se vienen implementando? ¿Qué limitaciones o desafíos encuentra en su implementación?
3. Los establecimientos que brindan servicios de salud mental para adolescentes pueden garantizar la disponibilidad del servicio de manera "completa", en términos de i) el tamizaje de adolescentes con problemas del neurodesarrollo, trastornos mentales y del comportamiento y/o problemas psicosociales propios de la adolescencia, ii) las sesiones de entrenamiento en habilidades sociales para adolescentes. Mencione qué limitaciones o desafíos encuentra en cada uno de estos aspectos, siempre pensando en adolescentes. Nota: Hacer un recorrido por cada uno de los aspectos mencionados.
4. ¿Considera que el personal que realiza las sesiones de entrenamiento en habilidades sociales está lo suficientemente capacitado para atender y aplicar con calidad los protocolos establecidos para los adolescentes, con las actitudes necesarias? Sustente o explique su respuesta. ¿Estas capacidades se diagnostican o miden de alguna manera? ¿Se capacita regularmente al personal en función de las necesidades requeridas? ¿Qué limitaciones o desafíos encuentran para ello?
5. ¿Qué limitaciones identifica en las entidades públicas o en los operadores que brindan los servicios, entre otros para la implementación de la actividad 5005201 del PP 0131?
6. ¿Considera que las intervenciones relacionadas con la prevención del embarazo adolescente existentes (Actividad 5005201 del PP 0131) son las necesarias y suficientes? ¿Son pertinentes para atacar las causas de este problema en el país? De no ser así, ¿qué otras intervenciones complementarias se deberían impulsar desde el estado?
7. ¿Se han establecido vías claras de derivación entre las instituciones educativas y los servicios de salud mental para la atención de las y los estudiantes que lo requieran?
8. ¿Considera que las intervenciones de embarazo adolescente en el Perú (incluida la Actividad 5005201 del PP 0131) son complementarias o se articulan adecuadamente? ¿Qué limitaciones existen que dificultan o impiden su articulación? Idealmente, ¿cómo debería ser esta articulación?
9. Desde su perspectiva, ¿la población objetivo de la Actividad 5005201 del PP 0131 ha sido bien definida en función del problema/ necesidad que dio origen al PP?
10. ¿Cuáles son los criterios de focalización que han utilizado para definir a la población a la cual le entregarán el servicio? ¿Cuáles son los mecanismos de selección de beneficiarios? ¿Cuáles son los instrumentos y procedimientos utilizados para focalización de la población con respecto a lo diseñado? ¿Considera que estos criterios de focalización y mecanismos de selección son los adecuados?
11. ¿Cuáles son los problemas más importantes encontrados en el planteamiento de los modelos operacionales del PP 0131?
12. ¿Son suficientes las acciones desarrolladas para ofrecer el servicio entregado

por la Actividad 5005201 del PP 0131?

13. ¿Cuáles son los criterios de programación física utilizados en las actividades? ¿Se han producido cambios en estos criterios debido a la pandemia por COVID-19? ¿Considera que los criterios establecidos responden a la realidad de cada región o localidad del país? ¿Por qué?
14. ¿Qué indicadores utilizan para medir los avances de los entregables de la intervención Actividad 5005201 del PP 0131? ¿con que periodicidad se recoge información para alimentar estos indicadores? ¿Se toman decisiones periódicas a partir de la información ofrecida por los indicadores? ¿Dichos indicadores son los pertinentes?
15. ¿Cuál ha sido el desempeño en cuanto a nivel de ejecución del presupuesto del PP 0131 en los últimos 5 años? ¿Cuáles son las causas de la subejecución?
16. ¿Considera que los criterios de asignación /distribución y la asignación efectiva de recursos: a) entre componentes; b) al interior de los componentes de estos PP son los adecuados? (Por ejemplo, utilizando indicadores como el presupuesto asignado (PIA o PIM) o presupuesto ejecutado por beneficiario.
17. ¿Considera que las intervenciones para prevenir el embarazo adolescente del PP 0002 deberían tener una vinculación con las intervenciones vinculadas a esta problemática del PP 0131?
18. El cierre de los servicios de atención primaria ocurrido durante la pandemia afectó, entre otros, los servicios de salud sexual y reproductiva. ¿Cómo afectó ello a los servicios para adolescentes? Considerando que, a la fecha, las restricciones impuestas por el estado de emergencia han sido levantadas. ¿Cuál es el estado actual de los servicios en términos de retorno a la normalidad?
19. Durante el 2020 se registró una disminución importante del embarazo adolescente en comparación a los años previos (8.2 en el 2020 vs. 12.6 en el 2019). En su opinión, ¿cuáles han sido los factores determinantes de esta disminución?

(*) Estas preguntas podrían priorizarse en función de los tiempos disponibles.

VI. GUÍA DE ENTREVISTA PARA ESPECIALISTA EN ESI DE MINEDU (*)

1. ¿En qué medida la Educación Sexual Integral (ESI) en las instituciones de educación básica podría ayudar a prevenir el embarazo adolescente? ¿Qué deficiencias o problemas ayudaría a solucionar la ESI?
2. En teoría o idealmente, ¿cómo debería estarse implementando la Educación Sexual Integral (ESI) en el universo de instituciones de educación básica del país?
3. En la práctica, ¿qué información disponen sobre cómo realmente se está implementando la Educación Sexual Integral (ESI) en las instituciones de educación básica del país? ¿Qué limitaciones existen para su implementación?
4. ¿Qué información disponen sobre la inversión en ESI y sus avances en el país en términos tangibles? En caso no la hubiera, ¿cuál sería la propuesta para poder contar con esta información?
5. ¿Qué aspectos considera que deberían abordarse o mejorar para que los docentes implementen la Educación Sexual Integral? En caso de considerar a las capacidades como uno de los aspectos: ¿Estas capacidades de los docentes se diagnostican o miden de alguna manera? ¿Se capacita regularmente al personal en función de las necesidades requeridas? ¿Qué limitaciones o desafíos encuentran para ello?
6. Como parte de la Educación Sexual Integral, ¿existen acciones con los padres

- de familia para que sean socios de la educación sexual de sus hijos? ¿De existir, en qué consisten? ¿Se vienen implementando? ¿Qué limitaciones encuentran?
7. ¿Existen actividades extracurriculares que deban realizarse para que la Educación Sexual Integral sea efectiva? ¿Cuáles son dichas actividades extracurriculares?
 8. ¿Existen mecanismos para supervisar las mejoras en la entrega de la Educación Sexual Integral, por ejemplo, la proporción de escuelas con un docente capacitado, la aplicación de los contenidos en clase o las opiniones/necesidades de las y los estudiantes?
 9. En el marco de la implementación de la Educación Sexual integral, ¿Se han proporcionado sesiones informativas para directores de escuela y autoridades locales que expliquen cómo la Educación Sexual Integral contribuye a la protección, la salud y el bienestar y el rendimiento de los y las estudiantes?
 10. ¿Existen vinculaciones con el sector salud o el MIMP en la implementación de la Educación Sexual Integral? ¿Hay algún nivel de coordinación? ¿En qué consiste?
 11. Como parte de la Educación Sexual Integral, ¿se ofrece información y asesoramiento a los padres y cuidadores sobre cómo hablar con niños de diferentes edades sobre las relaciones y la salud sexual?
 12. ¿Qué limitaciones identifica en las entidades públicas o los operadores que brindan los servicios, entre otros; para la implementación de las intervenciones de prevención del embarazo adolescente?
 13. Considerando el cierre de las escuelas durante los dos años de pandemia. ¿Qué estrategias se llevaron a cabo para la provisión de ESI en esos años?
 14. Durante el 2020 se registró una disminución importante del embarazo adolescente en comparación a los años previos (8.2 en el 2020 vs. 12.6 en el 2019). En su opinión, ¿cuáles han sido los factores determinantes de esta disminución?

(*) Estas preguntas podrían priorizarse en función de los tiempos disponibles.

VII. GUÍA DE ENTREVISTA PARA ESPECIALISTA REGIONAL DE SALUD ADOLESCENTE O SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (*)

1. ¿Cuáles son los problemas más importantes encontrados en el diseño actual de los PP 0002?
2. ¿Considera que las intervenciones relacionadas con la prevención del embarazo adolescente existentes (Actividad 5000058 y Actividad 5000042 del PP 0002) son las necesarias y suficientes? ¿Son pertinentes para atacar las causas de este problema en el país? Sustente o explique su respuesta. De no ser así, ¿qué otras intervenciones complementarias se deberían impulsar desde el estado?
3. ¿Qué limitaciones identifica en las entidades públicas o los operadores que brindan los servicios, entre otros; para la implementación de las intervenciones de prevención del embarazo adolescente? ¿Se realizaron cambios en el desarrollo de estas intervenciones debido a la pandemia por COVID-19? (Actividad 5000058 y Actividad 5000042 del PP 0002)
4. Desde su perspectiva, ¿la población objetivo de las intervenciones actividad 5000058 y actividad 5000042 del PP 0002 han sido bien definida en función del problema/ necesidad que dio origen al PP? ¿Cuáles son los criterios de focalización que han utilizado para definir a la población a la cual le entregarán el servicio ofrecido en las intervenciones Actividad 5000058 y Actividad 5000042 del PP 0002? ¿Cuáles son los mecanismos de selección de beneficiarios?

- ¿Cuáles son los instrumentos y procedimientos utilizados para la focalización de la población con respecto a lo diseñado? ¿Considera que estos criterios de focalización y mecanismos de selección son los adecuados?
5. ¿Considera que las intervenciones para prevenir el embarazo adolescente del PP 0002 deberían tener una vinculación con las intervenciones vinculadas a esta problemática del PP 0131?
 6. ¿Qué indicadores utilizan para medir los avances de los entregables de estas intervenciones (Actividad 5000058 y Actividad 5000042 del PP 0002)? ¿Con qué periodicidad se recoge información para alimentar estos indicadores? ¿Con qué periodicidad se revisan estos indicadores y para qué es utilizada esta revisión? ¿Cuáles son las decisiones que se toman a partir de la información periódica que se obtiene de los indicadores? ¿Con qué frecuencia se toman estas decisiones? ¿Dichos indicadores son los pertinentes?
 7. ¿Cuáles son los criterios de programación física utilizados en las actividades? ¿Se han producido cambios en estos criterios debido a la pandemia por COVID-19? ¿Considera que los criterios establecidos responden a la realidad de cada región o localidad del país? ¿Por qué?
 8. ¿Cómo logran acceder los adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo el acceso a la información, así como a métodos anticonceptivos modernos? ¿Únicamente acercándose al establecimiento de salud o también en otros espacios?
 9. ¿Considera que la provisión de métodos anticonceptivos sólo debería darse en los establecimientos de primer nivel de atención o deberían aprovecharse otros espacios que los adolescentes frecuenten? De ser así, ¿cuáles y cómo aprovecharlos?
 10. La Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar (Norma Técnica N° 124-2016-MISA-V.01) establece que “los anticonceptivos temporales que conforman actividades de planificación familiar no constituyen tratamiento médico”; y deben estar disponibles en el servicio de Planificación Familiar o el que haga sus veces. ¿Esto se cumple en su región? ¿Qué limitaciones tienen para ello se cumpla? Nota: Se considera como anticonceptivos temporales al preservativo masculino, preservativo femenino, inyectables, pastillas, dispositivo intrauterino.
 11. ¿Se proveen servicios específicos o se da atención especial a las adolescentes que en algún momento estuvieron embarazadas para prevenir un nuevo embarazo? ¿Se brinda información sobre la anticoncepción posterior al embarazo durante el período prenatal? ¿Existen arreglos establecidos con la provisión del método elegido inmediatamente después del parto?
 12. ¿Considera que el personal que brinda servicios de salud sexual y reproductiva está lo suficientemente capacitada para atender y aplicar con calidad los protocolos establecidos para los adolescentes, con las actitudes necesarias? ¿Estas capacidades se diagnostican o miden de alguna manera? ¿Se capacita regularmente al personal en estos aspectos? ¿Qué limitaciones o desafíos encuentran para ello?
 13. Los establecimientos de su región que brindan servicios de salud sexual y reproductiva pueden garantizar la disponibilidad del servicio de manera "completa", en términos de i) días y horarios de atención, ii) provisión de información y sesiones educativas, iii) provisión de métodos de planificación familiar, iv) orientación y consejería en salud sexual y reproductiva, v) evaluación clínica y exámenes de laboratorio, vi) visitas domiciliarias en caso de identificar factores de riesgo o deserción que requieran seguimiento, vii) promoción de prácticas saludables para el cuidado de la salud sexual y reproductiva en familias? Mencione qué limitaciones o desafíos encuentra en cada uno de estos aspectos, siempre pensando en adolescentes. Nota: Hacer un recorrido por cada uno de los aspectos mencionados.

14. En su región, ¿se capacita con regularidad a actores sociales que promueven la salud sexual y reproductiva en adolescente, tales como docentes de la Educación Básica Regular (EBR), personal de instituciones en contacto con jóvenes, entre otros? ¿Qué limitaciones o desafíos existen para la realización de estas tareas?
15. ¿Se han establecido procedimientos claros de derivación entre las instituciones educativas y los servicios de salud sexual y reproductiva locales para la atención de las y los estudiantes que lo requieran?
16. ¿Se dispone de alguna persona o equipo que brinde apoyo a las instituciones educativas en materia de salud sexual y reproductiva de acuerdo con las orientaciones nacionales?
17. ¿La capacidad del servicio de salud sexual y provisión de anticonceptivos satisface las necesidades del número estimado de jóvenes sexualmente activos en la población local?
18. ¿Se han desarrollado mapas para identificar los posibles puntos de acceso y las barreras para garantizar que la red de servicios proporcione a todos los jóvenes un fácil acceso a la gama completa de métodos anticonceptivos y pruebas de detección de la salud sexual?
19. ¿Se ha establecido un esquema local de distribución de anticonceptivos?
20. ¿En qué situación se encuentra la entrega de AOE (anticoncepción oral de emergencia o píldora del día siguiente)?
21. ¿Se integra el apoyo específico en salud sexual y reproductiva con la ayuda temprana y otros programas relevantes que llegan a los jóvenes con mayor riesgo?
22. ¿Se realiza el monitoreo suficiente y adecuado para saber si las normas vinculadas a esta problemática se están implementando? ¿Quiénes realizan este monitoreo? Si bien se dispone de un protocolo de acción conjunta para la atención de casos de violencia sexual, ¿cómo se asegura que ese protocolo se esté cumpliendo? ¿Se viene garantizando que el aborto terapéutico se esté ofreciendo como opción al embarazo adolescente?
23. El cierre de los servicios de atención primaria ocurrido durante la pandemia afectó, entre otros, los servicios de salud sexual y reproductiva. ¿Cómo afectó ello a los servicios para adolescentes? Considerando que, a la fecha, las restricciones impuestas por el estado de emergencia han sido levantadas. ¿Cuál es el estado actual de los servicios en términos de retorno a la normalidad?

(*) Estas preguntas podrían priorizarse en función de los tiempos disponibles

VIII. GUÍA DE ENTREVISTA PARA ESPECIALISTA REGIONAL DE SALUD MENTAL (*)

1. ¿Cuáles son los problemas del neurodesarrollo, trastornos mentales y del comportamiento y/o problemas psicosociales propios de la adolescencia que podrían ser un factor de riesgo para la prevención del embarazo adolescente? ¿Existen diagnósticos o tratamientos específicos en materia de salud mental adolescente vinculados con la prevención y/o el tratamiento del embarazo adolescente? De ser así, ¿se vienen implementando? ¿Qué limitaciones o desafíos encuentra en su implementación?
2. ¿Cuáles son los criterios de programación física utilizados en las actividades? ¿Se han producido cambios en estos criterios debido a la pandemia por COVID-19? ¿Considera que los criterios establecidos responden a la realidad de cada región o localidad del país? ¿Por qué?

3. Desde su perspectiva, ¿la población objetivo de las intervenciones Actividad 5005201 del PP 0131 ha sido bien definida en función del problema/ necesidad que dio origen al PP?
4. ¿Cuáles son los criterios de focalización que han utilizado para definir a la población a la cual le entregaran el servicio? ¿Cuáles son los mecanismos de selección de beneficiarios? ¿Cuáles son los instrumentos y procedimientos utilizados para focalización de la población con respecto a lo diseñado? ¿Considera que estos criterios de focalización y mecanismos de selección son los adecuados?
5. ¿Son suficientes las acciones desarrolladas para ofrecer el servicio entregado por la intervención Actividad 5005201 del PP 0131?
6. ¿Qué indicadores utilizan para medir los avances de los entregables de la intervención Actividad 5005201 del PP 0131? ¿con que periodicidad se recoge información para alimentar estos indicadores? ¿Se toman decisiones periódicas a partir de la información ofrecida por los indicadores?
7. Los establecimientos que brindan servicios de salud mental para adolescentes pueden garantizar la disponibilidad del servicio de manera "completa", en términos de i) el tamizaje de adolescentes con problemas del neurodesarrollo, trastornos mentales y del comportamiento y/o problemas psicosociales propios de la adolescencia, ii) las sesiones de entrenamiento en habilidades sociales para adolescentes. Mencione qué limitaciones o desafíos encuentra en cada uno de estos aspectos, siempre pensando en adolescentes. Nota: Hacer un recorrido por cada uno de los aspectos mencionados.
8. ¿Considera que el personal que brinda servicios de salud mental está lo suficientemente capacitada para atender y aplicar con calidad los protocolos establecidos para los adolescentes, con las actitudes necesarias? ¿Estas capacidades se diagnostican o miden de alguna manera? ¿Se capacita regularmente al personal en función de las necesidades requeridas? ¿Qué limitaciones o desafíos encuentran para ello?
9. ¿Se han establecido vías claras de derivación entre las instituciones educativas y los servicios de salud mental para la atención de las y los estudiantes que lo requieran?
10. ¿Existen procesos para revisar regularmente los datos locales para informar y guiar el trabajo específico?
11. ¿Se dispone de alguna persona o equipo que brinde apoyo a las instituciones educativas en materia de salud mental adolescente de acuerdo con las orientaciones nacionales?
12. ¿Considera que las intervenciones relacionadas con la prevención del embarazo del PP 0131 son las necesarias y suficientes? De no ser así, ¿qué otras intervenciones complementarias se deberían impulsar desde el estado?
13. ¿Cuáles son los problemas más importantes encontrados en el diseño actual del PP 0131?
14. ¿Cuáles son los problemas más importantes encontrados en el planteamiento de los modelos operacionales del PP 0131?
15. ¿Cuál ha sido el nivel de desempeño en la ejecución del presupuesto del PP 0131 en los últimos 5 años? ¿Cuáles son las causas de la subejecución?
16. ¿Considera que los criterios de asignación /distribución y la asignación efectiva de recursos: a) entre componentes; b) al interior de los componentes de estos PP son los adecuados? (Por ejemplo, utilizando indicadores como el presupuesto asignado (PIA o PIM) o presupuesto ejecutado por beneficiario.
17. Cómo se viene implementando la atención integral para víctimas de violencia sexual y cuáles son las fallas desde su opinión en la implementación del protocolo de atención conjunta.
18. Durante el 2020 se registró una disminución importante del embarazo

adolescente en comparación a los años previos (8.2 en el 2020 vs. 12.6 en el 2019). En su opinión, ¿cuáles han sido los factores determinantes de esta disminución?

(*) Estas preguntas podrían priorizarse en función de los tiempos disponibles.

IX. GUÍA DE ENTREVISTA PARA FUNCIONARIO(A) MIMP NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES (*)

1. ¿De cuáles intervenciones en adolescentes dispone actualmente el MIMP que ayudan o potencialmente podría ayudar a prevenir el embarazo adolescente? ¿Se vienen implementando con la escala suficiente? ¿Qué limitaciones o desafíos encuentra en la implementación de estas intervenciones? ¿Qué coordinaciones o vinculaciones existen con los sectores de salud y educación?
2. Uno de los factores causantes del embarazo adolescente es la violencia sexual. ¿Cuáles son las intervenciones que se están implementando para prevenir y atender los casos de violencia sexual? ¿Se articulan estos servicios con la Educación Sexual Integral que rige el MINEDU? ¿Se han establecido vías claras de derivación hacia los servicios de salud, incluidos los de salud sexual y reproductiva para las personas que lo requieran?
3. Cómo se viene implementando la atención integral para víctimas de violencia sexual y cuáles son las fallas desde su opinión en la implementación del protocolo de atención conjunta.
4. ¿En qué situación se encuentra la entrega de AOE (anticoncepción oral de emergencia o píldora del día siguiente)?
5. ¿Se realiza el monitoreo suficiente y adecuado para saber si las normas vinculadas a esta problemática se están implementando? ¿Quiénes realizan este monitoreo? Si bien se dispone de un protocolo de acción conjunta para la atención de casos de violencia sexual, ¿cómo se asegura que ese protocolo se esté cumpliendo? ¿Se viene garantizando que el aborto terapéutico se esté ofreciendo como opción al embarazo adolescente?
6. ¿Considera que las intervenciones de embarazo adolescente en el Perú (incluidas las del PP 0002) son complementarias o se articulan adecuadamente? ¿Qué limitaciones existen que dificultan o impiden su articulación? Idealmente, ¿cómo debería ser esta articulación?
7. En específico, ¿existen articulación con otros sectores como con el MINEDU o el MINSA? ¿Considera que está articulación es suficiente o buena? ¿Qué resultados han derivado de esta articulación? ¿Cómo podría mejorarse?
8. ¿Existen vinculaciones con el sector salud o el MINEDU en la implementación de la Educación Sexual Integral? ¿Hay algún nivel de coordinación? ¿En qué consiste? ¿Qué tipo de vinculaciones deberían existir con el sector salud y con los PP que tienen intervenciones que contribuyen directa o indirectamente para prevenir el embarazo adolescente?
9. ¿Con qué otras intervenciones o espacios del estado (de sectores distintos de Salud y Educación) que atienden a la adolescencia deberían estar vinculadas las intervenciones de prevención de embarazo adolescente?
10. El cierre de los servicios de atención primaria ocurrido durante la pandemia afectó, entre otros, los servicios de salud sexual y reproductiva. ¿Cómo afectó ello a los servicios para adolescentes? Considerando que, a la fecha, las restricciones impuestas por el estado de emergencia han sido levantadas. ¿Cuál es el estado actual de los servicios en términos de retorno a la normalidad?
11. Durante el 2020 se registró una disminución importante del embarazo adolescente en comparación a los años previos. (8.2 en el 2020 vs. 12.6 en el

2019). En su opinión, ¿cuáles han sido los factores determinantes de esta disminución?

(*) Estas preguntas podrían priorizarse en función de los tiempos disponibles.

X. GUÍA DE ENTREVISTA PARA SECTORISTA DE SALUD DGPP MEF (*)

1. ¿Cuáles son los problemas más importantes encontrados en el diseño actual de los PP 0002 y 0131?
2. ¿Considera que las intervenciones relacionadas con la prevención del embarazo adolescente de los PP 0002 (Actividad 5000058 y Actividad 5000042) y 0131 (Actividad 5005201) son las necesarias y suficientes? De no ser así, ¿qué otras intervenciones complementarias se deberían impulsar desde el estado?
3. ¿Cuáles son los problemas más importantes encontrados en el planteamiento de los modelos operacionales de los PP 0002 y 0131?
4. ¿Qué tipo de relación debería existir entre las intervenciones para prevenir el embarazo adolescente del sector salud con el sector educación y con el sector mujer y poblaciones vulnerables? ¿Cómo debería ser dicha relación?
5. ¿Qué limitaciones identifica en las entidades públicas o en los operadores que brindan los servicios de salud para la implementación de las intervenciones de prevención del embarazo adolescente de los PP 0002 y 0131?
6. ¿Cuál ha sido el desempeño en cuanto a la ejecución del presupuesto de los PP 0002 y 0131 en los últimos 5 años? ¿Cuáles son las causas de la subejecución?
7. ¿Considera que los criterios de asignación /distribución y la asignación efectiva de recursos: a) entre componentes; b) al interior de los componentes de estos PP son los adecuados? (Por ejemplo, utilizando indicadores como el presupuesto asignado -PIA o PIM- o presupuesto ejecutado por beneficiario.
8. ¿En años recientes ha habido alguna solicitud importante de recursos adicionales para intervenciones vinculadas con la prevención del embarazo adolescente? ¿Se pudo atender estas solicitudes? ¿Cuáles fueron los motivos?
9. ¿Qué tipo de relación debería existir entre las intervenciones para prevenir el embarazo adolescente del sector salud con el sector educación y con el sector mujer y poblaciones vulnerables? ¿Existen mecanismos presupuestarios para atender y hacer seguimiento de manera articulada a problemas que involucran a más de un sector? ¿De qué manera podrían aplicarse estos mecanismos para la prevención del embarazo adolescente?
10. ¿Qué indicadores utilizan para medir los avances de los entregables de los PP 0002 y 0131? ¿con qué periodicidad se recoge información para alimentar estos indicadores? ¿Se toman decisiones a partir de la información ofrecida por los indicadores? ¿De qué manera?
11. Durante el 2020 se registró una disminución importante del embarazo adolescente en comparación a los años previos (8.2 en el 2020 vs. 12.6 en el 2019). En su opinión, ¿cuáles han sido los factores determinantes de esta disminución?

(*) Estas preguntas podrían priorizarse en función de los tiempos disponibles.

XI. GUÍA DE ENTREVISTA PARA SECTORISTA DE EDUCACIÓN DGPP MEF

1. Una de las intervenciones identificadas para la prevención del embarazo adolescente es la Educación Sexual Integral (ESI). ¿Considera que la ESI están suficiente recogida o sustentada en el diseño (diagnóstico) de los Programas

- Presupuestales del sector educación?
2. ¿Considera que la ESI están suficientemente planteada en los modelos operacionales de los productos de los Programas Presupuestales del sector educación?
 3. ¿Qué limitaciones identifica en las entidades públicas o en los operadores que brindan los servicios educativos públicos para la implementación de la ESI?
 4. ¿En años recientes ha habido alguna solicitud de recursos adicionales para intervenciones vinculadas con la ESI? ¿Se pudo atender estas solicitudes? ¿Cuáles fueron los motivos?
 5. ¿Qué tipo de relación debería existir entre las intervenciones para prevenir el embarazo adolescente del sector salud con el sector educación (ESI) y con el sector mujer y poblaciones vulnerables? ¿Existen mecanismos presupuestarios para atender y hacer seguimiento de manera articulada a problemas que involucran a más de un sector? ¿De qué manera podrían aplicarse estos mecanismos para la prevención del embarazo adolescente?
 6. ¿Utilizan indicadores para medir el desempeño de los servicios de ESI? ¿Con qué periodicidad se recoge información para alimentar estos indicadores? ¿Se toman decisiones a partir de la información ofrecida por los indicadores? ¿De qué manera?
 7. Durante el 2020 se registró una disminución importante del embarazo adolescente en comparación a los años previos (8.2% en el 2020 vs. 12.6% en el 2019). En su opinión, ¿cuáles han sido los factores determinantes de esta disminución? ¿Existe alguna explicación desde el punto de vista de la asignación o ejecución de los recursos de educación?

11.3 Descripción de las intervenciones analizadas

Se identifica y describe las intervenciones que implementa el Estado peruano para prevenir el embarazo adolescente sobre la base de una revisión de los documentos técnicos, documentos de gestión y la normativa vigente.

Se ha dividido la descripción según el tipo de intervención identificada en el plan de trabajo, pero asignándoles la categoría de presunción de incidencia directa o indirecta. A partir de la revisión más en detalle de la información, así como de las evidencias encontradas, hacia el final del capítulo se va a presentar una reflexión sobre cuáles en definitiva son intervenciones de incidencia directa y cuáles de indirecta, lo cual es relevante porque va a definir qué tipos de preguntas de evaluación se van a realizar sobre ellas con miras al producto 3 de la presente consultoría.

11.3.1 Intervenciones de presunta incidencia directa

Programa Presupuestal 0002: Salud Materno Neonatal Programa Presupuestal

El Programa Presupuestal 0002 (PP 0002) atiende el problema asociado con la mortalidad materna y la tasa de mortalidad neonatal. Con respecto a la mortalidad materna el diagnóstico del PP aborda la diferencia entre la alta tasa peruana en los años 90 y las diferencias para poblaciones vulnerables. Sobre la salud neonatal el diagnóstico del PP aborda la necesidad de intervenciones no solo post natales, sino que también se debe enfatizar en el tratamiento de otros problemas como la asfixia, infecciones y síndromes de dificultad respiratoria. Para reducir los niveles de ambas ocurrencias es necesario contar con servicios de salud de calidad, en los cuales los trabajadores cubran las necesidades médicas de los usuarios.

A continuación, se describe la teoría de cambio del PP 0002, de cuyo análisis se desprenden las intervenciones de incidencia directa para la prevención del embarazo adolescente, las cuales se describen en secciones posteriores. La fuente utilizada para describir estas intervenciones es el anexo 02 del PP 0002, no disponiéndose de otra evidencia alternativa que permita describirlas bajo la estructura presentada. Esta información será complementada con aquella proveniente de las entrevistas a los informantes clave para tener un diagnóstico más completo de cada una de las intervenciones.

Teoría de cambio

Para analizar los factores que podrían incidir sobre la reducción de la tasa de mortalidad y morbilidad materna y del neonato, como parte de la elaboración del documento de diseño del PP se realizó una búsqueda de literatura internacional que brinde un marco conceptual sobre estos problemas. Así se identificaron diferentes medios con el objetivo de mejorar la salud materna y del neonato:

- a) Con el objetivo de tener una población con conocimiento en salud sexual y reproductiva que accede a métodos de planificación familiar se identificó la necesidad de trabajar en dos aspectos: aumentar la población informada en salud sexual y reproductiva, y aumentar el acceso a métodos de planificación y servicios de consejería en salud sexual y reproductiva.
- b) Con el objetivo de reducir la morbilidad y mortalidad de la madre se identificaron los siguientes medios: acceso de gestantes a servicios de atención prenatal de calidad y de las complicaciones según capacidad resolutive, acceso de gestantes a servicios de atención de parto calificado y puerperio normal y complicado según capacidad resolutive, acceso de gestantes a sangre segura y sus componentes, y acceso a referencia y contrarreferencia materna y/o neonatal según capacidad resolutive.
- c) Con el objetivo de reducir la morbilidad y mortalidad neonatal se identificó la necesidad de mejorar el acceso de neonatos a servicios de atención neonatal normal, aumentar el acceso de neonatos a servicios con capacidades resolutivas para atender complicaciones neonatales, y aumentar el acceso de neonatos a servicios de cuidados intensivos neonatales.

Asimismo, se identificaron diferentes causas de estos problemas siguiendo lo que indica la evidencia internacional y nacional. Esta evidencia se revisó para tener certeza que existe una relación de causalidad entre la mortalidad materna y del neonato con los factores siguientes:

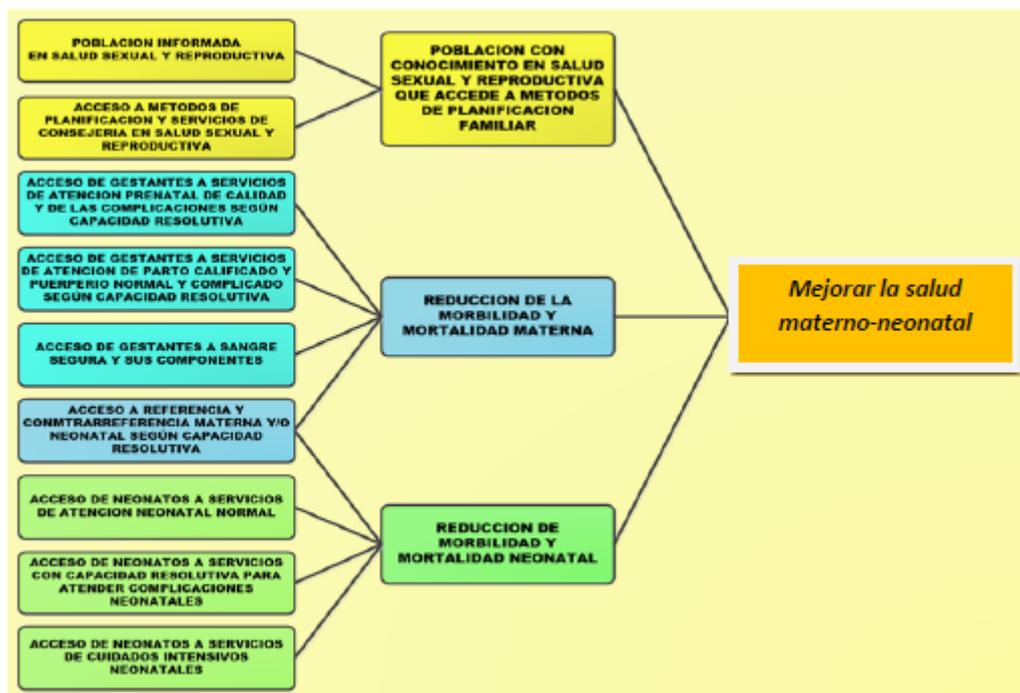
1. Causas directas de la mortalidad y morbilidad materna
 - a. Hemorragia post-parto
 - b. Pre-eclampsia y eclampsia
 - c. Sepsis
 - d. Práctica insegura de abortos
 - e. Infecciones maternas
 - f. Régimen alimentario inadecuado
2. Causas directas de mortalidad y morbilidad neonatal
 - a. Infecciones en periodo neonatal
 - b. Asfixia
 - c. Ruptura prematura de membrana
 - d. Síndrome de dificultad respiratorio

- e. Embarazo precoz
 - f. Intervalos intergenésicos
 - g. Edad materna
 - h. Anormalidades de implantación placentaria
3. Causas subyacentes asociadas a morbilidad y mortalidad materno-neonatal
- a. Inadecuado saneamiento y abastecimiento de agua
 - b. Bajo nivel educativo
 - c. Inadecuado acceso a servicios de salud de calidad
 - d. Fumar durante la gestación
 - e. Altas tasas de cesárea no indicada
 - f. Deficiencia de ácido fólico en gestantes
 - g. Deficiencia de hierro en gestantes
 - h. Inicio tardío de la lactancia materna/Lactancia parcial

Luego se realiza una revisión de literatura para analizar intervenciones que estén orientadas a solucionar las causas mencionadas previamente. Así las intervenciones seleccionadas son las siguientes:

1. Intervenciones para incrementar conocimientos en salud sexual y reproductiva, y el acceso a servicios de planificación familiar
2. Intervenciones para reducir la morbilidad y mortalidad materna
3. Intervenciones para reducir la mortalidad y morbilidad neonatal
4. Intervenciones para causas subyacentes de mortalidad y morbilidad materno-neonatal.

Gráfico 48. Modelo del Marco Conceptual de la Mortalidad y Morbilidad Materno Neonatal adaptado



Fuente: Anexo 2-Programa Presupuestal 0002 Salud Materno Neonatal 2021.MINSA

En el presente documento se analizarán aquellas intervenciones que se relacionen con la prevención del embarazo adolescente. Estas se encuentran en el primer grupo de intervenciones del gráfico y están orientadas en los siguientes puntos:

- a. Promoción de la salud sexual y reproductiva en adolescentes.
- b. Disponibilidad y acceso a consejería en salud sexual y reproductiva.
- c. Acceso a métodos de planificación familiar.
- d. Prevención de embarazos adolescentes.

Si bien el objetivo del PP es la reducción de la mortalidad del neonato, estos programas están muy relacionados con el embarazo precoz, el cual es una de las causas del objetivo mencionado.

Actividad 5000059 (3000002): Brindar información sobre salud sexual y reproductiva y métodos de planificación familiar

Dado que se están evaluando actividades presupuestales, la documentación técnica revisada por defecto está centrada en el Programa Presupuestal. Así, para el análisis de esta actividad se ha revisado la información en el Anexo 2 del Programa Presupuestal 002 emitido por el Ministerio de Salud para el año 2021.

Dentro de esta actividad se encuentran agrupadas todas aquellas acciones realizadas para informar, sensibilizar y orientar a la población objetivo sobre medidas para promover hábitos y entornos saludables para preservar la salud materna neonatal, disminuir la morbilidad y mortalidad materna neonatal. Dichas acciones deben ser realizadas a través de medios de comunicación masivos a cargo de los profesionales responsables de las Oficinas de Comunicaciones de las DIRESAS/GERESAS e Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS).

Por otra parte, también incluye la capacitación de comunicadores y periodistas, de manera que se encuentren informados en temas de salud sexual y salud reproductiva. Dichas capacitaciones consisten en talleres de sensibilización orientados a periodistas nacionales o a autoridades, actores sociales, personajes públicos entre otros. Además, también se consideran capacitaciones en vocerías tanto para los responsables de los establecimientos de salud como para comunicadores.

Finalmente, se incluye también la elaboración y difusión de material comunicacional para facilitar la información a la población a través de medios de comunicación alternativos. Dichos materiales incluyen afiches, dípticos, stickers, entre otros, que serían instalados en mercados, ferias, centros de vaso de leche, entre otros puntos de reunión.

Implementación

La entrega del servicio consiste en:

- Difusión en medios masivos: radio, TV, prensa, suplementos, pág. Web, redes sociales, entre otros.
- Difusión en medios alternativos: vallas, buses, moto taxis, paneletas carreteras, murales, paneles, publicidad en cine y entre otros.
- Actividades de movilización social: ferias, campañas, marchas, activaciones, teatro popular, cine foro itinerante, entre otros.
- Reuniones y talleres de sensibilización y de fortalecimiento de capacidades.

Dichas actividades son realizadas y/o coordinadas por los profesionales responsables de las Oficinas de Comunicaciones de las DIRESAS/GERESAS y DIRIS.

Para la implementación primero el MINSA elabora los documentos normativos y materiales educativos, luego la GERESA, DIRESA y DIRIS adecúan este marco

normativo y estos materiales, difunden estas normas y coordinan la programación y formulación de las metas físicas y financieras. Luego las redes de salud y unidades ejecutoras garantizan la disponibilidad de bienes y brindan asistencia técnica al personal de salud, monitorean las actividades y evalúan los resultados. Por otro lado, la microrred de salud brinda asistencia técnica al proceso para que los establecimientos de salud coordinen, concierten y elaboren el plan de trabajo.

Indicadores

La actividad no presenta un indicador de producción física, si bien se menciona que la unidad de medida de este indicador sería una persona informada sobre salud sexual y reproductiva y métodos de planificación familiar, no se menciona cómo realizar una medición de este. Esto es debido a que esta actividad tiene una incidencia en la población nacional, y no hay herramientas para realizar dicha medición. A pesar de ello, para realizar la programación de la actividad se señala el criterio de 30% de la población nacional, regional o local que accede a medios de comunicación masivos.

Población Objetivo

Población Nacional, regional o local que accede a medios de comunicación masivo.

Actividad 5000043 (3033292): Mejoramiento del acceso de la población a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva

Esta actividad comprende a las atenciones que se brindan a personas o parejas para que puedan decidir de manera voluntaria, informada y responsable acerca de su fecundidad y vida reproductiva. Dicha atención es realizada por médicos gineco obstetras, médicos cirujanos, obstetras u otro personal capacitado. Esta atención incluye 2 sesiones de 30 minutos en el año de orientación y consejería, 3 atenciones de 30 minutos en el año en anticoncepción quirúrgico-voluntaria, y la entrega de materiales audiovisuales.

Por otro lado, también incluye la captación de mujeres con demanda insatisfecha de planificación familiar, lo cual es identificado en el momento de la realización de actividades extra e intramurales. Se considera a la mujer como captada cuando, después de esta identificación, la mujer decide acceder a los servicios que ofrece el establecimiento de salud para la planificación familiar.

Implementación

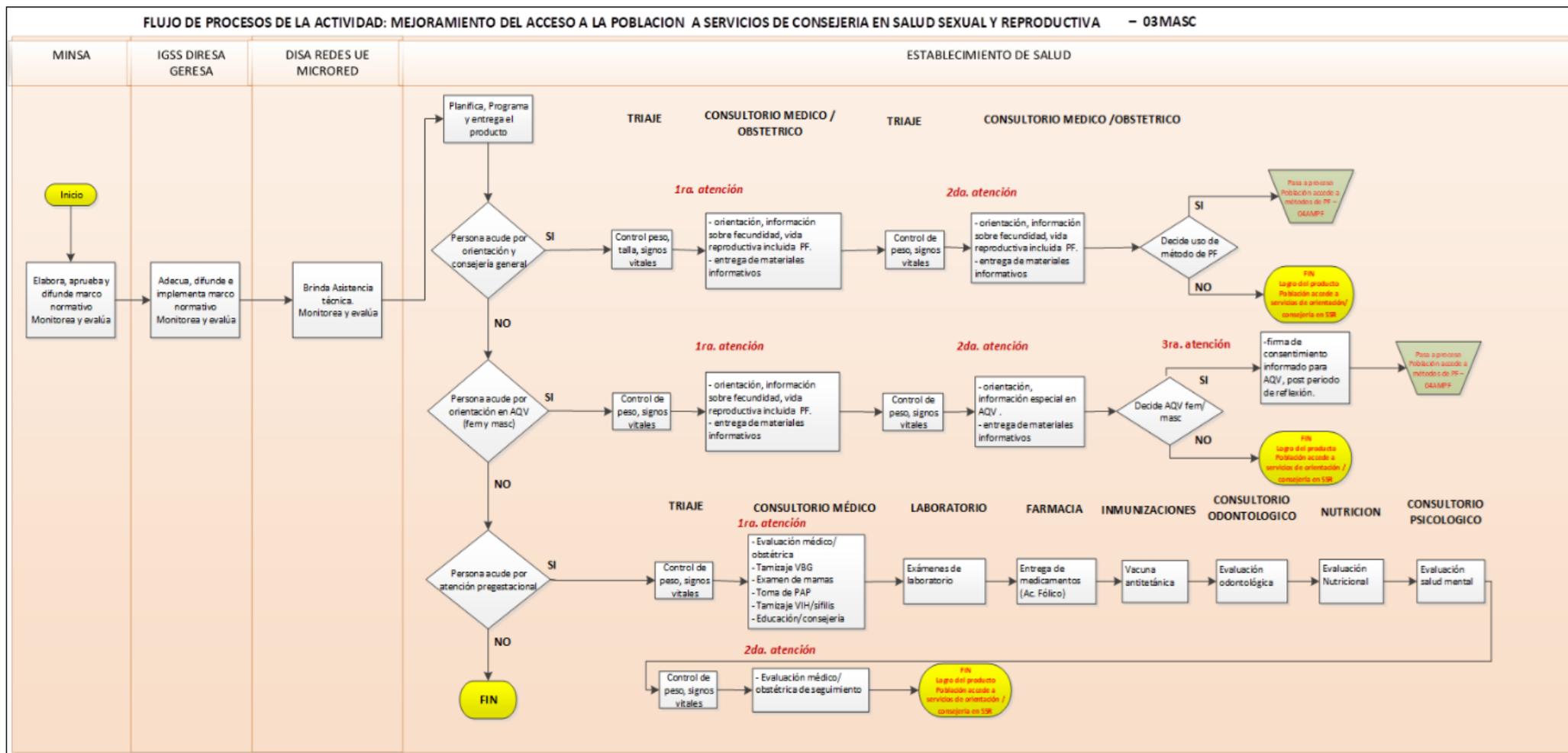
El servicio de orientación/consejería en salud sexual y reproductiva consiste en:

- 2 atenciones x 30 minutos en el año (en Orientación y Consejería general).
- Atenciones x 30 minutos en el año (en Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Femenina y Masculina: 1era atención: orientación y consejería general; 2da atención: consejería especial en AQV; 3ra atención a las 72 horas para la firma del consentimiento informado, post periodo de reflexión).

Flujo de Procesos de la Intervención

En la siguiente grafica de procesos se ve el flujo que sigue el servicio desde la elaboración del marco normativo por parte del MINSA hasta la entrega del servicio a las adolescentes en los establecimientos de salud

Gráfico 49. Flujo de procesos de la actividad: Mejoramiento del acceso a la población a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva



Fuente: Anexo 3 – Flujo de Procesos. MINSAs

El rol de los actores que conforman el proceso es el siguiente:

1. MINSA
 - ✓ Formula y aprueba Documentos Técnicos Normativos, definiciones operacionales, criterios de programación, estructura de costos,
 - ✓ Monitorea, supervisa y brinda asistencia técnica en el proceso de implementación de los DTN.
 - ✓ Monitorea, supervisa y evalúa.
2. GERESA/DIRESA/DIRIS/RED DE SALUD
 - ✓ Implementa los DTN
 - ✓ Revisa y consolida la programación de las Unidades Ejecutoras.
 - ✓ Organiza los establecimientos de salud en Redes de Salud y micro redes para garantizar la continuidad de la atención.
 - ✓ Monitorea y evalúa la calidad, oportunidad y cobertura de la actividad al nivel operativo.
 - ✓ Supervisa y brinda asistencia técnica para mejorar las competencias del recurso humano para el desarrollo de la actividad
3. Redes de salud
 - ✓ Revisa y consolida la programación de metas físicas según los criterios establecidos, ingresa la programación de los puntos de atención al SIGA, SIAF
 - ✓ Programa el presupuesto, cuadro de necesidades por puntos de atención.
 - ✓ Organiza los servicios para brindar la atención y provee los insumos necesarios para el desarrollo de la actividad.
 - ✓ Realiza control de calidad y consolida la información de los establecimientos de salud.
 - ✓ Brinda asistencia Técnica a los establecimientos de salud
 - ✓ Monitorea y evalúa la calidad, oportunidad y cobertura de la actividad al nivel operativo
4. Establecimientos de salud
 - ✓ Programación de metas físicas según los criterios establecidos
 - ✓ Programa el presupuesto, cuadro de necesidades por puntos de atención
 - ✓ Organiza el servicio para dar la atención
 - ✓ Desarrolla la actividad garantizando la calidad y oportunidad de la atención
 - ✓ Registro adecuado de los instrumentos de información
 - ✓ Reuniones de trabajo mensual para análisis de indicadores y tomar medidas correspondientes

Indicadores

El indicador de producción de la intervención es la cantidad de personas atendidas, para lo que se utiliza la información del reporte anual del HIS, el cual se elabora mediante la información recolectada de los consultorios externos de los establecimientos de salud a través de la ficha-HIS SIASIS. En este, se registra los servicios de orientación y consejería en salud sexual y reproductiva recibidos.

Por otra parte, se mide el indicador de desempeño "Porcentaje de mujeres que reciben consejería en salud sexual y reproductiva". El cálculo del indicador consiste en el cociente entre el número de orientaciones/consejerías en salud sexual y reproductiva brindadas y el total de mujeres que demandan planificación familiar. Esta información

es recogida mensualmente por el HIS.

Población Objetivo

La población objetivo de la intervención son las mujeres en edad fértil (15 a más años) que, de acuerdo con la estimación realizada por el INEI, comprende a 10'751,657 mujeres.

Actividad 5000058 (3000005): Brindar servicios de salud para prevención del embarazo en adolescentes

Dado que se están evaluando actividades presupuestales, la documentación técnica revisada por defecto está centrada en el Programa Presupuestal. Así, para el análisis de esta actividad se ha revisado la información en el Anexo 2 del Programa Presupuestal 002 emitido por el Ministerio de Salud para el año 2021.

Comprende a las desarrolladas por el profesional médico, obstetra u otro profesional calificado en salud sexual y reproductiva como la orientación y consejería en salud sexual y reproductiva, la evaluación clínica, exámenes de laboratorio, sesiones educativas en salud sexual y reproductiva, entre otros servicios, dirigidos a las adolescentes de 12 a 14 años y de 15 a 17 años con el fin de prevenir el embarazo no planificado durante esta etapa.

Cabe señalar, que el riesgo de embarazos adolescentes no planificados es menor entre participantes que recibieron intervenciones múltiples (educación, desarrollo de habilidades y promoción de anticonceptivos). La evidencia que respalda las intervenciones en salud reproductiva y planificación familiar en adolescentes sugiere que sería posible reducir los embarazos no deseados y optimizar la edad del primer embarazo, que a su vez podrían ser muy importantes para reducir el riesgo de nacimiento pequeños para la edad gestacional (PEG) en poblaciones donde las tasas de embarazo adolescente son altas.

Los entregables de esta intervención son los siguientes:

- Orientación y consejería en salud sexual y reproductiva en adolescentes de 12 a 14 años y de 15 a 17 años.
- Atención en planificación familiar (si el caso lo requiere).
- Evaluación del desarrollo sexual según Tanner.
- Evaluación clínica orientada a la búsqueda de patologías sexuales y reproductivas (amenorrea, problemas del ciclo menstrual, dismenorreas, ITU, infecciones, migrañas, cefaleas), evaluación clínica especializada en caso de diagnosticar alguna patología en salud sexual y reproductiva.
- Visita domiciliaria en caso de identificar factores de riesgo y/o deserción, seguimiento.
- Exámenes de laboratorio: descarte de embarazo (en caso la adolescente lo requiera) y otros exámenes de laboratorio según su necesidad.
- Una sesión educativa en salud sexual y reproductiva para adolescentes de forma trimestral en los niveles I-3, I-4, hospitales e institutos de salud, en los temas de acuerdo con los hallazgos:
 - ✓ Adolescentes de 12 a 14 años: Prevención de embarazo no deseado, derechos sexuales y reproductivos, sexualidad humana, afectividad, desarrollo sexual en la adolescencia, salud sexual y reproductiva:

prevención del embarazo no deseado, ITS y VIH-Sida, Diversidad sexual e identidad de género y masculinidades.

- ✓ Adolescentes de 15 a 17 años: Prevención de embarazo no deseado, derechos sexuales y reproductivos, sexualidad humana y afectividad, anticoncepción y paternidad responsable, prevención del embarazo no deseado, relaciones sexuales, sexo seguro, infecciones de transmisión sexual, VIH-Sida; Hepatitis B, diversidad sexual e identidad de género, masculinidades.
- Registro de la atención según corresponda (Historia clínica, tarjeta de atención integral del adolescente, formato único de atención del Seguro Integral de Salud, HIS, registro de seguimiento y citas)

Implementación

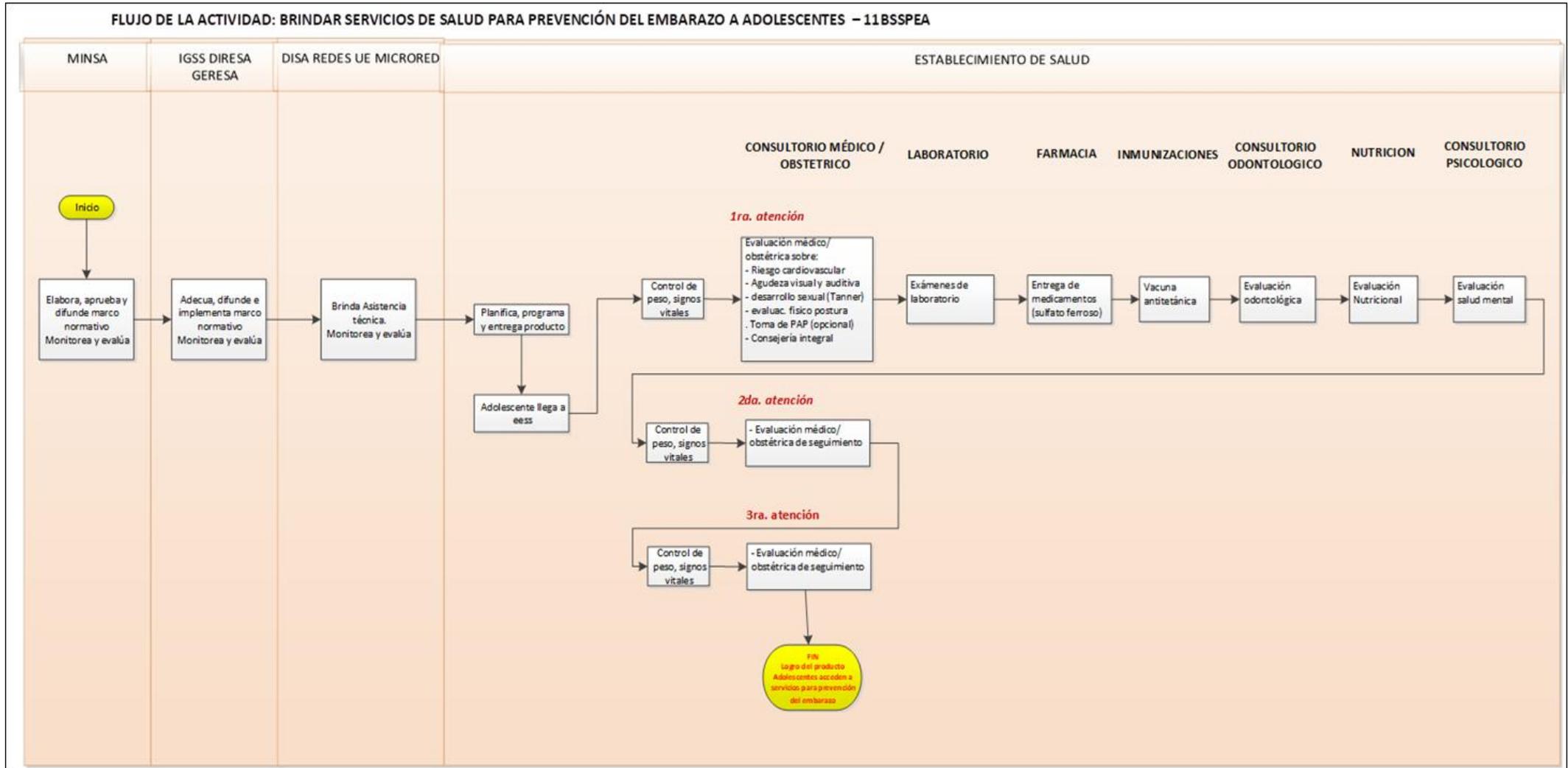
La modalidad de entrega es a través de oferta fija, móvil y telemedicina, en establecimientos de salud u otro servicio o espacio adecuado para tal efecto.

El tiempo requerido para la atención es de 20 minutos, para el desarrollo de la sesión educativa se considerará 40 minutos y por visita domiciliaria 60 minutos en promedio. El personal de salud que realiza la atención requiere de capacitación anual mínima de 20 horas académicas en temas relacionados con la atención integral en la dimensión de salud sexual y reproductiva.

Flujo de Procesos de la intervención

En la siguiente grafica de procesos se ve el flujo que sigue el servicio desde la elaboración del marco normativo por parte del MINSA hasta la entrega del servicio a las adolescentes en los establecimientos de salud

Gráfico 50. Flujo de la actividad Brindar Servicios de Salud para prevención del Embarazo en Adolescentes



Fuente: Anexo 3 – Flujo de Procesos. MINSA

En concreto el rol de los actores que conforman el proceso es el siguiente:

1. MINSA – Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral – Etapa de Vida Adolescente – Dirección de Salud Sexual y Reproductiva
 - ✓ Elabora, aprueba y difunde el marco normativo.
 - ✓ Brinda asistencia técnica.
 - ✓ Monitorea, supervisa y evalúa.
2. GERESA/DIRESA/DIRIS/RED DE SALUD
 - ✓ Adecua, difunde e implementa el marco normativo.
 - ✓ Brinda asistencia técnica.
 - ✓ Coordina el proceso de programación, formulación de metas físicas/financieras.
 - ✓ Monitorea y evalúa.
3. Establecimientos de Salud:
 - ✓ Entrega el producto a la población beneficiaria.

Indicadores

El indicador de producción física de la intervención es el número de adolescentes atendidos, lo cual es medido a través de sistema de información HIS. En este, se registra los servicios de orientación y consejería en salud sexual y reproductiva recibidos por adolescentes.

En el marco del PP 002 se mide el indicador de desempeño “Porcentaje de embarazo en adolescentes”, definido como el porcentaje de mujeres adolescentes de 15 a 19 años que ya estuvo alguna vez embarazada (se considera las que ya son madres y las que están gestando por primera vez) respecto al total de mujeres adolescentes de 15 a 19 años. La información es recogida anualmente a través de la ENDES.

Población Objetivo

Adolescentes de 12 a 14 años y de 15 a 17 años.

Actividad 5000042 (3033291): Mejoramiento del acceso de la población a métodos de planificación familiar

Dado que se están evaluando actividades presupuestales, la documentación técnica revisada por defecto está centrada en el Programa Presupuestal. Así, para el análisis de esta actividad se ha revisado la información en el Anexo 2 del Programa Presupuestal 002 emitido por el Ministerio de Salud para el año 2021.

La actividad incluye todo el conjunto de acciones, procedimientos e intervenciones relacionadas con la información, educación orientación y la prescripción y provisión de métodos anticonceptivos dirigidos a las mujeres y hombres en edad fértil. De esta manera se permitirá que las personas o parejas puedan decidir libre y de manera responsable si quieren o no tener hijos, el número y el espaciamiento entre ellos. Los métodos que se consideran son: anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV) masculina, AQV femenina, dispositivos intrauterinos, anticonceptivo hormonal inyectable, condón masculino, anticonceptivo hormonal oral, anticonceptivo oral de emergencia, métodos de abstinencia periódica, método de lactancia materna exclusiva, anticonceptivo hormonal mensual inyectable, condón femenino, e implante.

Implementación

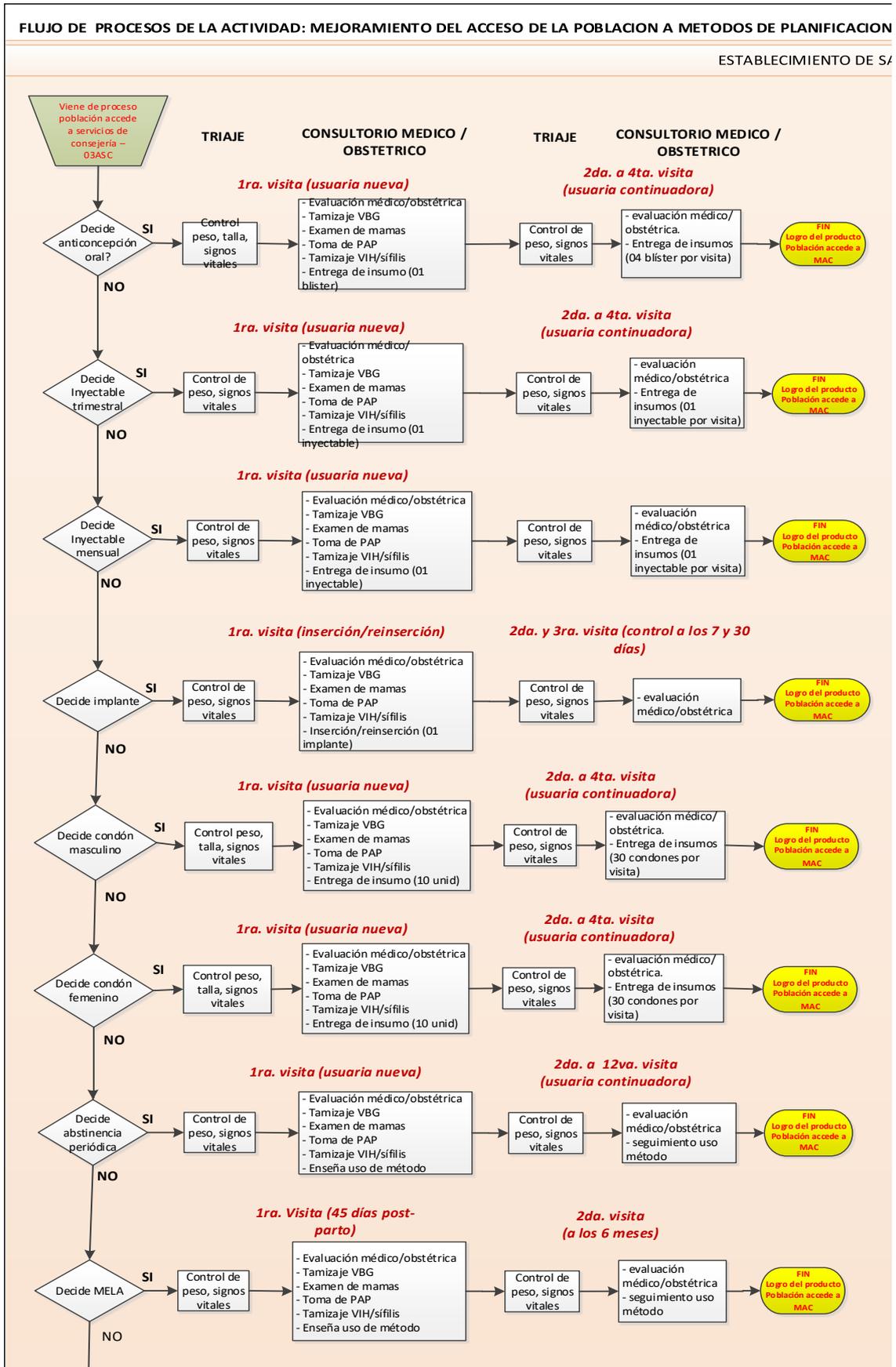
Este servicio se ofrece para aquellas personas que recibieron una consejería en Salud

Sexual y reproductiva o una orientación en anticoncepción quirúrgica voluntaria. En la tercera sesión de estas consejerías se le consulta si desea utilizar algún método anticonceptivo, en caso la respuesta sea afirmativa se le ofrecen los métodos en el siguiente orden: anticoncepción oral, condón masculino y femenino, abstinencia periódica, método de lactancia materna, dispositivos intrauterinos, anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina, y anticoncepción quirúrgica voluntaria masculina.

Flujo de Procesos de la intervención

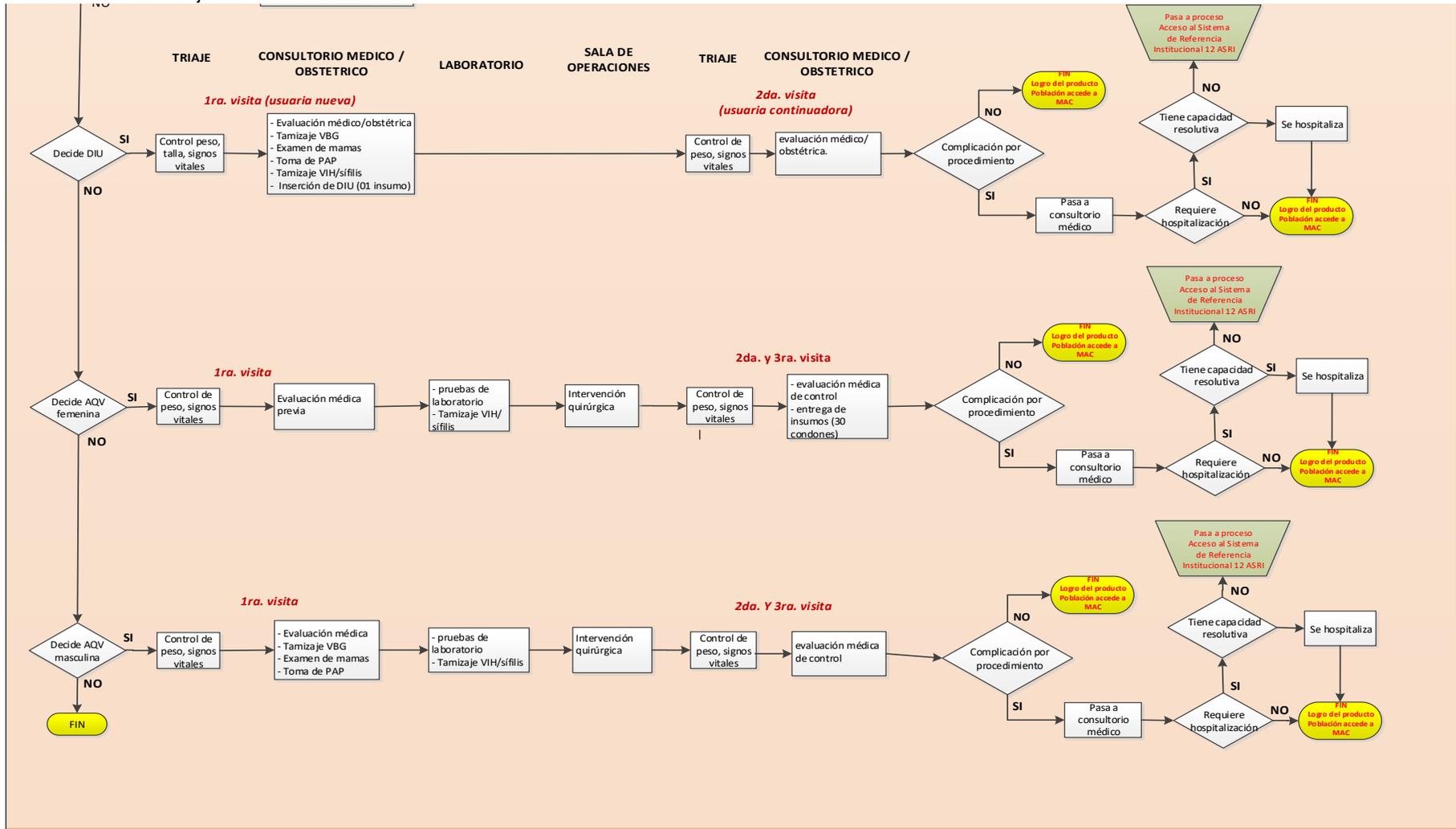
En la siguiente grafica de procesos se ve el flujo que sigue el servicio con las diferentes alternativas que se le ofrece a la persona y los pasos siguientes luego de haber elegido alguno de los métodos.

Gráfico 51. Flujo de procesos de la actividad Mejoramiento del acceso de la población a métodos de planificación familia



Flujo de procesos de la actividad Mejoramiento del acceso de la población a métodos de planificación familiar (continuación)

Fuente: Anexo 3 – Flujo de Procesos. MINSA



Indicadores

Esta actividad tiene como indicador de producción física la proporción de parejas protegidas y como indicador de desempeño el porcentaje de mujeres que usan algún método anticonceptivo en un año. Esta última se obtiene mediante el uso de información de la ENDES.

Población Objetivo

El indicador es el número de parejas protegidas mediante métodos anticonceptivos. Para la medición del indicador se utiliza la información del reporte anual del HIS, el cual se elabora mediante la información recolectada de los consultorios externos de los establecimientos de salud a través de la ficha-HIS SIASIS.

La población objetivo de la intervención son las parejas que tengan mujer en edad fértil. Dado que no hay una medición del número de parejas a nivel nacional, la población objetivo no está bien delimitada.

Actividad 5005984 (3033412): Promoción de prácticas saludables para el cuidado de la salud sexual y reproductiva en familias

Dado que se están evaluando actividades presupuestales, la documentación técnica revisada por defecto está centrada en el Programa Presupuestal. Así, para el análisis de esta actividad se ha revisado la información en el Anexo 2 del Programa Presupuestal 002 emitido por el Ministerio de Salud para el año 2021.

Comprende las acciones sobre consejerías en prácticas saludables en salud sexual y reproductivas realizadas a familias con gestantes. Estas consejerías son realizadas por personal capacitado durante visitas domiciliarias o mediante tele orientación.

Implementación

Esta actividad se distribuye a través de tres subproductos. El primero denominado “Consejería en el hogar durante la visita domiciliaria, a familias de la gestante y puérpera para promover prácticas saludables en salud sexual y reproductiva” consiste en brindar educación para la salud a través de consejería en prácticas saludables en salud sexual y reproductiva, desarrolladas en la vivienda de la familia, durante la visita domiciliaria, así como, a través de la teleorientación/telecapacitación, para familias con gestantes y puérperas. Estas consejerías tienen una duración de 45 minutos y su contenido depende del periodo en el que esté la gestante o puérpera: se realiza una consejería entre las semanas 14 y 27 concentrada en el cuidado del embarazo, luego se realiza otra entre las semanas 28 y 42 dirigida al cuidado del recién nacido, después de los primeros 7 días del parto se da una consejería adicional, y finalmente se realiza otra entre los 28 y 30 días de producido el parto.

El segundo subproducto denominado “Agentes comunitarios de salud capacitados realizan orientación a familias de gestantes y puérperas en prácticas saludables en salud sexual y reproductiva” consiste en brindar orientación en prácticas saludables en salud sexual y reproductiva por parte del agente comunitario de salud capacitado por el personal de salud. Se realiza en la vivienda de las familias, durante la visita domiciliaria, o en un local comunal u otro que la considere necesario, así como a través de la Teleorientación/Telecapacitación. Se otorgan dos orientaciones: una entre las semanas 28 y 40 de gestación y otra en los primeros 7 días de producido el parto. Durante el desarrollo de las visitas, el Agente Comunitario de Salud aplicará la ficha de visita

domiciliaria proporcionada por el personal de salud. Esta visita domiciliaria se podrá realizar en conjunto con el personal de salud, caso contrario el Agente Comunitario de Salud deberá notificar al establecimiento de salud los hallazgos de la actividad realizada.

De identificarse algún signo de alarma, el agente deberá realizar la referencia de la puérpera y/o recién nacido al establecimiento de salud correspondiente, con participación de la junta vecinal organizada de ser el caso.

El tercer subproducto denominado “sesiones educativas a familias de adolescentes en salud sexual integral” consiste en brindar educación para la salud a través de sesiones educativas a familias con adolescentes del ámbito de jurisdicción de un establecimiento de salud para promover la salud sexual integral, estas acciones son realizadas por personal de salud capacitado, en un local comunal y/o a través de la TeleEC /Telecapacitación u otro que la considere necesario. Para estas sesiones se utiliza la cartilla educativa para padres de familia sobre adolescencia y salud sexual integral, que cuenta con 7 ejes temáticos, de los cuales se debe brindar mínimo 4 sesiones educativas repartidas en 1 hora de duración, una de ellas siempre será la orientada a planificación familiar.

Flujo de Procesos de la intervención

En la siguiente grafica de procesos se ve el flujo que sigue el servicio desde la elaboración del marco normativo por parte del MINSA hasta la entrega del servicio por parte de los establecimientos de salud.

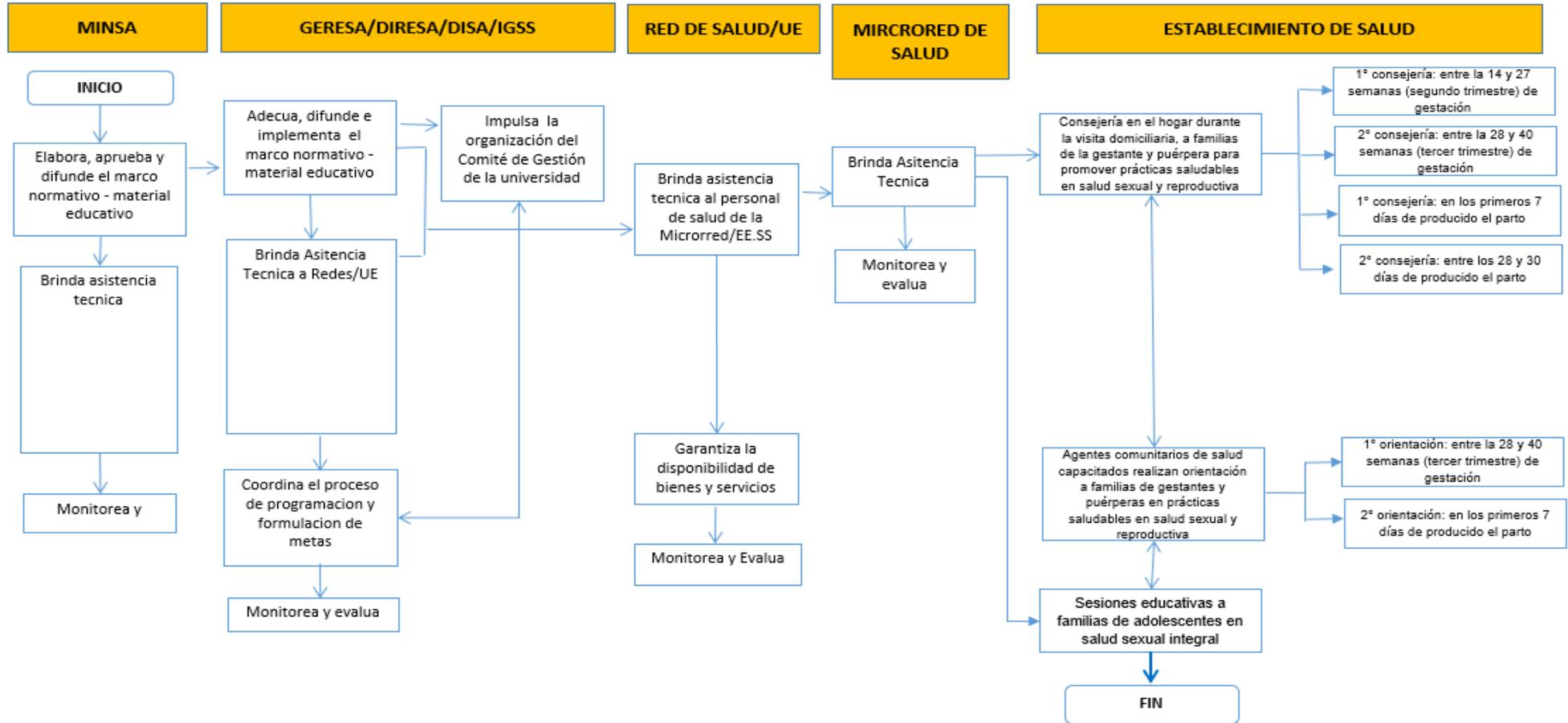
Indicadores

Por otro lado, los indicadores de resultado de la actividad son el número de Familias con gestantes y puérperas que recibieron consejería en el hogar sobre prácticas saludables en el cuidado de la salud sexual y reproductiva, y el número de familias de adolescentes que recibieron sesiones educativas en salud sexual integral.

Población Objetivo

Familias con gestantes, puérperas y adolescentes.

Gráfico 52. Flujo de procesos de la actividad Promoción de prácticas saludables para el cuidado de la salud sexual y reproductiva en familias



Fuente: Anexo 3 – Flujo de Procesos. MINSA

Actividad 5005985 (3033412) Capacitación a actores sociales que promueven la salud sexual y reproductiva

Dado que se están evaluando actividades presupuestales, la documentación técnica revisada por defecto está centrada en el Programa Presupuestal. Así, para el análisis de esta actividad se ha revisado la información en el Anexo 2 del Programa Presupuestal 002 emitido por el Ministerio de Salud para el año 2021.

Corresponde a las acciones sobre capacitaciones a actores sociales, de manera que se promueva en la comunidad la salud sexual y reproductiva. Para ello se ofrecen capacitaciones a docentes de la Educación Básica Regular (EBR) y personal de los municipios para la orientación de recursos en acciones que favorezcan espacios educativos que promuevan la educación sexual y reproductiva en gestantes y adolescentes.

Implementación

La actividad contiene dos subproductos. El primero, denominado “docentes capacitados realizan educación sexual integral desde la institución educativa” consiste en brindar sesiones educativas, por parte del personal de salud capacitado, en pautas para el desarrollo de Educación Sexual Integral en el aula a docentes de instituciones educativas de EBR a partir del 5to. grado de primaria.

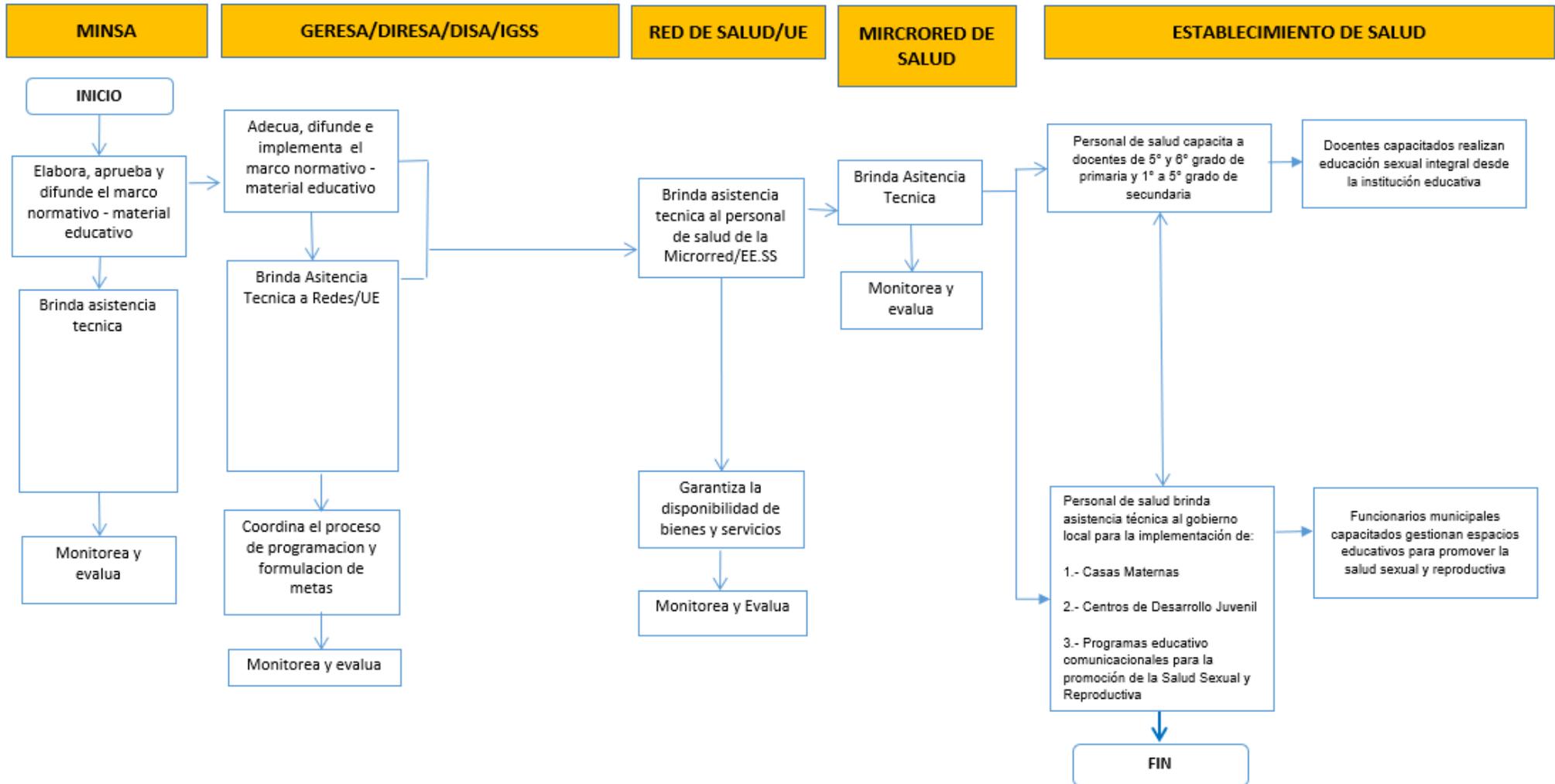
El segundo subproducto denominado “funcionarios municipales capacitados gestionan espacios educativos para promover la salud sexual y reproductiva” consiste en brindar asesoramiento/reuniones de abogacía/telegestión, planificación, capacitación/telecapacitación, monitoreo y evaluación por parte de personal de salud para la orientación de recursos en acciones que favorezcan espacios educativos que promuevan la salud sexual y reproductiva en gestantes y adolescentes a funcionarios municipales e integrantes del comité multisectorial. Los espacios generados por la actividad son:

- Implementación y funcionamiento de la Casa Materna: Las acciones de incidencia y asesoramiento, realizadas por el personal de salud, también son dirigidas al Consejo Municipal y comité multisectorial (Comité de Gestión Local de Casa Materna), liderado por la municipalidad con el asesoramiento del personal de salud (4 reuniones de 01 hora de duración, cada una, en promedio) y se realizan en el local de la municipalidad, y/o a través de la telegestión y Telecapacitación, u otro que se considere pertinente.
- Implementación y funcionamiento de Centros de Desarrollo Juvenil: Conjunto de acciones que desarrolla un municipio provincial o distrital en coordinación con el personal de salud, con la finalidad de adecuar y/o construir y/o equipar, así como mantener en funcionamiento uno o más locales destinados a ser Centros de Desarrollo Juvenil (CDJ); se realizan de acuerdo con los criterios técnicos establecidos por el Ministerio de Salud.

Flujo de Procesos de la intervención

En la siguiente grafica de procesos se ve el flujo que sigue el servicio desde la elaboración del marco normativo por parte del MINSA hasta la entrega del servicio por los profesionales de los establecimientos de salud.

Gráfico 53. Flujo de procesos de la actividad Capacitación actores sociales que promueven la salud sexual y reproductiva



Fuente: Anexo 3 – Flujo de Procesos. MINSA

En concreto el rol de los actores que conforman el proceso es el siguiente:

1. MINSA: Elabora, aprueba y difunde documentos normativos y materiales educativos que estandarizan el proceso de entrega del producto así mismo brinda asistencia técnica, monitorea y supervisa su implementación.
2. GERESA/DIRESA/DISA: Adecua el marco normativo y materiales educativos, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, brinda asistencia técnica, monitoreo de las actividades y evalúa los resultados.
3. REDES DE SALUD /UNIDAD EJECUTORAS: garantizan la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto, brinda asistencia técnica al personal de salud de las Micro redes y EESS, realiza el monitoreo de las actividades y evalúa los resultados.
4. MICRORRED DE SALUD: Brinda asistencia técnica, monitorea la entrega del producto y la calidad de la información y evalúa los resultados.
5. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: El personal de salud realiza sesiones educativas a docentes de instituciones educativas de Educación Básica Regular, Nivel de Educación Secundaria y 5° y 6° de primaria, haciendo uso de la metodología de educación para adultos.
6. Docentes de instituciones educativas de Educación Básica Regular, del 5° y 6° grado del Nivel de Educación Primaria y del 1° al 5° grado del Nivel de Educación Secundaria, reciben sesiones educativas por parte del personal de salud capacitado, en pautas para el desarrollo de Educación Sexual Integral en el aula.
7. Funcionarios municipales e integrantes del comité multisectorial reciben asesoramiento por parte del personal de salud capacitado para la implementación de espacios educativos donde se promueva la salud sexual y reproductiva.

Indicadores

La actividad tiene indicadores de producción física, los cuales dependen de cada subproducto. Para el subproducto orientado a capacitación a docentes, el indicador es el número de docentes que han recibido orientación, mientras que, para el otro subproducto, el indicador es el número de municipios que reciben asesoramiento.

Población Objetivo

De la misma manera, la población objetivo para el primero producto son los docentes en escuelas de Educación Básica Regular de 5° y 6° de educación primaria y 1° a 5° de educación secundaria. Para el producto asociado a municipios la población objetivo son los municipios distritales de quintil de pobreza 1 y 2, y municipios de quintiles 3, 4 y 5 con bolsones de pobreza y/o con problemas de morbilidad y/o mortalidad materna, neonatal y/o embarazo en adolescentes.

Programa Presupuestal 0131: Control y Prevención en Salud Mental

El Programa Presupuestal 0131 trata de mejorar la problemática del elevado número de personas afectadas por problemas de salud mental (trastornos mentales y problemas psicosociales) en la población.

A continuación, se describe la teoría de cambio del PP 0131, de cuyo análisis se desprenden las intervenciones de incidencia directa que abordan la problemática del embarazo adolescente, las cuales se describen en secciones posteriores. La fuente

utilizada para describir estas intervenciones es el anexo 02 del PP 0131, no disponiéndose de otra evidencia alternativa que permita describirlas bajo la estructura presentada. Esta información será complementada con las entrevistas a los informantes clave para tener un diagnóstico más completo de cada una de las intervenciones.

Teoría del cambio

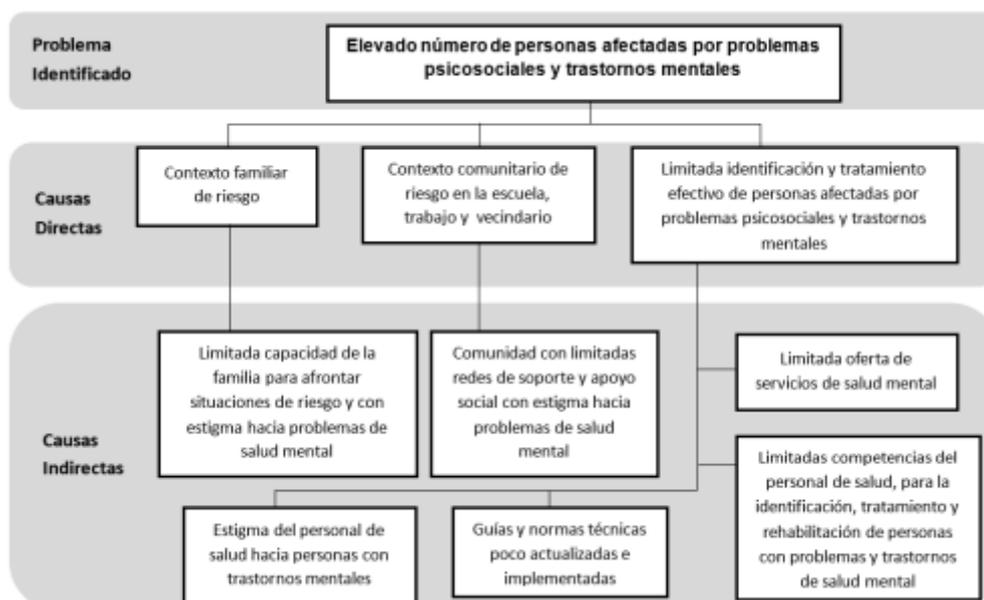
Luego de haber identificado el problema al que el programa está dirigido, en el documento de diseño del PP se analiza las causas del problema. Las causas inmediatas fueron adaptadas del modelo utilizado en 1990 por el gobierno de Quebec. Este presenta las siguientes causas directas:

- a. Contexto familiar de riesgo.
- b. Contexto comunitario.
- c. Limitada identificación y tratamiento efectivos de problemas y trastornos mentales en la población general y de alto riesgo.

Posteriormente se definen las causas indirectas, las cuales afectan la limitada identificación y tratamiento efectivo de problemas y trastornos mentales en la población general y de alto riesgo. Estas son:

- a. Limitada oferta de servicios de salud mental.
- b. Guías y normas técnicas poco actualizadas e implementadas.
- c. Limitadas competencias del personal de salud, para la identificación, tratamiento y rehabilitación de personas con trastornos de salud mental.
- d. Estigma del personal de salud hacia personas con trastornos de salud mental.
- e. Limitada capacidad de la familia para afrontar situaciones de riesgo y con estigma hacia problemas de salud mental
- f. Comunidad con limitadas redes de soporte y apoyo social con estigma hacia problemas de salud mental.

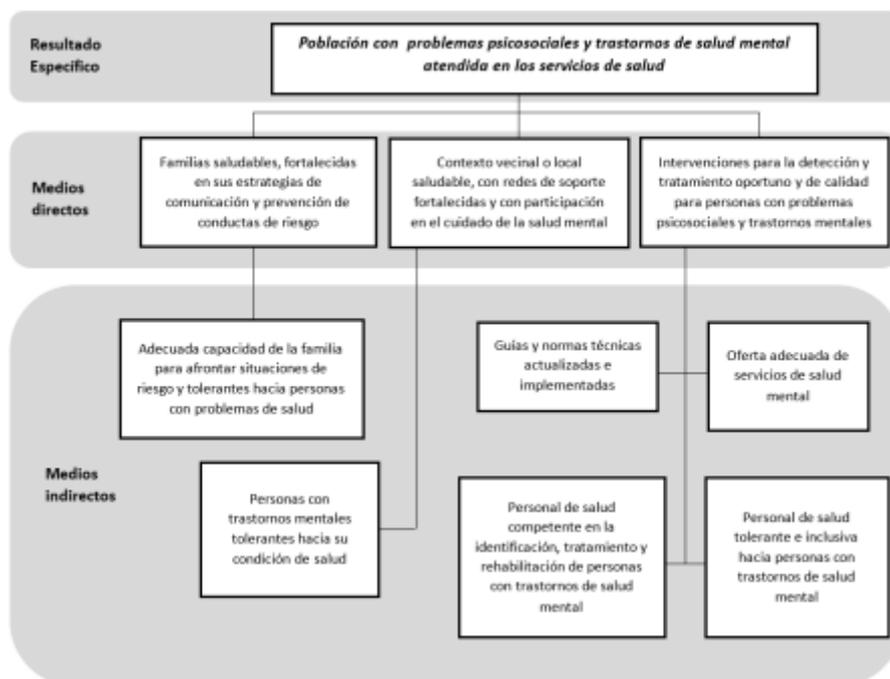
Gráfico 54. Árbol de problemas



Fuente: Anexo N° 2 Contenidos Mínimos del Programa Presupuestal 0131 Control y prevención en salud mental. Elaboración: MINSA

Luego se revisan los diferentes tipos de intervenciones para tratar los problemas de salud mental. Se considera al entrenamiento de las habilidades parentales con enfoque grupal fue la modalidad de mayor efectividad y viabilidad frente a la terapia familiar y multisistémica, ya que tiene un número determinado de sesiones, se desarrolla de manera grupal, y tiene naturaleza preventiva.

Gráfico 55. Árbol de medios



Fuente: Anexo N° 2 Contenidos Mínimos del Programa Presupuestal 0131 Control y prevención en salud mental. Elaboración: MINSA

Tanto las causas como las intervenciones propuestas están basadas en evidencia. Para el caso de las causas se presentan por lo menos dos documentos de evidencia (de diferente nivel) para sustentar la consideración en cada caso. En el caso de las intervenciones, se hace referencia a al menos un documento por medio, de manera que cada uno a tiene al menos una fuente de evidencia.

Para la elaboración de este modelo se consideraron algunos supuestos, de manera que los productos y actividades puedan solucionar la problemática. En particular, se asume que todos los casos nuevos atendidos por problemas de salud mental en la red del MINSA son registrados y notificados.

A partir de la revisión de la Teoría del cambio del PP se ha analizado las intervenciones que afecten al embarazo adolescente. Así, se han encontrado algunas que traten directamente con adolescentes o intenten mejorar la salud mental en la familia. A continuación, se presentan esas intervenciones.

Actividad 5006280 Tamizaje de niños de 0 a 17 años con déficit en sus habilidades sociales, trastornos mentales y del comportamiento y/o problemas psicosociales propios de la infancia y la adolescencia

Dado que se están evaluando actividades presupuestales, la documentación técnica revisada por defecto está centrada en el Programa Presupuestal. Así, para el análisis

de esta actividad se ha revisado la información en el Anexo 2 del Programa Presupuestal 0131 emitido por el Ministerio de Salud para el año 2021.

Esta intervención está dividida en tres subproductos: el primero está dirigido a niños o niñas de 0 a 3 años atendidos en los servicios de crecimiento y desarrollo, medicina general y/o pediatría, para detectar trastornos del espectro autista. Este comprende la observación, entrevista a la madre, padre o cuidador, en dos etapas, revisado de Detección del Autismo en Niños Pequeños con Entrevista de Seguimiento y consejería de acuerdo con los hallazgos: si el resultado es negativo se refuerza los factores protectores y, si es positivo, se apoya la búsqueda de ayuda necesaria realizando la derivación al centro de salud mental comunitaria de su territorio o al establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive según corresponda.

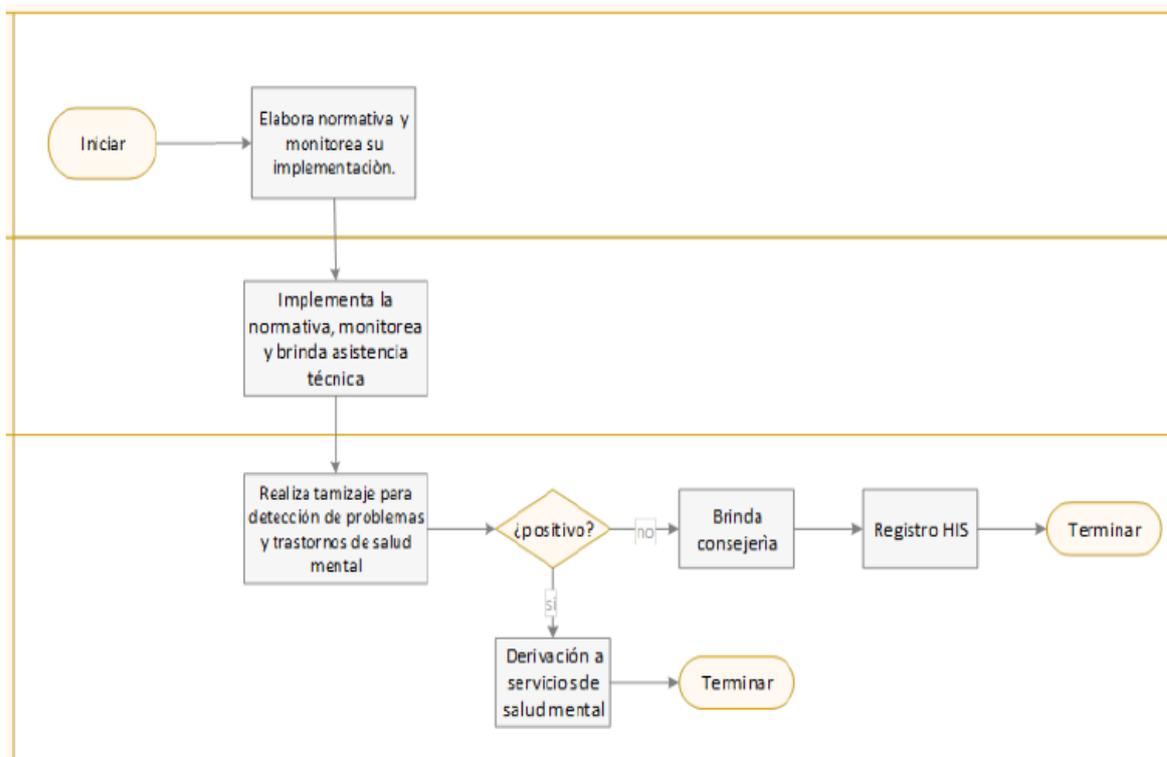
El segundo está orientado a niños, niñas y adolescentes de 0 a 17 años atendidos en los servicios de crecimiento y desarrollo, medicina general y/o pediatría, y consiste en la observación de indicadores físicos y/o conductuales relacionados al maltrato infantil en niñas, niños o adolescentes, sus madres, padres o cuidadores, una entrevista breve usando las preguntas de tamizaje y consejería de acuerdo a los hallazgos: si el resultado es negativo se refuerza los factores protectores y la parentalidad saludable y, si es positivo, se apoya la búsqueda de ayuda necesaria realizando la derivación al servicio de psicología del establecimiento de salud y el seguimiento para verificar que está recibiendo el tratamiento y cuidados de salud mental.

El tercer subproducto está dirigido a niños, niñas y adolescentes de 3 a 17 años atendidas en los servicios de crecimiento y desarrollo, en la estrategia de etapa de vida adolescente, medicina general y/o pediatría o en otros programas para detectar trastornos mentales y del comportamiento. Comprende la observación, entrevista a la madre, padre o cuidador, utilizando el Lista de Verificación de Síntomas Pediátricos y la consejería de acuerdo con los hallazgos: si el resultado es negativo se refuerza los factores protectores y, si es positivo, se apoya la búsqueda de ayuda necesaria realizando la derivación al servicio de salud mental del establecimiento de salud o establecimiento de mayor capacidad resolutive, según corresponda.

Implementación

Para la implementación se realiza el tamizaje de niños de 0 a 17 años con problemas del neurodesarrollo, trastornos mentales y del comportamiento y/o problemas psicosociales propios de la infancia y la adolescencia. Esto se desarrolla en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de tipo 1-2, 1-3, 1-4, II-1, II-E, III-1, IIII-2, y III-E.

Gráfico 56. Flujo de procesos de la actividad Tamizaje de niños de 0 a 17 años con déficit en sus habilidades sociales, trastornos mentales y del comportamiento y/o problemas psicosociales propios de la infancia y la adolescencia



Fuente: Anexo N° 2 Contenidos Mínimos del Programa Presupuestal 0131 Control y prevención en salud mental. Elaboración: MINSA

En concreto el rol de los actores que conforman el proceso es el siguiente:

1. Nivel nacional (MINSA):
 - ✓ Elabora y aprueba el marco normativo y las Guías de Práctica Clínica.
 - ✓ Capacita a la DIRESA/GERESA/ en la implementación y fortalecimiento de la actividad
 - ✓ Realiza la asistencia técnica, monitoreo y supervisión del desarrollo de la presente actividad
2. Nivel nacional (DIRIS) y regiones:
 - ✓ La DIRESA/GERESA capacita a las redes en la implementación y fortalecimiento de la actividad
 - ✓ En las DIRIS/DIRESAS/GERESAS/Redes, realiza el monitoreo y control del desarrollo de la presente actividad.
3. Redes de Salud:
 - ✓ En los establecimientos de salud del nivel I y II a nivel nacional y regional que cuenten con médicos y psicólogos capacitados.
 - ✓ Digitación oportuna de HIS- MINSA
 - ✓ Control de calidad de información de HIS-MINSA
 - ✓ Análisis de la información de HIS-MINSA
 - ✓ Reporte de la Información de HIS- MINSA

Indicadores

El indicador de la meta física es el número de personas tamizadas, mientras que el indicador de desempeño es el porcentaje de personas con problemas psicosociales y/o trastornos de salud mental detectadas.

Población Objetivo

Niños y adolescentes entre 0 a 17 años.

Actividad 5005190 Tratamiento ambulatorio de personas con trastornos afectivos (depresión y conducta suicida) y de ansiedad

Dado que se están evaluando actividades presupuestales, la documentación técnica revisada por defecto está centrada en el Programa Presupuestal. Así, para el análisis de esta actividad se ha revisado la información en el Anexo 2 del Programa Presupuestal 0131 emitido por el Ministerio de Salud para el año 2021.

Corresponde a las intervenciones que se brindan a personas con diagnóstico de depresión, conducta suicida y ansiedad, orientado a su recuperación que incluye: consulta médica, consejería de salud mental, psicoeducación, psicoterapia, tratamiento farmacológico, sesiones de grupo de ayuda mutua y visita domiciliaria; cuya frecuencia, cantidad y tiempo requerido para la entrega es definida de acuerdo con el grado de complejidad del diagnóstico y modalidad de tratamiento.

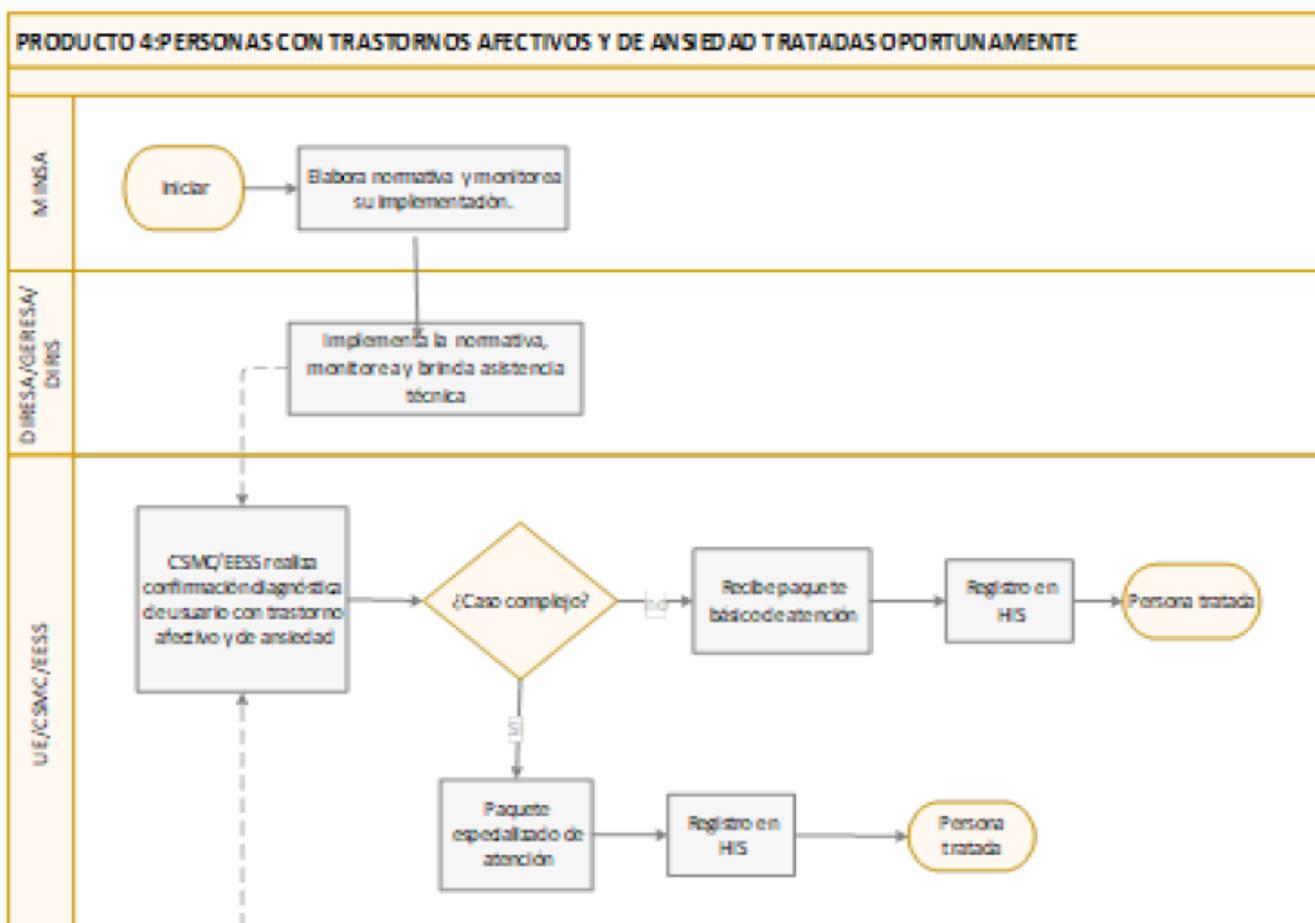
Implementación

La actividad se implementa a través de tres subproductos:

- Tratamiento ambulatorio de personas con depresión: Es el conjunto de intervenciones ambulatorias que conforman paquetes terapéuticos que se brinda a personas con diagnóstico de depresión, según manual CIE 10 (F31, F32, F33, F34 y F38), en establecimientos de todos los niveles de atención. Es realizada por un equipo interdisciplinario (médico, psicólogo, enfermera, asistente social) y orientado a su recuperación que incluye: consulta médica, consejería de salud mental, psicoeducación, psicoterapia, manejo farmacológico, sesiones de grupo de ayuda mutua y visita domiciliaria, cuya frecuencia, cantidad y tiempo requerido para la entrega es definida de acuerdo con el grado de complejidad del diagnóstico y modalidad de tratamiento.
- Tratamiento ambulatorio de personas con conducta suicida: Conjunto de intervenciones ambulatorias, organizados en paquetes según severidad, que se brinda a personas con diagnóstico de conducta suicida, según manual CIE 10. Es realizada por un equipo interdisciplinario y orientado a su recuperación, incluye: intervención en crisis, consulta médica, psicoeducación, consejería, tratamiento farmacológico, psicoterapia formato individual y grupal, terapia familiar, Grupo de Ayuda Mutua y Visita domiciliaria; cuya frecuencia, cantidad y tiempo requerido para la entrega es definida de acuerdo con el grado de complejidad del diagnóstico y modalidad de tratamiento y etapa del curso de vida. Se brinda en establecimiento de salud de categoría 1-2, 1-3, 1-4 y los hospitales del nivel II y III.
- Tratamiento ambulatorio de personas con ansiedad: Conjunto de intervenciones ambulatorias que se brinda a personas con diagnóstico de ansiedad, según CIE

10 (F40 – F4). Es realizada por un equipo interdisciplinario y orientado a su recuperación que incluye: consulta médica, psicoterapia formato individual o grupal, tratamiento farmacológico, grupo de ayuda mutua, es definida de acuerdo con el grado de complejidad del diagnóstico y modalidad de tratamiento y etapa del curso de vida. Se brinda en establecimiento de salud de categoría de 1-2,1-3, 1-4 y los hospitales del nivel II y III.

Gráfico 57. Flujo de procesos para la actividad Personas con trastornos afectivos y de ansiedad tratadas oportunamente



Fuente: Anexo N° 2 Contenidos Mínimos del Programa Presupuestal 0131 Control y prevención en salud mental. Elaboración: MINSA

En concreto el rol de los actores que conforman el proceso es el siguiente:

1. Nivel nacional (MINSA):
 - ✓ Elabora y aprueba el marco normativo y las Guías de Práctica Clínica.
 - ✓ Capacita a la DIRESA/GERESA en la implementación y fortalecimiento de la actividad
 - ✓ Realiza la asistencia técnica, monitoreo y supervisión del desarrollo de la presente actividad
2. Nivel nacional (DIRIS) y regiones:
 - ✓ Los EES a partir del nivel I-2 y los Centros de Salud Mental Comunitario, están a cargo de la atención y del registro estadístico en el HIS

- ✓ La DIRESA/GERESA capacita a las redes en la implementación y fortalecimiento de la actividad
- ✓ DIRESAs/GERESAs/Redes realizan el monitoreo y control de la actividad.
- ✓ DIRESAs, Establecimientos de salud especializados (INSM, hospitales especializados, hospitales generales, y los Centros de Salud Mental Comunitarios) realizan acompañamiento clínico psicosocial

Indicadores

Esta actividad tiene dos indicadores, el número de personas tratadas (que corresponde a la producción de meta física) y el porcentaje de personas con diagnóstico de depresión que reciben el paquete estándar de intervenciones (indicador de desempeño). La población objetivo son las personas que tienen un diagnóstico de trastorno afectivo y de ansiedad.

Población Objetivo

Personas diagnosticadas con trastornos afectivos (depresión y conducta suicida) y de ansiedad (ambulatorio y con internamiento).

Actividad 5005200 Prevención familiar de conductas de riesgo en adolescentes familias fuertes: amor y límites

Dado que se están evaluando actividades presupuestales, la documentación técnica revisada por defecto está centrada en el Programa Presupuestal. Así, para el análisis de esta actividad se ha revisado la información en el Anexo 2 del Programa Presupuestal 0131 emitido por el Ministerio de Salud para el año 2021.

Esta actividad incluye a las intervenciones que tienen entrenamiento de habilidades parentales de manejo de la conducta y disciplina, con enfoque en la prevención de recaídas, estabilización y mejora del manejo familiar, reforzamiento de la estructura individual y familiar mediante elementos motivacionales, discusiones, ejercicios prácticos, tareas para la casa, teoría, videos y reuniones grupales de padre e hijos.

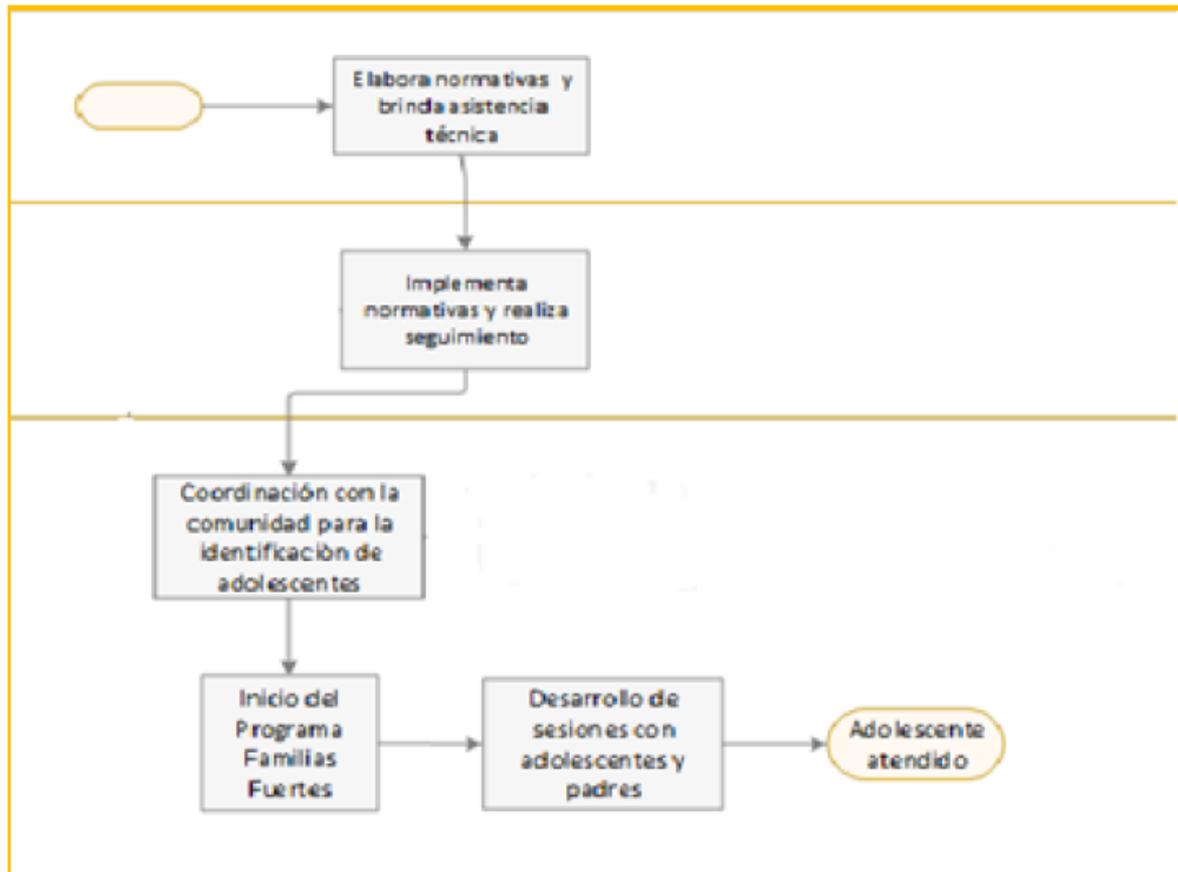
Implementación

Esta actividad se desarrolla en un grupo máximo de 15 adolescentes y sus respectivos padres (madre o padre) o cuidadores y tiene una duración de 120 minutos cada sesión. Los adolescentes son identificados en los establecimientos de salud con problemas relacionados con déficit en habilidades sociales con la finalidad de prevenir problemas de salud mental; es desarrollada por 2 o más profesionales de salud con 40 horas de capacitación y se desarrolla en el primer nivel de atención (I-3 y I-4).

La actividad comprende las siguientes sesiones:

- a. 07 sesiones dirigidos a padres, de los adolescentes (10-14 años)
- b. 07 sesiones para adolescentes, actividades que brindan fortalecimiento de sus capacidades para tener una mejor comunicación con sus padres
- c. 07 sesiones dirigidos a familiares, incluye actividades que procuran el bienestar de todos los miembros de la familia y la formación de familias

Gráfico 58. Flujo de procesos de la actividad Prevención familiar de conductas de riesgo en adolescentes familias fuertes: amor y límites



Fuente: Anexo N° 2 Contenidos Mínimos del Programa Presupuestal 0131 Control y prevención en salud mental. Elaboración: MINSA

En concreto el rol de los actores que conforman el proceso es el siguiente:

1. Nivel nacional (MINSA):
 - ✓ Elabora y aprueba el marco normativo para las intervenciones de la presente actividad.
 - ✓ Capacita a la DIRESA/GERESA/ en la implementación y fortalecimiento de la actividad
 - ✓ Realiza la asistencia técnica, monitoreo y supervisión del desarrollo de la presente actividad

2. Nivel nacional (DIRIS) y regiones:
 - ✓ Los EESS a partir del nivel I-3, están a cargo de la atención y del registro estadístico en el HIS
 - ✓ La DIRESA/GERESA capacita a las redes en la implementación y fortalecimiento de la actividad
 - ✓ Direcciones de redes y DIREAS/GERESAs realizan el monitoreo y control de la actividad.
 - ✓ DIRIS y DIREAS Establecimientos de salud especializados (INSM, hospitales especializados) hospitales generales, y los Centros de Salud Mental Comunitarios realizan acompañamiento clínico psicosocial

Indicadores

La actividad tiene un indicador de resultados, el cual consiste en el número de personas atendidas a través de las sesiones.

Población Objetivo

Adolescente entre 10 y 14 años de la institución educativa priorizada.

Actividad 5005201 Sesiones de entrenamiento en habilidades sociales para adolescentes, jóvenes y adultos

Dado que se están evaluando actividades presupuestales, la documentación técnica revisada por defecto está centrada en el Programa Presupuestal. Así, para el análisis de esta actividad se ha revisado la información en el Anexo 2 del Programa Presupuestal 0131 emitido por el Ministerio de Salud para el año 2021.

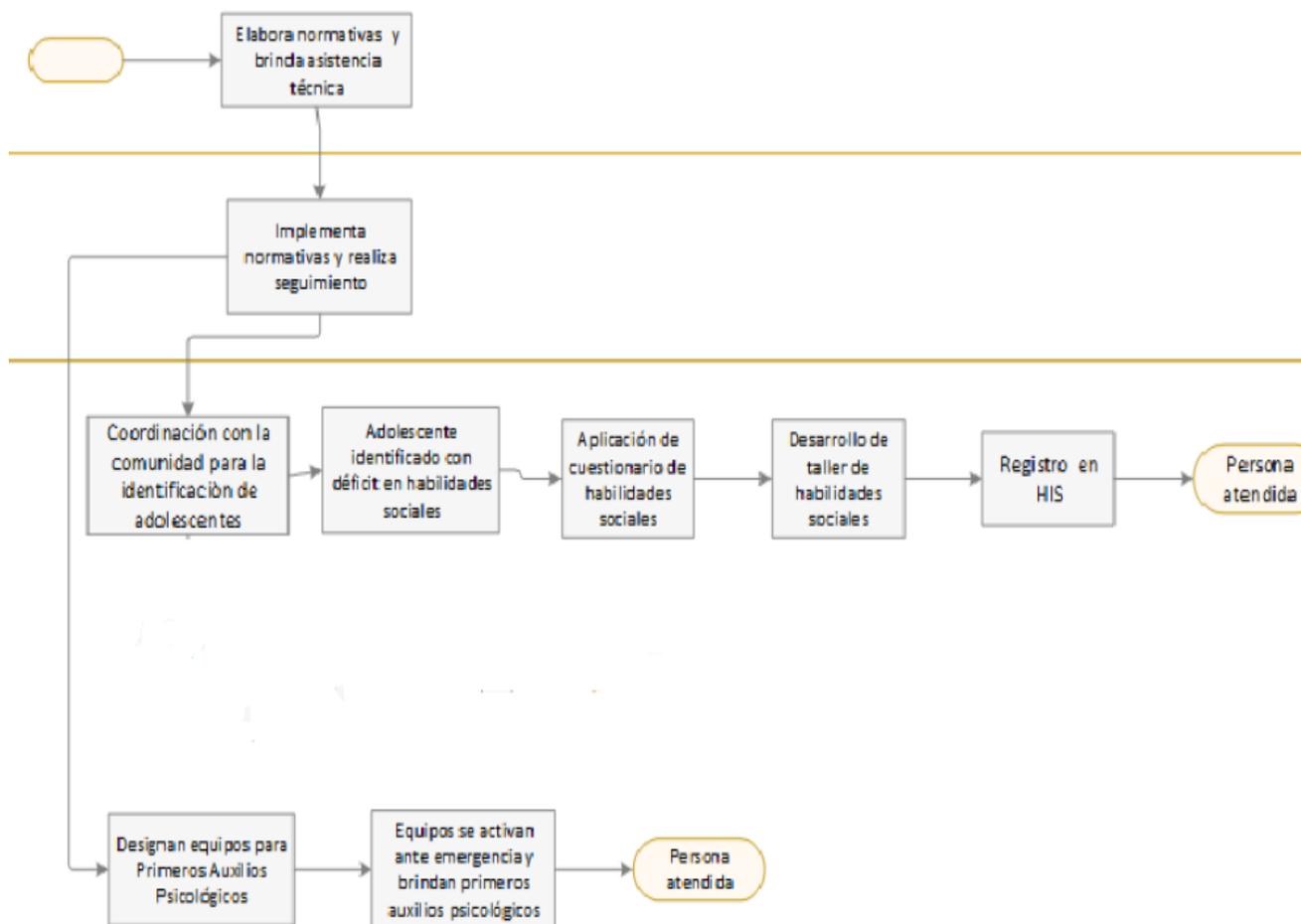
Son aquellas intervenciones llevadas a cabo por personal de la salud capacitado del primer nivel de atención con el objetivo de desarrollar habilidades sociales en adolescentes de 12 a 17 años.

Implementación

La actividad está dividida en dos subproductos: “Sesiones de entrenamiento en habilidades sociales para adolescentes, jóvenes y adultos” y “Primeros auxilios psicológicos en situaciones de crisis y emergencias humanitarias”. El primer subproducto consiste en sesiones monitoreadas por el profesional de psicología o responsable de salud mental del establecimiento de salud. Consiste en 10 sesiones de una duración de 45 minutos cada una, con grupos no mayores de 15 integrantes. Para identificar a los adolescentes que podrían formar parte de la población objetivo de la actividad se utiliza la información recabada en el tamizaje de la actividad 5006280. Esta última complementa el proceso por medio de la observación inicial para que luego pueda ser capturado a una intervención con mayor profundidad.

El segundo subproducto son intervenciones de acompañamiento desarrolladas por profesionales de psicología y otros profesionales de la salud capacitados (medicina, enfermería, obstetricia o trabajo social). Es desarrollada desde el primer nivel de atención incluyendo los centros de salud mental comunitaria.

Gráfico 59. Flujo de procesos de la actividad Sesiones de entrenamiento en habilidades sociales para adolescentes, jóvenes y adultos



Fuente: Anexo N° 2 Contenidos Mínimos del Programa Presupuestal 0131 Control y prevención en salud mental. Elaboración: MINSA

En concreto el rol de los actores que conforman el proceso es el siguiente:

1. MINSA:

- ✓ Provee documentos normativos y material educativo que estandarizan el proceso de entrega del subproducto.
- ✓ Capacita a la DIRESA/GERESA/ en la implementación y fortalecimiento de la actividad
- ✓ Realiza la asistencia técnica, monitoreo y supervisión del desarrollo de la presente actividad

2. DIRESAS, GERESAS, DIRIS:

- ✓ Adecua el marco normativo y los materiales educativos, cuando corresponda
- ✓ Difunde e implementa las normas
- ✓ Coordina el proceso de programación de las metas físicas y financieras del subproducto.
- ✓ Brinda asistencia técnica, monitoreo de las actividades y evalúa los resultados
- ✓ Conformar y oficializa con Resolución Directoral las brigadas de salud mental de acuerdo con la norma vigente

3. Unidades Ejecutoras:
 - ✓ Garantiza la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del subproducto
 - ✓ Mantiene actualizado el directorio del personal capacitado en primeros auxilios psicológicos
 - ✓ Ante la situación de crisis, comunica a los jefes de establecimientos de salud y solicita las facilidades pertinentes para el desplazamiento del personal de salud capacitado en primeros auxilios psicológicos
 - ✓ Organiza y conforma los equipos de salud mental para la respuesta frente a la situación de crisis bajo el liderazgo del coordinador de salud mental
 - ✓ Designa un jefe de campo y un alterno para organizar la respuesta, conformación de equipos de oferta fija y de oferta móvil, análisis de las acciones realizadas en la zona de emergencia.

4. Centro de Salud Mental Comunitaria:
 - ✓ Realiza el diagnóstico situacional de salud mental de la zona de emergencia e informa a la coordinadora de salud mental de la unidad ejecutora
 - ✓ Brinda atención especializada a las personas en crisis y a los equipos de respuesta.
 - ✓ Capacita en primeros auxilios psicológicos, de acuerdo a la norma vigente, al personal de primer nivel de atención no especializado (incluido el técnico), según sean sus necesidades de la población.
 - ✓ Realiza el acompañamiento clínico psicosocial al personal de salud de los establecimientos de salud de su jurisdicción y coordina estrategias conjuntas con los diferentes actores de la comunidad.
 - ✓ Brinda y organiza el soporte emocional a los equipos de primera respuesta en su ámbito de jurisdicción.

5. Establecimiento de Salud del I-2, a I-4 que cuenten con profesional capacitado:
 - ✓ Brinda los primeros auxilios psicológicos.
 - ✓ Brinda atención individual o grupal a las personas en situación de crisis circunstancial.
 - ✓ Registra las prestaciones de acuerdo al manual de registro y codificación de la atención.
 - ✓ Entrega reporte de personas atendidas por salud mental al jefe de campo de salud mental en la zona de intervención.

Indicadores

El indicador de la meta física de la actividad es la cantidad de personas atendidas en las sesiones de entrenamiento. Por otro lado, la actividad tiene asociado el indicador de desempeño "porcentaje de niñas, niños y adolescentes con déficits de habilidades sociales que reciben paquete de sesiones de habilidades sociales". Este indicador contempla el total de niños y adolescentes con tamizaje positivo en déficit de habilidades sociales, que inician y terminan el paquete de sesiones de entrenamiento en habilidades sociales en los establecimientos de salud de nivel I-3 y I-4.

Población Objetivo

Adolescentes de 12 a 17 años con tamizaje positivo en déficit de habilidades sociales.

Educación Sexual Integral

Para esta intervención se ha analizado la información del Currículo Nacional de Educación Básica (CNEB), además del documento “Lineamientos de Educación Sexual Integral para la Educación Básica” emitido por el Ministerio de Educación el año 2021. Además, se ha realizado un breve análisis del documento “[Lineamientos Educativos y Orientaciones Pedagógicas para la Educación Sexual Integral](#)” también emitido por el MINEDU el año 2008 como referencia de la aplicación previa de la ESI.

De acuerdo con el Currículo Nacional de Educación Básica, la Educación Sexual Integral es el espacio sistemático de enseñanza y aprendizaje que promueve valores, conocimientos, actitudes y habilidades para la toma de decisiones conscientes y críticas con relación al cuidado del propio cuerpo, las relaciones interpersonales, el ejercicio de la sexualidad. La ESI toma en cuenta las particularidades de cada etapa de desarrollo y considera las dimensiones biológica-reproductiva, socioafectiva, ética y moral. Está compuesta por cuatro componentes: (i) identidad y corporalidad, (ii) autonomía y autocuidado, (iii) pensamiento crítico y comportamiento ético, y (iv) afectividad y relaciones interpersonales.

Los objetivos de la Educación Sexual Integral, entendida como un proceso formativo, son:

- a. Contribuir al bienestar y desarrollo integral de las y los estudiantes
- b. Fortalecer la convivencia democrática, intercultural, igualitaria e inclusiva, libre de toda discriminación, exclusión y violencia
- c. Contribuir a la prevención de diversas problemáticas vinculadas a la vivencia de la sexualidad

Los documentos revisados sobre la Educación Sexual Integrada no presentan un esquema de Teoría de cambio, sin embargo, se pueden reconocer ciertas características, de acuerdo con las normas y lineamientos observados. Desde el MINEDU se brinda una justificación para la Educación Sexual Integral Básica, en ella se mencionan dificultades que presentan estudiantes relacionadas a la sexualidad. Así, se mencionan problemas sociales que vulneran los derechos humanos y sexuales como la violencia sexual, bullying homofóbico, acoso cibernético, acoso sexual, entre otros, los cuales tienen un impacto negativo sobre la trayectoria educativa del estudiante. Además, se menciona la capacidad formativa de la ESI para competencias del Currículo Nacional de Educación Básica relacionadas a la sexualidad. Y finalmente, se da importancia a los aportes de la ESI al fomento de la participación de miembros de la comunidad educativa.

Así, los problemas que se desean solucionar con la intervención propuesta son:

- Situaciones problemáticas relacionadas a la sexualidad en estudiantes.
- Desarrollo insuficiente de competencias relacionadas a la sexualidad en estudiantes.
- Participación insuficiente de la comunidad educativa.

Para ello en la ESI se plantean 3 objetivos:

- a. Contribuir al desarrollo de estudiantes en diferentes aspectos vinculados a la sexualidad

- b. Fortalecer la convivencia libre de discriminación, exclusión y violencia que afecte el desarrollo de identidad y sexualidad
- c. Contribuir a la prevención de diversas problemáticas vinculadas a la sexualidad

De acuerdo con lo que se menciona en el documento, la ESI se sustenta en evidencia de ciencias de la salud, psicología, sociología entre otros. Sin embargo, en la documentación revisada no se mencionan a los documentos técnicos de las áreas mencionadas.

Implementación

Para la implementación de la ESI se han presentado las siguientes acciones:

- a. Identificación de necesidades en relación con la ESI: cada I.E., como parte del diagnóstico que realiza, debe identificar determinadas necesidades en relación con la ESI, por ejemplo el número de casos de embarazos adolescentes presentados en los últimos años en la I.E, estadísticas vinculadas a las brechas de género, la tolerancia social hacia la violencia, el embarazo adolescente, la violencia contra la mujer, la trata de personas, u otros conocimientos, percepciones, actitudes, expectativas y/o necesidades vinculadas con la ESI.
- b. Incorporación de la ESI en los instrumentos de gestión según sea el caso: Luego de realizar la identificación de necesidades, se debe incorporar la ESI en la elaboración de los instrumentos de gestión: para el Proyecto Educativo Institucional (PEI) se debe analizar las características del contexto que influyen en la educación sexual integral y las necesidades, intereses y demandas formativas de las y los estudiantes, docentes, familias y demás miembros de la comunidad educativa, sobre ESI, considerando la atención a la diversidad; para el Proyecto Curricular Institucional deben incorporar aprendizajes vinculados a los componentes de la ESI considerando el análisis del diagnóstico institucional y la atención de la diversidad, lo cual implica realizar adaptaciones, adecuar o incorporar nuevos desempeños para el desarrollo de competencias vinculadas con la ESI, además de proponer orientaciones pedagógicas para la planificación, ejecución y evaluación de la educación sexual integral en el aula y en la institución educativa y programa educativo; para el Plan Anual de Trabajo se debe incorporar actividades contemplando las características de la ESI: actividades promocionales, actividades preventivas, actividades de fortalecimiento de capacidades de los miembros de la comunidad educativa, entre otras.
- c. Articulación con aliados de la comunidad: para lograr los objetivos planteados en el Plan Anual de Trabajo que contiene la implementación de la ESI, cada I.E. debe realizar el mapeo de aliados de la comunidad, como por ejemplo: Centros de salud, Centros de Emergencia Mujer (CEM), Centros de Salud Mental Comunitaria, fiscalías, dependencias policiales, instituciones religiosas, asociaciones culturales, clubes deportivos, organizaciones sociales de base, organizaciones no gubernamentales, empresas, redes educativas, universidades, entre otros.
- d. Fortalecimiento de competencias de directivos, docentes y otros miembros de la comunidad educativa: Luego de conocer las percepciones, actitudes y necesidades de formación de directivos, docentes, psicólogos y otros miembros de la comunidad educativa se deben llevar a cabo actividades que fortalezcan sus competencias. Dichas actividades pueden realizarse mediante, por ejemplo, espacios de trabajo colegiado, talleres de capacitación, webinar,

- videoconferencias o cursos de actualización, las cuales pueden realizar en articulación con los aliados de la comunidad.
- e. Búsqueda de recursos educativos vinculados con la ESI para estudiantes, familias, docentes y comunidad: Para lograr los objetivos en el Plan Anual de Trabajo, se sugiere identificar recursos educativos vinculados con la ESI que puedan ser empleados con las y los estudiantes y sus familias. Se recomienda que estos materiales sean propios de MINEDU, pudiéndose emplear videos, cartillas, guías, infografías, podcast, etc.
 - f. Incorporación de la ESI en articulación con el CNEB: Para abordar la ESI de manera pertinente es necesario vincularla con el desarrollo de 6 competencias del CNEB: “Construye su identidad”, “Se desenvuelve de manera autónoma a través de su motricidad”, “Interactúa a través de sus habilidades sociomotrices”, “Convive y participa democráticamente en la búsqueda del bien común”, “Construye interpretaciones históricas”, y “Asume una vida saludable”. Abordar la educación sexual integral implica tanto prevenir diversas problemáticas que pueden afectar el bienestar y desarrollo integral de las y los estudiantes; así como, fortalecer sus competencias para una convivencia democrática, igualitaria, intercultural e inclusiva que les permita una vivencia segura, responsable y saludable de la sexualidad. Asimismo, a través de la ESI se busca involucrar a directivos, docentes, psicólogos, familias y otros miembros de la comunidad educativa en la educación de las y los estudiantes. Por ello, para implementar la ESI de manera pertinente en la I.E. se sugiere que se asegure la incorporación de los cuatro componentes que la conforman: “identidad y corporalidad”, “autonomía y autocuidado”, “pensamiento crítico y comportamiento ético”, y “Afectividad y relaciones interpersonales”.
 - g. Acompañamiento y evaluación: Cada I.E. debe realizar el acompañamiento y monitoreo periódico de la implementación de la ESI, de acuerdo con las normativas vigentes, y comunique los avances y resultados a la comunidad educativa. Asimismo, se sugiere evaluar los resultados de la implementación de la ESI en la I.E. en cuanto a conocimientos, actitudes, percepciones, creencias, entre otros, tanto de las y los estudiantes como de sus familias, así como la medición de los indicadores vinculados con la problemática.

Estas acciones requieren un involucramiento no sólo de diversas direcciones del Ministerio de Educación, sino también de las escuelas mismas, centros aliados de la comunidad, estudiantes, padres de familia, entre otros. Coordinaciones a todos esos niveles requerirán de constante monitoreo y evaluación, lo cual puede dificultar la implementación.

Indicadores

En el CNEB o en los lineamientos de la ESI para la educación básica no se presentan indicadores para medir los resultados o el proceso de la Educación Sexual Integral. Sin embargo, en lineamientos del año 2008⁸⁴ se presentaron algunos indicadores que, si bien fueron considerados para la identificación de problemas, podrían ser utilizados como base para un nuevo conjunto de indicadores que permitan analizar la incidencia de la ESI. Entre estos indicadores se encuentra: directivos que tienen conocimientos de las normas relacionadas con la ESI, directivos que conocen el enfoque y las capacidades a desarrollarse en los estudiantes, docentes que manifiestan estar

⁸⁴ Ministerio de Educación (2008). Lineamientos educativos y orientaciones pedagógicas para la educación sexual integral

preparados para tratar temas de sexualidad con sus estudiantes, estudiantes que identifican las características de la reproducción humana, entre otros. Estos nuevos indicadores deben estar relacionados con la identificación de los problemas que trata la intervención, de manera que permita llevar un control adecuado del avance.

Articulación

Por otro lado, no se menciona una articulación entre las actividades por realizar de la ESI, sin embargo, en los lineamientos de la ESI para la Educación Básica sí se señalan dependencias entre estas actividades. Para la incorporación de la ESI en instrumentos de gestión es necesario primero realizar la identificación de necesidades, de manera que se modifiquen los documentos en las áreas que se requiera. Por otro lado, para el fortalecimiento de directivos y docentes es necesario una correcta identificación de necesidades y percepciones, pues con base en estas se debe realizar actividades que refuercen las competencias en dichos puntos.

Sin embargo, sí se menciona la necesidad que la ESI se encuentre articulada con el Currículo Nacional de Educación Básica (CNEB) por medio de las competencias a desarrollar en este último. En el diseño se ha considerado esta necesidad e incluso se brindan ejemplos de cómo se relaciona la ESI con cada una de las seis competencias del CNEB.

Población objetivo

En los documentos no se plantea una población objetivo, pero dado que es una intervención orientada al currículo escolar a nivel nacional, la población objetivo debería ser la totalidad de los estudiantes de la Educación Básica y sus familias. Otra forma de poder plantear la población objetivo es al nivel de escuela atendida, sin embargo, para ello será necesario definir un indicador que permita identificar a las escuelas que hayan cumplido lo propuesto por la ESI.

11.3.2 Intervenciones de presunta incidencia indirecta

Programa Presupuestal 0016 TBC-VIH/SIDA

Este PP busca eliminar la tuberculosis, VIH SIDA, hepatitis y la sífilis como problema de salud pública. Tiene como población objetivo principalmente a aquella mayor de 15 años, afectada por tuberculosis en cualquiera de sus formas; a hombres y mujeres entre 12 y 49 años sexualmente activos con factores de riesgo para infección por VIH; a usuarios de los servicios de salud del MINSA o con conductas de riesgo, especialmente varones jóvenes; a niños y gestantes con diagnóstico de VIH, sífilis y hepatitis B, y en general a población clave: hombres que tienen sexo con hombres, trabajadora (e)s sexuales, población privada de libertad, entre otras

Actividad 5000070: Entregar a población adolescente información sobre infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA

La actividad comprende al conjunto de intervenciones normadas por el Ministerio de Salud que contribuyen a disminuir conductas sexuales de riesgo orientada a la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y el virus del VIH. Así, están consideradas las orientaciones/consejerías, sesiones educativas, y en los adolescentes en riesgo la oferta de pruebas de tamizaje para ITS (sífilis y HB) y VIH, entrega de preservativos, pruebas de diagnóstico de ITS (sífilis y HB) y VIH –confirmación en

adolescentes que resultaran reactivos, vinculación a los servicios de TAR para el manejo integral, tratamiento y seguimiento de casos.

La población objetivo son los adolescentes de 12 a 17 años para la consejería y población de 14 a 17 años para el tamizaje y son atendidos por personal de salud que debe tener una capacitación no menor a 24 horas una vez al año. Para medir el desarrollo de la actividad se utiliza el indicador de producción física "Número de adolescentes informadas para ITS y VIH", la cual es medida a través del SIGA PPR

Programa Presupuestal 0049 Programa nacional de apoyo directo a los más pobres.

Este PP tienen como objetivo principal lograr que gestantes, niños, adolescentes y jóvenes hasta 19 años, en hogares en situación de pobreza prioritariamente de las zonas rurales, accedan informados a los servicios de salud, nutrición y educación. La población objetivo está conformada por Hogares con Gestantes, Niños, adolescentes y jóvenes hasta 19 años, en hogares en situación de pobreza prioritariamente de las zonas rurales

Actividad 5004902: Entrega de incentivos monetarios condicionados a hogares usuarios en situación de pobreza.

La actividad consiste en el abono del incentivo, por parte del Programa Juntos, en periodos bimensuales, la cantidad de S/ 100.00 o S/ 200.00 dependiendo del cumplimiento de corresponsabilidades de uno o dos meses, el cual no genera costos financieros para el usuario, ni intereses sobre el saldo acumulado por el abono. El monto transferido está determinado por el período sobre el cual se haya verificado el cumplimiento de corresponsabilidades de los miembros objetivos del hogar.

En el caso de hogares con estudiantes las corresponsabilidades están asociadas con estar matriculados y permanecer en el sistema educativo escolar en todas las modalidades de Educación Básica, según la normatividad y protocolos del sector Educación; dicha escolaridad es verificada de acuerdo con la asistencia escolar. Para el periodo vacacional normado por el sector Educación, se considera el resultado de la verificación de cumplimiento de corresponsabilidades inmediata anterior.

Azevedo et. al (2012) mencionan que la pobreza es un factor de riesgo que aumenta las opciones de tener un embarazo adolescente, por ello programas cuyo objetivo sea la reducción de la pobreza monetaria tienen un efecto indirecto sobre el embarazo adolescente.

Para la intervención se presentan evidencias de la efectividad de los programas de Transferencias Monetarias Condicionadas sobre diferentes variables, incluidas pobreza, deserción escolar, vulnerabilidad en la infancia, entre otras, pero no se tiene mención de efectos sobre embarazo adolescente.

Actividad 5004948: Entrega de Incentivos Monetarios Condicionados a Estudiantes de Hogares Usuarios.

La actividad consiste en la entrega de un incentivo monetario anual de S/300, a estudiantes de 14 años o más, procedentes de hogares JUNTOS afiliados en el año que corresponde la determinación del incentivo, por haber aprobado el respectivo grado de nivel secundario en el que estuvieron matriculados, y ubicados en el Valle de los ríos Apurímac, Ene y Mantaro (VRAEM) u otra zona que se determine. Así mismo, si cada

uno de los hijos o hijas que haya aprobado, se ubicara en el tercio superior del respectivo grado del nivel secundario en el que estuvo matriculado, con una nota promedio no menor a 14, recibe un incentivo adicional de S/200 al anterior mencionado.

Dado que las intervenciones que reduzcan la deserción escolar y promuevan la asistencia continua a clases podrían tener incidencia sobre el embarazo adolescente, se ha considerado a los programas de transferencias condicionadas. De acuerdo con lo mencionado en el estudio de López Calva y Perova (2012) la asistencia a la escuela podría ser uno de los mecanismos, por los cuales podría existir una menor tasa de embarazo para beneficiarios de Juntos.

Programa Presupuestal orientado a Resultados de Reducción de violencia contra la mujer

Este PPoR es un instrumento de gestión técnico-presupuestal, del Sistema Nacional para la Prevención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar, de carácter multisectorial e intergubernamental, orientado a la reducción de la violencia contra las mujeres mediante la implementación de intervenciones efectivas, basadas en evidencia científica, en materia de prevención, atención y protección. En concreto se busca reducir la violencia física, sexual y psicológica en relación de pareja, el feminicidio íntimo de pareja, la violencia sexual contra niñas, adolescentes y mujeres fuera de la relación de pareja y el acoso sexual

Es una estrategia reciente, aprobada mediante Resolución Suprema N° 024-2019-EF y desde su creación en el año 2019 y, su posterior implementación en el año 2020, que ha implicado desplegar una serie de esfuerzos intersectoriales e intergubernamentales, liderados por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, en coordinación con el Ministerio de Economía y Finanzas, para dar cumplimiento a las metas y compromisos establecidos en el años 2020; así como, para la programación prevista para el año 2021. Dado el corto tiempo de que tiene, este PpoR productos se van implementando progresivamente (algunos son nuevos, otros provienen de otros PP), por lo que algunos todavía no reciben financiamiento.

Producto 3000898: Niños vivencian experiencias de aprendizaje para desarrollar sus competencias en prevención de la violencia sexual

La actividad, cuya responsabilidad recae en el Ministerio de Educación, consiste en la aplicación de talleres escolares, de capacitación en habilidades conductuales para niñas y niños preescolares y escolares de primaria (entre 3 y 12 años en promedio). En ellos se les informa sobre la privacidad del cuerpo. Las habilidades específicas incluyen la identificación y verbalización por parte de los niños ante la incomodidad y el miedo, el reconocimiento de situaciones abusivas, aprender a decir no, y contarle a un adulto de confianza sobre el abuso.

De acuerdo con un estudio realizado en diversos países por la OMS en el 2005, más del 30% de las niñas mencionaron que su primera relación fue bajo coacción. Por ello, intervenciones que traten reducir la violencia sexual, mediante el desarrollo de habilidades que permitan la prevención en edad temprana tienen una incidencia en el embarazo adolescente.

El producto está basado en dos estudios: Davis y Gidycz (2000), y Fryda y Hume (2015). A través de ambos documentos se determina la efectividad de este tipo de talleres sobre el desarrollo de competencias en prevención de la violencia sexual.

Actividad 3000907: Estudiantes de secundaria de 11 a 17 años y extra edad, vivencian experiencias de aprendizaje para desarrollar sus competencias en prevención del acoso y de la violencia sexual

La actividad está compuesta por sesiones escolares para el desarrollo habilidades conductuales y socio emocionales dirigidas a prevenir la violencia sexual, la violencia de pareja y el consumo de sustancias en la adolescencia para adolescentes (entre 11 y 19 años en promedio). Está constituida por 4 servicios: Charla única de 45 minutos sobre las actitudes de coerción sexual e influencia del género y la educación en sus percepciones sobre la violación, 7 sesiones de e capacitación, individuales y familiares según modelo biopsicosocial, programa “Safe Dates”, y el programa “Dating Matters”.

Si bien la intervención no cuenta con evidencia relacionada con la efectividad de la intervención con el embarazo adolescente, su desarrollo sí involucró la revisión de evidencia internacional. En específico, los estudios de Morrison, et. al (2004), Feltey, et. al (1991), Spoth (2001), De La Rue, et. al (2017), y Niolon, et. al (2019) son presentados como justificación para los servicios ofrecidos en la actividad.

Actividad 3000900: Mujeres adolescentes participan en servicios que incrementan su autonomía económica y desarrollan competencias para prevenir la violencia

La actividad a cargo del Ministerio de la Mujer consiste en la capacitación a mujeres adolescentes y jóvenes (14 a 24 años) para desarrollar habilidades personales (autonomía física, autonomía sexual y reproductiva, autonomía en la toma de sus decisiones) y habilidades vocacionales relacionadas a actividades generadoras de ingresos, con un especial énfasis para el trabajo por cuenta propia. Esta actividad viene implementándose desde el 2020

La intervención está basada en el estudio Bandiera, et. al (2012). No se presenta evidencia relacionada con la efectividad de la intervención con el embarazo adolescente.

Actividad 3000909 Niñas, niños y adolescentes víctimas directas e indirectas de maltrato infantil y violencia sexual con problemas de conducta sexual, reciben tratamiento cognitivo-conductuales adecuados

La actividad está conformada por la entrega de 4 servicios diferentes que serán entregados de acuerdo con la situación del niño, niña o adolescente. Estos cuatro servicios son:

- Tratamientos psicológicos cognitivo-conductuales centrados en el trauma combinados con terapia de apoyo y elementos psicodinámicos para niñas, niños y adolescentes abusados sexualmente
- Tratamientos psicológicos cognitivo-conductuales, con sesiones, individuales y en díada, para niños abusados sexualmente con involucramiento de madre/padre/cuidadores (no agresores)
- Tratamientos psicoterapéuticos conductuales enfocados y dirigidos a niños víctimas de maltrato infantil.
- Terapia Grupal Cognitivo Conductual (TGCC) para niños preadolescentes con problemas de conducta sexual

Si bien la intervención no cuenta con evidencia relacionada con la efectividad de la intervención con el embarazo adolescente, su desarrollo sí involucró la revisión de evidencia internacional. En específico, los estudios de Sanchez-Meca, et. al (2011),

Corcoran y Pillai (2008), Skowron y Reinemann (2005), y Carpentier, et. al (2006) son presentados como justificación para los servicios ofrecidos en la actividad.

Programa Presupuestal 0122 Acceso y permanencia de población con alto rendimiento académico a una educación superior de calidad

Actividad 5004960: Entrega de Beca Integral en la Modalidad Ordinaria

De acuerdo con el Anexo 2 del PP 0122, la actividad consiste en “asegurar el otorgamiento oportuno de las subvenciones por manutención a los becarios de la modalidad ordinaria (nacional e internacional), y pagos académicos del servicio brindado por las instituciones de educación superior” (PRONABEC, 2019, p. 85). Esta se realiza a través del Programa Nacional de Becas y Créditos Educativos – PRONABEC.

Un factor que influye indirectamente al embarazo adolescente es la falta de oportunidades de las jóvenes. Del Mastro (2021) señala que, para el caso de la Amazonía Peruana, las características entre madres adultas y adolescentes no son muy diferentes. Ambos grupos no tienen oportunidades profesionales ni educativas, por lo que dependen económicamente de hombres lo que, junto con una valorización de la maternidad, las lleva al embarazo. La única diferencia entre ambos grupos es que las adolescentes tienen menos poder de elección sobre decisiones reproductivas. Así, la entrega de becas brindaría un mayor abanico de oportunidades para las adolescentes, de manera que la incidencia del embarazo adolescente se reduzca.

La intervención no cuenta con evidencia relacionada con el embarazo adolescente, sin embargo, sí se realizó una revisión de la evidencia nacional e internacional para verificar la relación positiva entre la entrega de becas y el incremento en el acceso, permanencia y culminación en educación superior de calidad de población con alto rendimiento académico y en proceso de inclusión social. En el análisis de las alternativas encuentran 8 estudios que muestran la relación positiva.

Actividad 5004963: Entrega de Beca Integral en la Modalidad Especial

Según el anexo 2 del PP 0122, la actividad consiste en “asegurar el otorgamiento oportuno de las subvenciones por manutención a los becarios de la modalidad especial o poblaciones vulnerables: albergue, FF.AA., VRAEM, Huallaga, EIB, REPARED, y CNA, y pagos académicos del servicio brindado por las instituciones de educación superior” (PRONABEC, 2019, p. 85). Esta se realiza a través del Programa Nacional de Becas y Créditos Educativos – PRONABEC.

La intervención no cuenta con evidencia relacionada con el embarazo adolescente, sin embargo, sí se realizó una revisión de la evidencia nacional e internacional para verificar la relación positiva entre la entrega de becas y el incremento en el acceso, permanencia y culminación en educación superior de calidad de población con alto rendimiento académico y en proceso de inclusión social. En el análisis de las alternativas encuentran 8 estudios que muestran la relación positiva.

Actividad 5006250: Seguimiento del crédito educativo

De la misma manera, la actividad, consiste en la “etapa en la que se tiene como producto final la entrega de los servicios que se brindan a los beneficiarios del crédito educativo en función a sus necesidades académicas y socio afectivas que conllevan a un nivel de riesgo identificados y monitoreado” (p. 129). Igualmente, también incluye la “gestión de

recuperación del crédito otorgado posterior a la culminación de los estudios académicos” (PRONABEC, 2019, p.129). Esta se realiza a través del Programa Nacional de Becas y Créditos Educativos – PRONABEC.

La intervención cuenta con una revisión de la evidencia nacional e internacional para verificar la relación positiva entre la entrega de créditos y el incremento en el acceso, permanencia y culminación en educación superior de calidad de población con alto rendimiento académico y en proceso de inclusión social. En el análisis de las alternativas encuentran 8 estudios que muestran la relación positiva, sin embargo, ninguna de estas intervenciones señala alguna relación con el embarazo adolescente.

Programa Presupuestal 0116 Mejoramiento de la empleabilidad e inserción laboral – PROEMPLEO

Actividad 5006247: Atención de servicios de intermediación laboral

La actividad está conformada por un conjunto de servicios que se brindan al usuario forman parte del proceso de intermediación laboral. Esta se define como el proceso cuya finalidad es vincular la oferta laboral (buscadores de empleo) y la demanda laboral (empresas) a través del recojo de información de las partes interesadas, de tal manera que los primeros encuentren un puesto de trabajo y los segundos cubran sus vacantes, mediante la provisión de servicios de promoción del empleo. Los servicios ofrecidos son los siguientes:

- Bolsa de Trabajo: Dirigido a ciudadanos que se encuentran en búsqueda de empleo y requieren de apoyo en intermediación laboral para su colocación.
- Asesoría para la búsqueda de empleo; Dirigido a ciudadanos que requieren fortalecer sus capacidades para una efectiva búsqueda de empleo que incremente sus posibilidades de inserción laboral.
- Acercamiento Empresarial: Recoge y registra la demanda laboral inmediata y futura de las empresas para dotarlas de personal desde la bolsa de trabajo.
- Certijoven: es un servicio gratuito dirigido a jóvenes entre 18 a 29 años cumplidos. Consiste en la entrega de un documento que integra información relevante para la contratación laboral a fin de facilitar su inserción en el mercado de trabajo a nivel nacional.

Este tipo de programas tienen un efecto en las expectativas de su futuro, lo cual genera cambios en su comportamiento. Ibarra et. al (2012) evaluaron el programa Juventud y Empleo en República Dominicana, el cual se encontraba orientado a jóvenes entre 16 y 29 años. Si bien encuentran resultados mixtos en las variables relacionadas a lo laboral, sí encuentran efectos significativos a la probabilidad de estar embarazada. Asimismo, Novella y Ripani (2015), al realizar un análisis del mismo programa, encontraron que redujo en 8 pp. la probabilidad de embarazo adolescente de las participantes. Por lo tanto, programas orientados a la empleabilidad tienen una incidencia en el embarazo adolescente.

Se analizaron dos estudios como parte de la narrativa de evidencia para las alternativas planteadas: el estudio de González-Velosa, Ripani, y Rosas-Shady (2012) y el realizado por Saavedra y Chacaltana (2011). El primero consiste en un análisis de programas que buscan incrementar la empleabilidad de los jóvenes a través de la capacitación, mientras que el segundo es un análisis de las características demográficas y socioeconómicas más importantes de los jóvenes que viven en las ciudades con hogares pobres y se analiza su perfil educativo y de capacitación, así como de sus formas de inserción en el mercado de trabajo.

11.3.3 Reflexión final sobre el nivel de incidencia de las intervenciones presentadas

A continuación, a partir de la información descrita en los capítulos precedentes, se propone una clasificación de las intervenciones identificadas según su grado de incidencia (directa, indirecta o sin incidencia) sobre la prevención del embarazo adolescente. Para ello, se establecen tres criterios bajo los cuáles serán analizadas todas las actividades descritas. Los criterios considerados son los siguientes:

1. Población objetivo. Para ser considerada de incidencia directa es necesario que la población objetivo de la intervención sea predominantemente la adolescente.
2. Propósito. Para ser considerada de incidencia directa es necesario, además, que el propósito de la intervención esté fuertemente vinculado con la atención de la problemática del embarazo adolescente. Una forma de parametrizar este criterio podría darse preguntándose si es que sería pertinente que la intervención analizada tuviese como parte de sus indicadores de resultado (sea este inmediato, intermedio o final) la reducción del embarazo adolescente.
3. Evidencia. Para ser considerada de incidencia directa es necesario, además, que la intervención forme parte de los tipos de intervenciones efectivas de acuerdo con la evidencia disponible. Si se toma como marco de referencia el de la OMS (WHO, 2011), las intervenciones de incidencia directa tendrían que estar vinculadas con alguna de las 4 grandes líneas de acción identificadas en dicho documento para la prevención del embarazo adolescente:
 - i. **Limitar el matrimonio temprano**, antes de los 18 años (prohibir el matrimonio temprano, mantener a las niñas en la escuela, influir sobre las normas culturales que apoyen el matrimonio temprano);
 - ii. **Crear comprensión y apoyo** para reducir los embarazos antes de los 20 años (apoyar los programas de prevención del embarazo adolescente, educar a los niños sobre sexualidad, conseguir el apoyo de la comunidad para evitar el embarazo precoz);
 - iii. Aumentar el **uso de anticonceptivos** por parte de los adolescentes (legislar el acceso a la información y los servicios de anticoncepción, reducir el costo de los anticonceptivos para las adolescentes, educar a las y los adolescentes sobre el uso de anticonceptivos, posibilitar a las adolescentes el acceso a los servicios de anticoncepción);
 - iv. **Reducir las relaciones sexuales bajo coacción** en las adolescentes (prohibir las relaciones sexuales forzadas, empoderar a las niñas para que se resistan a las relaciones sexuales forzadas, influir sobre las normas sociales que condonan las relaciones sexuales bajo coacción, invitar a los varones a cuestionar las normas y prácticas de género).

En tal sentido, se propone que, para catalogar a una intervención de incidencia directa, sea necesario que los tres criterios se cumplan. Si es que solo 2 de los 3 criterios se cumple, se cataloga como de incidencia indirecta. Por último, se propone que una intervención sea excluida del análisis posterior si es que se identifica que solo cumple con 1 de los criterios definidos o menos, lo cual reflejaría que no tiene incidencia sobre la prevención del embarazo adolescente. A continuación, se describe brevemente el análisis realizado para cada intervención descrita en las secciones previas, para catalogar su grado de incidencia.

Actividad/PP	Público objetivo	Propósito	Evidencia	Incidencia
Actividad 5000059: Brindar información sobre salud sexual y reproductiva y métodos de planificación familiar (Programa Presupuestal 0002: Salud Materno Neonatal)	Población Nacional (no cumple)	Informar a la población sobre salud sexual y métodos de planificación familiar (cumple)	Aumentar el uso de anticonceptivos por parte de los adolescentes Crear comprensión y apoyo para reducir los embarazos antes de los 20 años (cumple)	Indirecta
Actividad 5000043: Mejoramiento del acceso de la población a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva. (Programa Presupuestal 0002: Salud Materno Neonatal)	Mujeres en edad fértil (no cumple)	Aumentar el número de mujeres que reciben consejería en salud sexual y reproductiva (cumple)	Aumentar el uso de anticonceptivos por parte de los adolescentes Crear comprensión y apoyo para reducir los embarazos antes de los 20 años (cumple)	Indirecta
Actividad 5000058: Brindar servicios de salud para prevención del embarazo en adolescentes. (Programa Presupuestal 0002: Salud Materno Neonatal)	Mujeres adolescentes (cumple)	Prevenir el embarazo no planificado en mujeres adolescentes (cumple)	Aumentar el uso de anticonceptivos por parte de los adolescentes Crear comprensión y apoyo para reducir los embarazos antes de los 20 años (cumple)	Directa
Actividad 5000042: Mejoramiento del acceso de la población a métodos de planificación familiar (Programa Presupuestal 0002: Salud Materno Neonatal)	Parejas en edad fértil (no cumple)	Facilitar a la población diferentes métodos de planificación familiar, mediante la entrega de anticonceptivos (cumple)	Aumentar el uso de anticonceptivos por parte de los adolescentes Crear comprensión y apoyo para reducir los embarazos antes de los 20 años (cumple)	Indirecta
Actividad 5005984: Promoción de prácticas saludables para el cuidado de la salud sexual y reproductiva en familias (Programa Presupuestal 0002: Salud Materno Neonatal)	Familias con gestantes, puérperas y adolescentes (no cumple)	Impulsar en las familias el cuidado de la salud sexual y reproductiva (cumple)	Aumentar el uso de anticonceptivos por parte de los adolescentes Crear comprensión y apoyo para reducir los embarazos antes de los 20 años (cumple)	Indirecta
Actividad 5005985: Capacitación a actores sociales que promueven la salud sexual y reproductiva (Programa Presupuestal 0002: Salud Materno Neonatal)	Docentes de EBR y municipios (no cumple)	Promover en la comunidad la salud sexual y reproductiva a través de capacitaciones (cumple)	Crear comprensión y apoyo para reducir los embarazos antes de los 20 años (cumple)	Indirecta
Actividad 5006280: Tamizaje de niños de 0 a 17 años con déficit en sus habilidades sociales, trastornos mentales y del comportamiento y/o problemas psicosociales propios de la infancia y la adolescencia (Programa Presupuestal	Niños y adolescentes entre 0 y 17 años (cumple)	Detectar niños y adolescentes con problemas psicosociales y/o trastornos de salud mental detectadas (no cumple)	Crear comprensión y apoyo para reducir los embarazos antes de los 20 años Reducir las relaciones sexuales bajo coacción en las adolescentes (cumple)	Indirecta

Actividad/PP	Público objetivo	Propósito	Evidencia	Incidencia
0131: Control y Prevención en Salud Mental)				
Actividad 5005190: Tratamiento ambulatorio de personas con trastornos afectivos (depresión y conducta suicida) y de ansiedad (Programa Presupuestal 0131: Control y Prevención en Salud Mental)	Personas diagnosticadas con trastornos afectivos (no cumple)	Brindar a personas con trastornos afectivos y de ansiedad un tratamiento para su mejoría (no cumple)	(no cumple)	No tiene
Actividad 5005200 Prevención familiar de conductas de riesgo en adolescentes familias fuertes: amor y límites (Programa Presupuestal 0131: Control y Prevención en Salud Mental)	Adolescentes (10 a 14 años) y sus padres (madre o padre) o cuidadores (cumple)	Prevenir problemas de salud mental en adolescentes con problemas relacionados con déficit en habilidades sociales (no cumple)	Crear comprensión y apoyo para reducir los embarazos antes de los 20 años Reducir las relaciones sexuales bajo coacción en las adolescentes (cumple)	Indirecta
Actividad 5005201: Sesiones de entrenamiento en habilidades sociales para adolescentes, jóvenes y adultos (Programa Presupuestal 0131: Control y Prevención en Salud Mental)	Adolescentes de 12 a 17 años con tamizaje positivo en déficit de habilidades sociales (cumple)	Reducir el déficit de habilidades sociales en niños mediante paquete de sesiones (no cumple)	Crear comprensión y apoyo para reducir los embarazos antes de los 20 años Reducir las relaciones sexuales bajo coacción en las adolescentes (cumple)	Indirecta
Educación Sexual Integrada	Estudiantes de educación básica (cumple)	Fortalecer la toma de decisiones conscientes y críticas con relación al cuidado del propio cuerpo, las relaciones interpersonales y el ejercicio de la sexualidad (cumple)	Crear comprensión y apoyo para reducir los embarazos antes de los 20 años Reducir las relaciones sexuales bajo coacción en las adolescentes (cumple)	Directa
Actividad 5000070: Entregar a población adolescente información sobre infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA (Programa Presupuestal 0016 TBC-VIH/SIDA)	Adolescentes entre 12 a 17 años (cumple)	Disminuir conductas sexuales de riesgo orientada a la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y el virus del VIH (no cumple)	Aumentar el uso de anticonceptivos por parte de los adolescentes (cumple)	Indirecta

Actividad/PP	Público objetivo	Propósito	Evidencia	Incidencia
Actividad 5004902: Entrega de incentivos monetarios condicionados a hogares usuarios en situación de pobreza (Programa Presupuestal 0049 Programa nacional de apoyo directo a los más pobres)	Hogares en condición de pobreza con miembros en la niñez o adolescencia (cumple)	Incrementar la demanda de los servicios de salud y educación, así como aliviar la pobreza de la población peruana (no cumple)	Limitar el matrimonio antes de los 18 años. (cumple)	Indirecta
Actividad 5004948: Entrega de Incentivos Monetarios Condicionados a Estudiantes de Hogares Usuario (Programa Presupuestal 0049 Programa nacional de apoyo directo a los más pobres)	Hogares en condición de pobreza con estudiante (cumple)	Incrementar la demanda de los servicios de educación, así como aliviar la pobreza de la población peruana (no cumple)	Limitar el matrimonio antes de los 18 años. (cumple)	Indirecta
Producto 3000898: Niños vivencian experiencias de aprendizaje para desarrollar sus competencias en prevención de la violencia sexual (Programa Presupuestal orientado a Resultados de Reducción de violencia contra la mujer)	Niños entre 0 y 11 años (no cumple)	Informar a niños sobre la privacidad del cuerpo mediante el desarrollo de habilidades específicas para la prevención de violencia sexual (no cumple)	Crear comprensión y apoyo para reducir los embarazos antes de los 20 años Reducir las relaciones sexuales bajo coacción en las adolescentes (cumple)	No tiene
Actividad 3000907: Estudiantes de secundaria de 11 a 17 años y extra edad, vivencian experiencias de aprendizaje para desarrollar sus competencias en prevención del acoso y de la violencia sexual	Estudiantes de secundaria de 11 a 17 años y estudiantes de extra edad (cumple)	Desarrollar habilidades conductuales y socio emocionales para prevenir la violencia sexual, de pareja y el consumo de sustancias en la adolescencia (cumple)	Crear comprensión y apoyo para reducir los embarazos antes de los 20 años Reducir las relaciones sexuales bajo coacción en las adolescentes (cumple)	Directa
Actividad 3000900: Mujeres adolescentes participan en servicios que incrementan su autonomía económica y desarrollan competencias para prevenir la violencia	Mujeres entre 12 a 24 años (cumple)	Desarrollar habilidades personales y habilidades vocacionales relacionadas a actividades generadoras de ingresos (no cumple)	(no cumple)	No tiene
Actividad 300090: Niñas, niños y adolescentes víctimas directas e indirectas de maltrato infantil y violencia sexual con problemas de conducta sexual, reciben tratamiento cognitivo-conductuales	Niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato infantil y violencia familiar (cumple)	Entregar sesiones completas de tratamientos especializados cognitivo-conductuales a niñas, niños y adolescentes víctimas de maltrato	(no cumple)	No tiene

Actividad/PP	Público objetivo	Propósito	Evidencia	Incidencia
adecuados		infantil o violencia sexual (no cumple)		
Actividad 5004960: Entrega de Beca Integral en la Modalidad Ordinaria	Estudiantes y egresados de la EBR entre 17 y 23 años (no cumple)	Entrega y seguimiento de becas de educación superior a jóvenes pobres de alto rendimiento (no cumple)	(no cumple)	No tiene
Entrega de Beca Integral en la Modalidad Especial (Programa Presupuestal 0122 Acceso y permanencia de población con alto rendimiento académico a una educación superior de calidad)	Estudiantes y egresados de la EBR y EBA mayores de 17 años (no cumple)	Entrega y seguimiento de becas de educación superior a jóvenes vulnerables de alto rendimiento (no cumple)	(no cumple)	No tiene
Actividad 5004963: Seguimiento del crédito educativo (Programa Presupuestal 0122 Acceso y permanencia de población con alto rendimiento académico a una educación superior de calidad)	Estudiantes y egresados de la EBR entre 17 y 23 años (no cumple)	Entrega y seguimiento de créditos educativos (no cumple)	(no cumple)	No tiene
Actividad 5006247: Atención de servicios de intermediación laboral (Programa Presupuestal 0116 Mejoramiento de la empleabilidad e inserción laboral – PROEMPLO)	Población Económicamente Activa subempleada y desempleada (no cumple)	Vincular la oferta laboral y la demanda laboral mediante la provisión de servicios de promoción del empleo (no cumple)	(no cumple)	No tiene

De todas las intervenciones inicialmente consideradas como de “presunta incidencia directa” o de “presunta incidencia indirecta”, se puede concluir que, luego de la aplicación de los criterios descritos en esta sección, únicamente tres intervenciones podrían ser catalogadas como de incidencia directa en la prevención del embarazo adolescente:

- 1) Actividad 5000058 (3000005): Brindar servicios de salud para prevención del embarazo en adolescentes, del PP 0002 Programa Presupuestal 0002: Salud Materno Neonatal Programa Presupuestal

Su consideración como intervención de incidencia directa se justifica por el hecho de que sus servicios están dirigidos exclusivamente a la atención de las adolescentes de 12 a 14 años y de 15 a 17 años con el fin de prevenir el embarazo no planificado durante esta etapa, siendo una de las principales intervenciones que el Estado Peruano ha implementado para atender esta problemática.

Comprende un paquete integral o intervención múltiple de servicios de salud

desarrollado por el profesional médico, obstetra u otro profesional calificado en salud sexual y reproductiva; que incluye la orientación y consejería en salud sexual y reproductiva, la evaluación clínica, exámenes de laboratorio, sesiones educativas en salud sexual y reproductiva.

Cabe señalar que esta intervención cuenta con indicador de desempeño “Porcentaje de embarazo en adolescentes”, definido como el porcentaje de mujeres adolescentes de 15 a 19 años que ya estuvo alguna vez embarazada (se considera las que ya son madres y las que están gestando por primera vez) respecto al total de mujeres adolescentes de 15 a 19 años, información recogida anualmente a través de la ENDES.

2) Educación Sexual Integral

Su inclusión como incidencia directa está justificada por el hecho de que a través de esta intervención dirigida a estudiantes de la educación básica se promueven valores, conocimientos, actitudes y habilidades para la toma de decisiones conscientes y críticas con relación al cuidado del propio cuerpo, las relaciones interpersonales, el ejercicio de la sexualidad. De esta forma, se incide en el aspecto educacional que ayuda a mermar directamente el riesgo de tener un embarazo en edad temprana.

- 3) Actividad 3000907: Estudiantes de secundaria de 11 a 17 años y extra-edad, vivencian experiencias de aprendizaje para desarrollar sus competencias en prevención del acoso y de la violencia sexual; perteneciente al Programa Presupuestal orientado a Resultados de Reducción de violencia contra la mujer.

Su consideración como intervención de incidencia directa está justificada al ser una actividad dirigida exclusivamente para adolescentes, compuesta por sesiones escolares para el desarrollo habilidades conductuales y socio emocionales dirigidas a prevenir la violencia sexual, la violencia de pareja y el consumo de sustancias en la adolescencia. Esta intervención se alinea claramente con el objetivo de reducir las relaciones sexuales bajo coacción las cuales, al no ser consentidas, se dan sin protección y pueden llevar a un embarazo no intencional.

Asimismo, bajo los criterios antes descritos se consideran de incidencia indirecta las siguientes intervenciones: Actividad 5000059: Brindar información sobre salud sexual y reproductiva y métodos de planificación familiar, Actividad 5000043: Mejoramiento del acceso de la población a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva, Actividad 5000042: Mejoramiento del acceso de la población a métodos de planificación familiar, Actividad 5005984: Promoción de prácticas saludables para el cuidado de la salud sexual y reproductiva en familias, y Actividad 5005985: Capacitación a actores sociales que promueven la salud sexual y reproductiva (todas pertenecientes al Programa Presupuestal 0002: Salud Materno Neonatal); Actividad 5006280: Tamizaje de niños de 0 a 17 años con déficit en sus habilidades sociales, trastornos mentales y del comportamiento y/o problemas psicosociales propios de la infancia y la adolescencia, Actividad 5005200 Prevención familiar de conductas de riesgo en adolescentes familias fuertes: amor y límites, y Actividad 5005201: Sesiones de entrenamiento en habilidades sociales para adolescentes, jóvenes y adultos (pertenecientes al Programa Presupuestal 0131: Control y Prevención en Salud Mental); Actividad 5000070: Entregar a población adolescente información sobre infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA (perteneciente al Programa Presupuestal 0016 TBC-VIH/SIDA); Actividad 5004902: Entrega de incentivos monetarios condicionados a hogares usuarios en situación de pobreza y Actividad 5004948: Entrega de Incentivos Monetarios Condicionados a Estudiantes de Hogares Usuario (pertenecientes al Programa Presupuestal 0049 Programa nacional de apoyo directo a los más pobres).

Por último, bajo estos mismos criterios se propone que las actividades restantes se excluyan del análisis al no demostrar una incidencia relevante sobre la prevención del embarazo adolescente.

11.4 Matriz de la síntesis de las evidencias

Tabla 9. Matriz de evidencias: Factores asociados

N°	Título del Artículo (Fecha)	Autor(es)	Nombre de la Revista (volumen, número y página)	Breve descripción del estudio	Tipo de evidencia	Relación causa efecto abordada	Metodología utilizada	Conclusión/resultado
1	Factores sociales y demográficos asociados al embarazo y al embarazo repetido en mujeres adolescentes de Perú (2022)	Sanca-Valeriano, S Espinola-Sánchez, M Racchumí-Vela, A	Revista chilena de obstetricia y ginecología (Vol. 87, Núm 1, Pág 11-18)	El objetivo del estudio fue evaluar los factores sociales y demográficos asociados al embarazo y al embarazo repetido en mujeres adolescentes de Perú utilizando un método analítico transversal a partir de las encuestas ENDES 2009 al 2018.	C2	Factores sociales y demográficos asociados a embarazo y embarazo repetido.	Método analítico transversal a partir de las encuestas ENDES 2009 al 2018. Se calculó la razón de prevalencia ajustada usando una regresión de Poisson con varianza robusta.	Se evidenció asociación entre edad, región geográfica, origen étnico, nivel educativo, nivel económico y embarazo adolescente ($p < 0,001$). Los niveles educativo y económico inferiores presentaron una mayor razón de prevalencia de embarazo adolescente, siendo mayor incluso en situaciones de dos o más embarazos. Existe asociación entre embarazo adolescente y bajos niveles económico y educativo; esta asociación se incrementa en situaciones de embarazo repetido.
2	Prevención del embarazo adolescente en Perú: Análisis de las intervenciones públicas (2022)	Sálman, F Jimenez, J P	Dalberg (2022)	Este documento es una propuesta de estudio, no cuenta con resultados, las referencias que aporta se analizaron independientemente (excluido)				
3	Factores asociados al no uso de métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes del Perú. Endes 2018-2020 (2022)	Dulanto-Ramos, YB Luna-Muñoz, C Roldan, L	Revista de la Facultad de Medicina Humana (Vol. 22, Núm 2, Pág 345 - 352)	El desenlace de interés no es embarazo adolescente (excluido)				

N°	Título del Artículo (Fecha)	Autor(es)	Nombre de la Revista (volumen, número y página)	Breve descripción del estudio	Tipo de evidencia	Relación causa efecto abordada	Metodología utilizada	Conclusión/resultado
4	Normas sociales en relación con la violencia y embarazo adolescente (2021)	UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)	Estudio realizado en el 2019 en Huancavelica, Lima, Ucayali y Loreto. Su objetivo fue identificar el vínculo entre las normas sociales, el embarazo adolescente y la violencia física, psicológica y sexual que afecta a las y los adolescentes.	D1	- Factores culturales y de contexto asociado al embarazo adolescente. - Prácticas de violencia sexual vinculadas al embarazo adolescente.	Estudio con un componente cualitativo (grupos focales y entrevistas semiestructuradas) y cuantitativo (descriptivo transversal) realizado a adolescentes y familiares en ocho distritos de Lima y provincias.	<ul style="list-style-type: none"> - Los adolescentes consideran que hombres y mujeres deberían iniciar su vida sexual alrededor de los 19 años, aunque en la realidad la inician años antes y creen que los demás también lo hacen. - Tres de cada diez adolescentes sexualmente activos entre los 14 y 17 años no utiliza métodos anticonceptivos. - Existe una expectativa normativa por parte de las y los adolescentes a la hora de adquirir los métodos anticonceptivos, pues ellos y ellas esperan ser juzgados —no necesariamente de manera explícita—, lo que justifica la no utilización de estos métodos. - Las nociones sobre responsabilidades asociadas al ejercicio de la maternidad y paternidad asignan una carga importante, en términos de cuidado, a las madres. Si bien se reconoce que un embarazo tiene impactos en la vida de hombres y mujeres, un gran número de personas encuestadas piensa que quien finalmente se hace responsable de los cuidados es la mujer. En las regiones de selva, se mantienen creencias asociadas a la función progeneradora de las mujeres como parte esencial de su proyecto de vida. En las regiones andinas este tipo de creencias cuentan con menor apoyo. - En cuanto al embarazo como consecuencia de violencia, se mantiene la norma de no denunciar siempre y cuando el agresor se “responsabilice”, es decir, se case o mantenga económicamente a la mujer.
5	Determinants of adolescent pregnancy in indigenous communities from the Peruvian central jungle: a case-control study (2021)	Mejia, J. R. Quincho-Estares, Á J. Flores-Rondon, A. J. Reyes-Beltran, G. Arias-Sulca, I. L. Palomino-Hilario, E. Barrientos-Cochachi, J. E. Toro-Huamanchumo, C. J.	Reproductive Health (vol 18, núm 1, pag 1-10)	El objetivo del estudio fue evaluar los determinantes del embarazo adolescente en comunidades indígenas de la selva central peruana.	C5	Antecedentes sociodemográficos, de adolescencia y de familia asociados a embarazo adolescente en indígenas adolescentes de la selva central peruana	Estudio de casos y controles de adolescentes de sexo femenino con edades entre 13 y 19 años de siete comunidades indígenas de la selva central peruana. Se realizó un análisis de regresión logística.	Se encontró asociación significativa con el riesgo de embarazo adolescente con tener entre 15 a 19 años (OR = 6.88, IC95% 2.38 - 19.86, p<0.0001), nivel de instrucción primaria (OR = 5.59, IC95% 1.95 - 16.06, p<0.0001). Además, aquellos adolescentes que mantenían una comunicación sobre salud sexual y reproductiva con sus padres tenían menor riesgo de embarazo adolescente (OR = 0.17, IC95% 0.06 - 0.47, p = 0.001)

N°	Título del Artículo (Fecha)	Autor(es)	Nombre de la Revista (volumen, número y página)	Breve descripción del estudio	Tipo de evidencia	Relación causa efecto abordada	Metodología utilizada	Conclusión/resultado
6	Pregnant again? Perspectives of adolescent and young mothers who and do not experience a repeat pregnancy in adolescence (2021)	Luttges, C. Leal, I. Huepe, G. Gonzalez, D. Gonzalez, E. Molina, T.	International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being (vol 16, núm 1, pag 1-12)	Este estudio explora los factores individuales y familiares asociados a la repetición de embarazos durante la adolescencia.	D1	Factores individuales y familiares asociados a la recurrencia de embarazo adolescente.	Estudio cualitativo descriptivo mediante entrevistas semi estructuradas a madres de 20 años o menos de áreas urbanas de Santiago de Chile.	La mayoría de madres con recurrencia de embarazo adolescente abandonó la escuela después del primer embarazo y tuvo una actitud pasiva ante la anticoncepción. En cambio, aquellas que no presentaron recurrencia de embarazo buscaron activamente métodos de anticoncepción a largo plazo (motivado por el deseo de mejorar sus condiciones de vida y lograr su realización personal), además, tendían a presentar redes de apoyo familiar que facilitaban su permanencia en la escuela.
7	Maternidad adolescente en distritos peruanos: Un análisis espacial de datos censales (2021)	Hernández-Vásquez, A Bohorquez-Cobos, A Ynocente-Canchari, L Vargas-Fernández, R Bendezú-Quispe, G	Ciencia y enfermería (vol 27, pag 1-11)	Se realizó un análisis espacial de la prevalencia de maternidad adolescente en diferentes distritos del Perú y determinar la correlación espacial con características socioeconómicas y sociodemográficas.	C7	Correlación entre las características sociodemográficas y socioeconómicas del distrito con la maternidad adolescente.	Estudio ecológico mediante un análisis espacial con base en la prevalencia de maternidad adolescente registrada en el Censo Nacional del 2017 de diferentes distritos de la población peruana. Índice local y global de Morán se utilizó para establecer patrones de agrupamiento.	El modelo de rezago espacial mostró una asociación significativa y positiva para el analfabetismo, el estado civil soltero, la ruralidad y la ubicación en región natural Selva del distrito con la maternidad adolescente; el acceso al agua potable mostró una asociación negativa.
8	Consecuencias socioeconómicas del embarazo y la maternidad adolescente en Perú (2020)	UNFPA Perú	UNFPA Perú (2020)	El documento presenta data descriptiva respecto al embarazo adolescente y su impacto socioeconómico. No está relacionado específicamente con el tema (excluido)				
9	Adolescent pregnancy in Latin America and the Caribbean (2020)	Fraser, B	The Lancet Child and Adolescent Health (vol 4, núm 5, pag 356 - 357)	Documento narrativo. No sistematiza evidencia ni analiza datos. (excluido)				

N°	Título del Artículo (Fecha)	Autor(es)	Nombre de la Revista (volumen, número y página)	Breve descripción del estudio	Tipo de evidencia	Relación causa efecto abordada	Metodología utilizada	Conclusión/resultado
10	Understanding teenage fertility in Peru: An analysis using longitudinal data (2020)	Favara, M. Lavado, P. Sánchez, A.	Review of Development Economics (vol 24, núm 4, pag 1217 - 1236)	El objetivo del estudio fue evaluar los factores de riesgo de la maternidad temprana en el Perú utilizando los datos recogidos durante las tres primeras visitas a la cohorte de mayor edad (en 2002, 2006 y 2009) de la Encuesta de Vidas Jóvenes de Perú (un conjunto único de datos de panel a nivel individual que sigue a dos cohortes de niños en Etiopía, India (Andhra Pradesh y Telangana), Perú y Vietnam durante más de una década y cinco rondas de recogida de datos)	B3	Factores de riesgo asociados a maternidad adolescente.	Diseño longitudinal de data panel de la cohorte mayor de la Encuesta de Vidas Jóvenes del Perú.	Crecer en un hogar pobre, criarse en un hogar monoparental, dejar la escuela a los 15 años o antes, tener un mal rendimiento escolar a los 12 años y tener la primera relación sexual a los 16 años o antes son los factores de riesgo clave para la maternidad temprana. Las mejoras en la autoeficacia y las aspiraciones educativas durante la adolescencia se asocian a una disminución de la probabilidad de maternidad temprana. Los factores encontrados son más relevantes en mujeres que en hombres.
11	Factors associated with pregnancy and motherhood among Mexican women aged 15-24 (2019)	Hubert, C. Villalobos, A. Abreu, A. B. Suarez-Lopez, L. de Castro, F.	Cadernos De Saude Publica (vol 35, núm 6, pag 1-12)	El objetivo del estudio fue explorar los factores asociados a los embarazos y nacimientos en mujeres adolescentes y adultas jóvenes utilizando la Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres (ENIM) de 2015.	C5	Factores asociados a embarazo y nacimiento en mujeres adolescentes.	Diseño analítico transversal que evaluó mediante modelos lineales generales (MLG) la asociación entre las variables de resultado y las variables socioeconómicas seleccionadas.	Entre las adolescentes, la asistencia a la escuela y la educación terciaria disminuyeron significativamente la probabilidad de haber estado alguna vez embarazada o de ser madre, mientras que estar casada/cohabitar aumentó la probabilidad. Una mayor edad en la primera relación sexual se asoció negativamente con haber estado embarazada alguna vez.
12	Sexuality Education During Adolescence and Use of Modern Contraception at First Sexual Intercourse Among Mexican Women (2019)	Hersh, A. R. Saavedra-Avendano, B. Schiavon, R. Darney, B. G.	Journal of Adolescent Health (vol 65, núm 5, pag 667 - 673)	El objetivo del estudio fue determinar si las mujeres jóvenes mexicanas que recibieron educación sexual en la adolescencia tendrían más probabilidades de reportar el uso de anticonceptivos modernos en la primera relación sexual	C5	Asociación entre la educación sexual y el uso de anticonceptivos modernos en la primera relación sexual.	Regresión logística multivariable y las probabilidades predichas para estimar la asociación entre la educación sexual y el uso de anticonceptivos modernos en la primera relación sexual.	Las mujeres que declararon haber recibido educación sexual integral (ORa = 2.3; IC95%: 1.7-3.2) o incompleta (ORa = 2.4; IC95%: 1.3 - 4.2) tenían mayores probabilidades de utilizar métodos anticonceptivos en la primera relación sexual en comparación con las que no habían recibido educación sexual.

N°	Título del Artículo (Fecha)	Autor(es)	Nombre de la Revista (volumen, número y página)	Breve descripción del estudio	Tipo de evidencia	Relación causa efecto abordada	Metodología utilizada	Conclusión/resultado
13	Influence of Sexual and Reproductive Health Literacy on Single and Recurrent Adolescent Pregnancy in Latin America (2019)	Dongarwar, D. Salihi, H. M.	Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology (vol 32, núm 5, pag 506 - 513)	El objetivo del estudio fue evaluar la asociación entre la alfabetización sexual y reproductiva y el embarazo adolescente en América Latina.	C5	Asociación entre la alfabetización sexual y reproductiva y el embarazo adolescente único y recurrente en América Latina	Diseño analítico transversal multicéntrico de las encuestas de demografía y salud de Perú, República Dominicana, Colombia, Honduras y Guatemala de la asociación entre alfabetización sexual y reproductiva y riesgo de embarazo adolescente único y recurrente mediante razones de prevalencia.	Las adolescentes que declaraban un analfabetismo completo en salud sexual y reproductiva mostraban un 44% más de prevalencia de experimentar un embarazo en comparación con una adolescente que declaraba unos conocimientos precisos en salud sexual y reproductiva
14	El embarazo adolescente en Perú: estrategias de afrontamiento para el bienestar emocional y la inclusión educativa (2018)	Prado-Juscamayta, J I Reves-Huapaya, E S	Investigación y Postgrado (vol 33, núm 2, pag 83-96)	El estudio busca determinar estrategias efectivas para el afrontamiento del embarazo en adolescente. Se considera que no es relevante para la investigación de factores asociados (Excluido)				
15	Informe del monitoreo social de los compromisos en derechos sexuales y derechos reproductivos del consenso de Montevideo 2017 (2018)	Mira que te miro	Federación Internacional de Planificación de la Familia (2018)	Descripción del panorama de las intervenciones en embarazo adolescente en el Perú. No evalúa los factores asociados al embarazo adolescente (excluido)				

N°	Título del Artículo (Fecha)	Autor(es)	Nombre de la Revista (volumen, número y página)	Breve descripción del estudio	Tipo de evidencia	Relación causa efecto abordada	Metodología utilizada	Conclusión/resultado
16	Factors associated with pregnancy desire among adolescent women in five Latin American countries: A multilevel analysis (2018)	Estrada, F. Suárez-López, L. Hubert, C. Allen-Leigh, B. Campero, L. Cruz-Jimenez, L.	Bjog (vol 125, núm 10, pag 1330-1336)	Este estudio busca explorar los factores demográficos, socioeconómicos y reproductivos asociados al deseo de embarazo en adolescentes de cinco países de América Latina.	C5	Factores asociados al deseo de embarazo adolescente en 5 países de Latinoamérica.	Análisis secundario utilizando datos transversales representativos a nivel nacional de las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) de UNICEF. Se utilizaron pruebas de chi-cuadrado, regresiones lineales simples y modelos de regresión de Poisson multinivel para estimar las asociaciones entre los factores a nivel individual y de país asociados con el deseo de embarazo entre las adolescentes.	La proporción de adolescentes que informaron que deseaban su último embarazo osciló entre el 79,3% en Cuba y el 37,6% en Panamá; aproximadamente la mitad de las adolescentes de México, El Salvador y la República Dominicana deseaban su último embarazo. El análisis multinivel muestra que el deseo de embarazo fue más probable entre las adolescentes con menos educación [RP = 0,97, IC95%: 0,96- 0,98], de mayor edad (RP = 1,39, IC95%: 1,04-1,09), casadas o con pareja (RP = 0,70, IC95%: 0,53-0,93) y con baja paridad (RP = 0,67, IC95%: 0,58-0,76).
17	The Sooner, the Worse? Association between Earlier Age of Sexual Initiation and Worse Adolescent Health and Well-being Outcomes (2017)	Osorio, A. Lopez-del Burgo, C. Carlos, S. de Irala, J.	Frontiers in Psychology (vol 8, pag 1-8)	Estudio que evalúa desenlaces de bienestar en relación con la primera relación sexual de las adolescentes. Este estudio no toca el embarazo adolescente directamente por lo que no aporta al análisis. (excluido)				
18	What causes Latin America's high incidence of adolescent pregnancy? (2017)	Gianella, C Rodríguez de Asis, M Peñas, A	CMI Brief (2017)	Estudio narrativo en el que se exploran opiniones sobre las razones por las que las tasas de embarazo adolescente en Latino América no han disminuido como se esperaban.	D2	Factores asociados a embarazo adolescente	Opinión de expertos	Los movimientos conservadores que apoyan la ideología de género, políticas de estado regresivas y la persistencia del veto al aborto y las dificultades para la implementación de una educación sexual integral son los principales factores que impiden la reducción del embarazo adolescente.

N°	Título del Artículo (Fecha)	Autor(es)	Nombre de la Revista (volumen, número y página)	Breve descripción del estudio	Tipo de evidencia	Relación causa efecto abordada	Metodología utilizada	Conclusión/resultado
19	Comprendiendo el embarazo, la convivencia y el matrimonio en la adolescencia: el caso del Perú (2016)	Sánchez, A Fávora, M Lavado, P	Análisis & Propuestas (núm 34, pag 1-4)	Documento de opinión de algunos expertos sobre el embarazo adolescente y los resultados de la encuesta Niños del Milenio.	D2	Factores asociados a embarazo adolescente	Opinión de expertos	El menor costo de oportunidad y ausencia de uno de los padres son factores que pueden estar relacionados con la asociación entre nivel de pobreza y embarazo adolescente. Además, también existe mayor riesgo de embarazo en adolescentes con menor autoeficacia y aspiraciones educativas bajas. Por otro lado, la asistencia escolar y un mejor desempeño en la escuela disminuyen el riesgo de embarazo adolescente.
20	Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe (2016)	Fondo de Población de las Naciones Unidas y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia	UNFPA / UNICEF (2016)	Documento informativo sobre lo evaluado en la reunión de consulta técnica sobre el embarazo adolescente y el logro de consenso sobre los enfoques estratégicos y acciones prioritarias para ayudar a reducir los embarazos adolescentes.	D2	Factores asociados a embarazo adolescente	Opinión de expertos	<ul style="list-style-type: none"> - A nivel individual el embarazo adolescente se asocia a falta de conocimiento sobre la salud sexual y reproductiva. - A nivel de pareja el embarazo se asocia a presencia de violencia sexual y normas sexistas de poder y control. - A nivel de la comunidad la negativa de los agentes sociales (padres, escuelas y autoridades religiosas) a aceptar que las adolescentes son sexualmente activas aumenta el riesgo a que ocurra un embarazo adolescente. - Otros factores como el embarazo visto como un escape social a la pobreza o valor cultural precipitan la ocurrencia de embarazos. - A nivel de la sociedad las desigualdades de género y la poca inversión en las niñas como capital humano también precipitan la ocurrencia de embarazo adolescente.
21	Embarazo y maternidad adolescente en el Perú (2016)	Goyeneche, S Barreto, E Valverde, R Roncal, R Paredes, J	Save the Children (2016)	Estudio en tres fases: análisis documental, análisis estadístico y entrevistas semi estructuradas cuyo objetivo fue evidenciar la situación de las niñas y adolescentes embarazadas y las condiciones de exclusión que enfrentan	D1	Factores asociados a embarazo adolescente	Estudio cuali-cuantitativo	<ul style="list-style-type: none"> - El embarazo adolescente puede encontrarse asociado a condiciones estructurales como la pobreza, bajo nivel educativo, área de residencia y la lengua materna. - El inicio sexual, el embarazo y la convivencia aparecen asociados recurrentemente en adolescentes de las zonas pobres del país. - La exposición de las adolescentes a la violencia es otro factor a considerar al hablar de embarazo adolescente. - La falta de información sobre salud sexual y reproductiva es otro factor relevante al momento de hablar de embarazo adolescente.
22	Prevención del embarazo en adolescentes.	Equipo de Seguimiento Concertado a las	Mesa de Concertación para la	Revisión de literatura y documentos administrativos	C4	Factores de riesgo asociados a	Revisión de literatura	<ul style="list-style-type: none"> - En los departamentos de la selva se observa el mayor porcentaje de embarazo adolescente. - El embarazo adolescente es más alto en zonas rurales (22.5%), en

N°	Título del Artículo (Fecha)	Autor(es)	Nombre de la Revista (volumen, número y página)	Breve descripción del estudio	Tipo de evidencia	Relación causa efecto abordada	Metodología utilizada	Conclusión/resultado
	Situación y perspectivas al 2021 (2016)	Políticas de Salud Sub Grupo "Prevención del Embarazo en Adolescentes"	Lucha contra la Pobreza (2016)	referentes a embarazo adolescente en el Perú		maternidad adolescente		la selva (24.9%), en quienes solo tienen educación primaria (37.9%) y entre aquellas en situación de pobreza (24.9%).
23	Sexual onset and contraceptive use among adolescents from poor neighbourhoods in Managua, Nicaragua (2015)	Decat, P. De Meyer, S. Jarusevicene, L. Orozco, M. Ibarra, M. Segura, Z. Medina, J. Vega, B. Michielsen, K. Temmerman, M. Degomme, O.	European Journal of Contraception and Reproductive Health Care (Vol. 20, Número 2, Páginas 88-100)	El desenlace de interés no es embarazo adolescente (excluido)				
24	Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes (2014)	Salinas, S Castro, M D Fernández, C	UNICEF (2014)	El objetivo del estudio fue cualificar las valoraciones de la maternidad y del embarazo adolescentes desde el punto de vista de las adolescentes — actoras—, sus parejas y su entorno familiar y social.	D1	Factores sociales, culturales y emocionales asociados al embarazo adolescente	Seis estudios cualitativos sobre factores sociales, culturales y emocionales que inciden en el embarazo en adolescentes en contextos rurales, indígenas, afrodescendientes y periurbanos de Brasil, Colombia, Guatemala, Honduras, Paraguay y República Dominicana.	- Factores emocionales: se mantiene socialmente la idealización de la maternidad como condición necesaria para la existencia. Por ende, el alto valor otorgado a la maternidad es una de las principales barreras para trabajar de manera más efectiva y amplia el tema de la sexualidad en la adolescencia y la prevención del embarazo adolescente. - El embarazo en la adolescencia está asociado a la violencia de género en su sentido más amplio: violencia física, simbólica, psicológica y económica.
25	Adolescent pregnancy in Peru: Its current situation and implications for public policies (2013)	Mendoza, W. Subiría, G.	Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública (vol 30, núm 3, pag 471 - 479)	Estudio descriptivo del estado del embarazo adolescente y sus tendencias en el tiempo en el Perú	D2	Determinantes del embarazo adolescente	Revisión de literatura	Existen determinantes intermedios y próximos del embarazo adolescente. Factores Intermedios: Socioculturales y ambientales (residencia, acceso a medios, legislación, patrones culturales, etnicidad), familiares (características del jefe de familia), individuales (nivel educativo, acceso a planificación familiar, participación laboral, acceso a medios, religión, expectativas de número de hijos y de parejas). Factores Próximos: Pareja estable y actividad sexual, edad de primera relación sexual y uso de anticonceptivos.
26	Adolescents can know best: Using concept mapping	Bayer, A. M. Cabrera, L. Z. Gilman, R. H.	Social Science & Medicine	Excluido por pasar del punto de corte temporal (excluido)				

N°	Título del Artículo (Fecha)	Autor(es)	Nombre de la Revista (volumen, número y página)	Breve descripción del estudio	Tipo de evidencia	Relación causa efecto abordada	Metodología utilizada	Conclusión/resultado
	to identify factors and pathways driving adolescent sexuality in Lima, Peru (2010)	Hindin, M. J. Tsui, A. O.	(Vol. 70, Núm 12, Pag 2085-2095)					

Tabla 10. Matriz de evidencias: Intervenciones

N°	Título del Artículo (Fecha)	Autor(es)	Nombre de la Revista (volumen, número y página)	Nivel de evidencia	Conclusión/ resultado	Breve descripción de la intervención	País de la intervención	Entidad responsable	Población objetivo	Criterios de focalización	Principales componentes	Modalidad de entrega	Vinculación con otras intervenciones
1	Latin American overview of educational strategies for the prevention of teenage pregnancy (2022)	Rivera , N Guerrero, J Mateus, Y Rubiano, L Casallas, A	Revista Cubana de Salud Pública (vol 48, núm supl, pag 1-13)	-	Revisión de literatura, se decide trabajar con los artículos reportados por separado (excluido)								
2	Adolescent pregnancy, public policies, and targeted programs in Latin America and the Caribbean: A systematic review (2021)	Rodriguez, C	Revista Panamericana de Salud Pública (vol. 45, pag. 1-9)	A2	Se encontraron 30 estudios de intervenciones en 14 países. La evidencia reportaba efectos positivos en las intervenciones relacionadas con transferencias monetarias condicionadas (9/30) y políticas en educación (14/30). Pese a ello, la evidencia es escasa y no logra en la mayoría de los casos asegurar que el efecto sobre el embarazo adolescente se deba directamente a las intervenciones realizadas. Un programa <i>Juventud y empleo</i> , desarrollado en República Dominicana que estaba orientado a la adquisición de habilidades para la vida (<i>life skills</i>) encontró un impacto significativo en la reducción de embarazo adolescente principalmente en aquellas adolescentes solteras que aún no eran madres.	1)Transferencias monetarias condicionadas (principalmente condicionadas a metas en salud y educación): Se entrega un monto de dinero, periódicamente, a cambio del cumplimiento de ciertas metas pactadas. Destaca la experiencia mexicana con la intervención OPORTUNIDADES. 2) Intervenciones en educación: Pueden ser dos tipos de intervenciones: a) Aquellas que imparten dentro de la currículo escolar educación sexual y reproductiva con el objetivo de mejorar conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas a la salud reproductiva y sexual de adolescentes, y b) aquellas enfocadas en aumentar el tiempo que el adolescente pasa en el colegio (incremento de la jornada escolar). 3) Intervenciones en salud: Intervenciones relacionadas con políticas públicas de salud referente a a) la prestación de servicio, b)acceso seguro al aborto, y	1) México , Brasil, Perú, Colombia, Honduras, Nicaragua. 2) Chile, Perú, Argentina, México , Jamaica, Brasil, Belice, Haití. 3)	-	1)Adolescentes de zonas rurales y urbanas. 2) Alumnos de educación secundaria, principalmente. 3) Adolescentes atendidos principalmente en centros de salud de primer nivel. 4) Adolescentes y jóvenes que dejaron la escuela.	1) Generalmente, hogares en condición de pobreza y pobreza extrema. 2) No reportada. 3) No reportada.	1) Entrega de montos de dinero a cambio de cumplimiento de metas principalmente de salud y educación. 2) Componente educativo propiamente dicho (charlas y capacitaciones sobre educación sexual y reproductiva) y componente físico (aumento de jornada escolar). 3) Atención de salud diferenciada que brinde acceso integral a los adolescentes	1) Entrega mediante depósito a cuenta a familias beneficiarias. 2) En centros de educación secundaria. 3) En centros de salud. 4) En la comunidad.	1) Intervenciones de seguridad alimentaria. 2) El componente educativo en algunos reportes está asociado a programas deportivos

N°	Título del Artículo (Fecha)	Autor(es)	Nombre de la Revista (volumen, número y página)	Nivel de evidencia	Conclusión/ resultado	Breve descripción de la intervención	País de la intervención	Entidad responsable	Población objetivo	Criterios de focalización	Principales componentes	Modalidad de entrega	Vinculación con otras intervenciones
						c) acceso a anticoncepción y prevención del VIH. 4) Intervenciones en habilidades para la vida: Programa JUVENTUD y EMPLEO, una intervención dirigida a jóvenes que dejaron la escuela. Se enfocaba en el desarrollo de habilidades socioemocionales.	Colombia, México, Uruguay, Paraguay. 4) República Dominicana.			rta. 4) Adolescentes que hayan dejado la escuela.	4) Formación en aulas y actividades prácticas en empresas que integran el desarrollo de habilidades socioemocionales.		que potencian los efectos de la intervención. 3) No reporta. 4) No reporta.
3	Process of adapting a motivational intervention for contraceptive use in Mexican teenage mothers (2021)	Manjarres-Posada, N. I. Benavides-Torres, R. A. Onofre-Rodríguez, D. J. Pérez, G. F. Urrutia, M. T. Barbosa-Martínez, R. D. C.	Health and Addictions (vol. 21, núm. 1, pag. 111-123)	D1	Este es un proceso de adaptación cultural de la intervención CAMI para el contexto mexicano. El cual, mediante un modelo de adaptación de intervenciones, logró su objetivo sin afectar los componentes clave de la intervención. Los autores refieren que el proceso de implementación de la misma será reportado en otro informe independiente.	Intervención motivacional asistida por computador (CAMI): el propósito es motivar el uso consistente de anticonceptivos en madres adolescentes para evitar el embarazo adolescente subsecuente. Se basa en la entrevista motivacional, que aborda la ambivalencia ante el cambio hacia el uso de anticonceptivos; y el modelo transteórico de cambio conductual. En este estudio se utilizó el modelo de adaptación de intervenciones para implementar el CAMI al contexto mexicano.	México	Universidad de Guadalajara, Universidad Autónoma de Nuevo León, Universidad Autónoma de México y Universidad Andrés Bello (Chile)	Madres adolescentes de bajos ingresos del área metropolitana de Monterrey. Las madres debían de haber dado a luz durante los 12 meses previos.	Madres adolescentes de bajos recursos en el primer año post parto.	1) Evaluación de riesgo mediante preguntas sobre el riesgo de embarazo, infecciones de transmisión sexual y etapas de cambio. 2) Entrevista motivacional que incluye discusión sobre metas a futuro, experiencias sexuales, uso de anticonceptivos y prevención del embarazo e ITS. 3) Creación de un plan seguro.	En centros de salud de primer nivel seleccionados.	-

N°	Título del Artículo (Fecha)	Autor(es)	Nombre de la Revista (volumen, número y página)	Nivel de evidencia	Conclusión/ resultado	Breve descripción de la intervención	País de la intervención	Entidad responsable	Población objetivo	Criterios de focalización	Principales componentes	Modalidad de entrega	Vinculación con otras intervenciones
4	A Rapid Review of Interventions to Prevent First Pregnancy among Adolescents and Its Applicability to Latin America (2021)	Estrada, F. Atienzo, E. E. Cruz-Jiménez, L. Campero, L.	Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology (vol. 34, núm. 4, pag 491-503)	-	Revisión de literatura, se decide trabajar con los artículos reportados por separado (excluido)								
5	Effect of teaching leadership styles on the prevention of adolescence pregnancy: a case study conducted at Universidad César Vallejo, Peru (2021)	Bardales, J. M. D. Victoria, E. F. R. L. Vega, O. V. Julián, R. M. C. Alvarado, G. D. P. P. Dávila, K. S. Espejo, Y. M. R. Lowy, D. A.	F1000Research (vol. 10, pag 1-7)	-	Estudio transversal, no presenta una intervención precisa. La población evaluada es universitaria (no se deja claro si son menores de edad). Por dichos vicios metodológicos no se incluirá en la evaluación (excluido)								
6	Informe sobre la supervisión de intervenciones efectivas para la prevención del embarazo no planeado en	Adjuntía para la niñez y la adolescencia	Defensoría del Pueblo (2021)	-	El documento es una supervisión de la Defensoría del Pueblo a los centros de salud e instituciones educativas del país para evaluar el cumplimiento de la normativa referente a la atención y educación como mecanismos de prevención del embarazo adolescente. No detalla una intervención específica ni ahonda en evaluar si la aplicación de la normativa presenta algún efecto en la reducción del embarazo adolescente. Por								

N°	Título del Artículo (Fecha)	Autor(es)	Nombre de la Revista (volumen, número y página)	Nivel de evidencia	Conclusión/ resultado	Breve descripción de la intervención	País de la intervención	Entidad responsable	Población objetivo	Criterios de focalización	Principales componentes	Modalidad de entrega	Vinculación con otras intervenciones
	adolescentes: Educación Sexual Integral y acceso a anticoncepción moderna para quienes lo requieren (2021)				ello, pese a ser un documento importante para explicar el contexto del embarazo adolescente en el país, no es un documento contribuyente sobre intervenciones para prevenirlo. (excluido)								
7	Exploring the Use of Technology for Sexual Health Risk-Reduction among Ecuadorean Adolescents (2019)	Reynolds, C. Sutherland, M. A. Palacios, I.	Annals of Global Health (vol 85, núm 1, 1-10)	-	El estudio explora la predisposición de los adolescentes ecuatorianos ante un hipotético programa de reducción de riesgo en temas de salud sexual apoyado en la tecnología. Este estudio no explora una intervención <i>per se</i> por lo cual no aporta al contenido sobre intervenciones para prevenir embazo adolescente. (excluido)								
8	Adaptation of an effective school-based sexual health promotion program for youth in Colombia (2019)	Morales, A. Garcia-Montano, E. Barrios-Ortega, C. Niebles-Charris, J. Garcia-Roncallo, P. Abello-Luque, D. Gomez-Lugo, M. Saavedra, D. A. Vallejo-Medina, P. Espada, J. P. Lightfoot, M. Martinez, O.	Social Science & Medicine (vol 222, núm 2019, pag 207-215)	D1	Proceso de adaptación de la intervención COMPAS para adolescentes en Colombia. Utilizaron un enfoque de métodos mixtos de 6 pasos para la adaptación cultural de COMPAS.	COMPAS es una intervención basada en la escuela que busca promover la salud sexual y reducir las conductas sexuales de riesgo mediante sesiones educativas de 50 minutos durante la actividad escolar diaria. Fue diseñada para prevención primaria en escuelas secundarias de conductas de riesgo heterosexuales. La adaptación colombiana ha integrado información y actividades específicas orientadas al abordaje de relaciones no heterosexuales.	Colombia	-	Escolares de educación secundaria	No reporta	Los elementos centrales son la transmisión de información, el entrenamiento en habilidades sociales, el entrenamiento en la resolución de problemas y las estrategias para mantener comportamientos sexuales seguros.	En colegios seleccionados	-

N°	Título del Artículo (Fecha)	Autor(es)	Nombre de la Revista (volumen, número y página)	Nivel de evidencia	Conclusión/ resultado	Breve descripción de la intervención	País de la intervención	Entidad responsable	Población objetivo	Criterios de focalización	Principales componentes	Modalidad de entrega	Vinculación con otras intervenciones
9	Salud sexual y reproductiva de adolescentes en Chile: el rol de la educación sexual (2017)	Obach, A Sadler, M Jofré, N	Revista de Salud Pública (vol 19, núm 6, pag 848-854)	-	Es un estudio cualitativo etnográfico que evalúa la percepción de los adolescentes sobre la educación sexual en Chile. No se evalúa una intervención específica por lo que el aporte al análisis es escaso. (excluido)								
10	De la normativa a la práctica: la política de educación sexual y su implementación en el Perú (2017)	Motta, A Keogh, S C Prada, E Núñez-Curto, A Konda, K Stillman, M Cáceres, C F	Guttmacher Institute (2017)	D2	El 92% de estudiantes considera que el ESI ha sido útil o muy útil en sus vidas. Pese a ello, el nivel de integralidad de la educación sexual solo el 9% de estudiantes recibió instrucción en los 18 temas que correspondería a una Educación Sexual Integral (ESI). Los temas menos enseñados son a) anticoncepción y embarazo no deseado, b) valores y habilidades interpersonales, y c) prevención del VIH/ITS. Esta falta de enseñanza se explica en parte por la poca capacitación y materiales de los que disponen los docentes de ESI que mencionaron en su mayoría requerir más apoyo para brindar una mejor educación a los adolescentes.	La ESI es una intervención que forma parte de un enfoque multidimensional para abordar y mejorar la vida sexual y reproductiva de los adolescentes desde la educación impartida en la currícula nacional. La ESI se centra en la educación sexual basada en derechos humanos, género, igualdad y empoderamiento. Se imparten como parte de la currícula principalmente en los cursos de persona, familia y relaciones humanas y tutoría y orientación educativa.	Perú	MINEDU	Niños y adolescentes en edad escolar.	-	Componentes teórico-prácticos en a) fisiología sexual y reproductiva, b) prevención de VIH/ITS, c) anticoncepción y embarazo no planeado, d) valores y habilidades interpersonales y e) género y derechos.	En colegios estatales a nivel nacional	Servicios de salud diferenciados por edad.

N°	Título del Artículo (Fecha)	Autor(es)	Nombre de la Revista (volumen, número y página)	Nivel de evidencia	Conclusión/ resultado	Breve descripción de la intervención	País de la intervención	Entidad responsable	Población objetivo	Criterios de focalización	Principales componentes	Modalidad de entrega	Vinculación con otras intervenciones
11	Acciones educativas dirigidas a mejorar la percepción de riesgo del embarazo en adolescentes (2017)	Gómez, R T Rodríguez, L M Gómez, A Torres, E	Revista Cubana de Salud Pública (vol 43, núm 2, pag 180 - 190)	C5	Las acciones educativas contribuyeron a mejorar la percepción de riesgo en relación con el embarazo, aborto e infecciones de transmisión sexual y se obtuvo un alto nivel de satisfacción con las acciones desarrolladas. Los resultados a corto plazo muestran que este tipo de intervención puede emplearse adecuadamente no solo para elevar el nivel de conocimientos, sino también para incentivar cambios en los estilos de vida de los participantes, sin embargo, se considera imprescindible la continuidad sistemática de comunicación para reforzar conocimientos y conductas.	Acciones educativas dirigidas a mejorar la percepción de riesgo del embarazo en adolescentes en sesiones de 1 h y 30 min cada una, con frecuencia semanal en temas relativos a riesgos del embarazo, aborto e infecciones de transmisión sexual en la adolescencia. Se realizaron discusiones grupales, demostraciones, sociodramas y psicodramas con apoyo de técnicas participativas de presentación, reflexión, dinamizadoras o de animación.	Cuba	-	Adolescentes que cursan secundaria básica.	No reportada	Discusiones grupales, demostraciones, sociodramas y psicodramas.	En colegios seleccionados	-

N°	Título del Artículo (Fecha)	Autor(es)	Nombre de la Revista (volumen, número y página)	Nivel de evidencia	Conclusión/ resultado	Breve descripción de la intervención	País de la intervención	Entidad responsable	Población objetivo	Criterios de focalización	Principales componentes	Modalidad de entrega	Vinculación con otras intervenciones
12	School-based interventions for preventing HIV, sexually transmitted infections, and pregnancy in adolescents (2016)	Mason-Jones, A. J. Sinclair, D. Mathews, C. Kagee, A. Hillman, A. Lombard, C.	Cochrane Database of Systematic Reviews (núm 11, pag 1-90)	A1	Intervenciones de educación en salud sexual y reproductiva: No hubo un efecto aparente sobre el número de mujeres jóvenes que estaban embarazadas al final del ensayo (RR 0,99, IC del 95%: 0,84 a 1,16; tres ensayos, 8280 participantes; evidencia de certeza moderada). Intervenciones de transferencias monetarias que promueven la asistencia a la escuela: el número de mujeres jóvenes que estaban embarazadas al final del ensayo fue menor entre las que recibieron incentivos (0,76, IC del 95%: 0,58 a 0,99; dos ensayos, 4200 participantes; evidencia de baja certeza). Sigue siendo necesario proporcionar a los adolescentes servicios sanitarios que incluyan opciones anticonceptivas y preservativos y que les hagan participar en el diseño de los servicios. Las escuelas pueden ser un buen lugar para prestar estos servicios. Hay pocas pruebas de que los programas educativos basados en el plan de estudios sean eficaces por sí solos para mejorar los resultados de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Las intervenciones basadas en incentivos que se centran en mantener a los jóvenes en la escuela secundaria pueden reducir el embarazo adolescente, pero se necesitan más ensayos para confirmarlo.	Se incluyó cualquier intervención que tuviera como objetivo reducir el riesgo de embarazo entre los adolescentes, y que se llevara a cabo principalmente en las escuelas o estuviera vinculada a las escuelas o a la asistencia escolar, con o sin un componente comunitario. Algunas eran intervenciones educativas basadas en el plan de estudios e impartidas principalmente por adultos (profesores u otros adultos) o compañeros (educadores de pares), o incluían características adicionales para cambiar el entorno escolar o comunitario (por ejemplo, cambiando las políticas escolares o mejorando los servicios sanitarios). Otras intervenciones se centraron en animar a los adolescentes a permanecer en la escuela mediante incentivos (dinero en efectivo u otras transferencias materiales).	Chile, Zimbabue, Tanzania, Kenia, Gran Bretaña, Malawi	-	Adolescentes entre 10 y 19 años que reciben educación escolar.	-	1) Educación sexual a partir de currículo escolar. 2) Transferencia monetarias condicionadas (en algunos casos).	Durante el horario.	-

N°	Título del Artículo (Fecha)	Autor(es)	Nombre de la Revista (volumen, número y página)	Nivel de evidencia	Conclusión/ resultado	Breve descripción de la intervención	País de la intervención	Entidad responsable	Población objetivo	Criterios de focalización	Principales componentes	Modalidad de entrega	Vinculación con otras intervenciones
13	Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents (2016)	Oringanje C, Meremikwu MM, Eku H, Esu E, Meremikwu A, Ehiriji JE	Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 2. Art. No.: CD005215	A1	<p>Intervenciones múltiples: Los resultados mostraron que intervenciones multicomponente (combinación de intervenciones educativas y de promoción de anticonceptivos) redujeron significativamente el riesgo de embarazo no deseado entre adolescentes (RR 0,66, IC del 95 %: 0,50 a 0,87; no fue estadísticamente significativo para ensayos grupales, evidencia de calidad moderada). Evidencia sobre los posibles efectos de las intervenciones sobre resultados secundarios (inicio de relaciones sexuales, uso de métodos anticonceptivos, aborto, parto, enfermedades de transmisión sexual) no fue concluyente.</p> <p>Intervenciones educativas: Es poco probable que las intervenciones educativas retrasen significativamente el inicio de las relaciones sexuales entre los adolescentes en comparación con los controles (RR 0,95; IC del 95%: 0,71 a 1,27; dos estudios, 672 participantes, evidencia de baja calidad). Las intervenciones educativas aumentaron significativamente el uso informado de preservativos en la última relación sexual en adolescentes en comparación con los controles que no recibieron la intervención (RR 1,18; IC del 95%: 1,06 a 1,32; dos estudios, 1431 participantes, evidencia de calidad moderada). Sin embargo, no está claro si las intervenciones educativas tuvieron algún efecto sobre el embarazo no deseado, ya que ninguno de los estudios incluidos lo</p>	Las intervenciones para prevenir embarazos no deseados incluyen cualquier actividad (solo educación o consejería en salud, educación en salud más desarrollo de habilidades, educación en salud más educación sobre anticoncepción, educación y distribución de anticoncepción, grupos basados en la fe o consejería individual) diseñada para aumentar el conocimiento y las actitudes de los adolescentes en relación con el riesgo de embarazos no deseados; promover el retraso en el inicio de las relaciones sexuales; fomentar el uso sistemático de métodos anticonceptivos y reducir los embarazos no deseados.	Cuatro ensayos se realizaron en países de ingresos bajos y medios, y todos los demás se realizaron en países de ingresos altos.	-	Se incluyeron 53 ensayos de control aleatorizado que reclutaron a 105 368 adolescentes. Los participantes eran étnicamente diversos.	-	Intervenciones múltiples (combinación de intervenciones educativas y de promoción de anticonceptivos), intervenciones educativas e intervenciones de promoción de anticonceptivos.	Las intervenciones se administraron en escuelas, centros comunitarios, establecimientos de salud y domicilios.	-

N°	Título del Artículo (Fecha)	Autor(es)	Nombre de la Revista (volumen, número y página)	Nivel de evidencia	Conclusión/ resultado	Breve descripción de la intervención	País de la intervención	Entidad responsable	Población objetivo	Criterios de focalización	Principales componentes	Modalidad de entrega	Vinculación con otras intervenciones
					informó. Intervenciones de promoción de anticonceptivos: Para las adolescentes que recibieron intervenciones de promoción de anticonceptivos, hubo poca o ninguna diferencia en el riesgo de primer embarazo no deseado en comparación con los controles (RR 1,01; IC del 95%: 0,81 a 1,26; dos estudios, 3440 participantes, evidencia de calidad moderada). El uso de anticonceptivos hormonales fue significativamente mayor en las adolescentes del grupo de intervención en comparación con las del grupo control (RR 2,22; IC del 95%: 1,07 a 4,62; dos estudios, 3091 participantes, evidencia de alta calidad).								
14	A Clustered Randomized Controlled Trial of the Positive Prevention PLUS Adolescent Pregnancy Prevention Program (2016)	LaChausse, R. G.	Am J Public Health (vol 106, suplemento 1, pag S91-S96)	A3	El programa tuvo efectos estadísticamente significativos en el retraso de las relaciones sexuales y en el aumento del uso de métodos anticonceptivos. Sin embargo, no detectó ningún efecto del programa sobre las tasas de embarazo en el seguimiento de 6 meses. El programa Positive Prevention PLUS demostró un impacto positivo en el comportamiento sexual de los adolescentes.	El programa Positive Prevention PLUS consta de once lecciones de 45 minutos dirigidas a estudiantes de 9º a 12º grado, impartidas por profesores formados durante la jornada escolar normal en los cursos de ciencias, salud o educación física. El plan de estudios de 11 lecciones incluye lecciones sobre los beneficios de la abstinencia, la comunicación asertiva, las habilidades de rechazo, el acceso a los servicios de salud reproductiva, la negociación del preservativo y su uso. Los estudiantes practican la comunicación sobre la abstinencia y las habilidades de reducción de riesgos a través de juegos de rol con guión y otras actividades interactivas.	EEUU	-	Alumnos de educación secundaria de 21 colegios de California del sur	-	Beneficios de la abstinencia, la comunicación asertiva, las habilidades de rechazo, el acceso a los servicios de salud reproductiva, la negociación del preservativo y su uso.	En colegios seleccionados	-
15	Lessons learnt from the CERCA	Ivanova, O. Pozo, K. C. Segura, Z.	Evaluation and Program	D1	Esta es una evaluación cualitativa post-hoc del proyecto CERCA (Community-Embedded Reproductive Health Care for Adolescents) para	El proyecto tenía como objetivo reducir los embarazos en adolescentes mejorando la comunicación de los	Nicaragua, Bolivia	CORDIS, European	Adolescentes y su entorno, incluidos los	-	a) Componente educativo: Acceso a información precisa	En comunidad (Nicaragua).	-

N°	Título del Artículo (Fecha)	Autor(es)	Nombre de la Revista (volumen, número y página)	Nivel de evidencia	Conclusión/ resultado	Breve descripción de la intervención	País de la intervención	Entidad responsable	Población objetivo	Criterios de focalización	Principales componentes	Modalidad de entrega	Vinculación con otras intervenciones
	Project, a multicomponent intervention to promote adolescent sexual and reproductive health in three Latin America countries: A qualitative post-hoc evaluation (2016)	E. Vega, B. Chandra-Mouli, V. Hindin, M. J. Temmerman, M. Decat, P. De Meyer, S. Michielsen, K.	Planning (vol 58, núm 2016, pag 98-105)		determinar si hubo fallos en su diseño, implementación, monitoreo o evaluación que hayan afectado los resultados obtenidos. Los datos mostraron que el CERCA sensibilizó a las partes interesadas y fomentó el debate sobre el embarazo adolescente. En cuanto al diseño, un punto fuerte fue el enfoque participativo; un punto débil fue que el análisis detallado de la situación se completó demasiado tarde. En cuanto a la implementación, un punto fuerte fue que se implementaron actividades multifacéticas; un punto débil fue que las actividades no se sometieron a pruebas piloto de viabilidad/aceptabilidad y evolucionaron sustancialmente a lo largo del proyecto. En cuanto a la supervisión, los puntos fuertes fueron que la supervisión regular mantuvo el proyecto en el camino administrativo/financiero; un punto débil fue que los indicadores de supervisión no cambiaron a medida que cambiaba el paquete de intervención. En cuanto a la evaluación, los puntos débiles fueron la importante tasa de abandono y la escasa atención prestada a los adolescentes.	adolescentes con sus padres, parejas y compañeros sobre temas de Salud Sexual y reproductiva (SSR), el acceso a información precisa sobre SSR, el uso de servicios de SSR en entornos de salud primaria y el uso de anticonceptivos modernos. Las intervenciones se implementaron desde septiembre de 2011 hasta abril de 2013 en distritos urbanos elegidos al azar en Managua (Nicaragua) y en escuelas secundarias seleccionadas intencionalmente en Cochabamba (Bolivia) y Cuenca (Ecuador). Las actividades implementadas se dirigieron a los adolescentes y a su entorno, incluidos los padres, los miembros de la comunidad, las autoridades locales y los proveedores de atención sanitaria; se adaptaron a los contextos y necesidades locales.	y Ecuador.	Comission	padres, los miembros de la comunidad, las autoridades locales y los proveedores de atención sanitaria.		sobre SSR. b) Componente de salud: Uso de servicios de SSR en centros de salud primaria y uso de anticonceptivos modernos. c) Componente comunicacional: Mejora de la comunicación de los adolescentes sobre temas de SSR.	En colegios secundarios seleccionados (Bolivia y Ecuador).	
16	Text Messaging, Teen Outreach Program, and Sexual Health Behavior: A Cluster Randomized Trial (2016)	Bull, S. Devine, S. Schmiege, S. J. Pickard, L. Campbell, J. Shlay, J. C.	Am J Public Health (vol 106, suplemento 1, pag S117-S124)	A3	Las participantes hispanas de "Youth All Engaged!" (YAE!) en el grupo intervenido tuvieron menos embarazos en el seguimiento (1,79%) que las del grupo de control (6,72%; P = 0,02). La intervención "Youth All Engaged!" es factible, de bajo costo y podría tener beneficios potenciales para los jóvenes hispanos.	El programa YAE! es un programa híbrido que combina el programa Teen Outreach Program - TOP que es un programa de educación sexual (25 sesiones semanales de clases impartidas durante 9 meses, más 20 horas de servicio comunitario) con un sistema de mensajes de texto que refuerza la atención y absorción del contenido educativo (de 5 a 7 mensajes de texto semanales que refuerzan los contenidos de salud sexual y reproductiva).	EEUU	-	Adolescentes	Jóvenes de minorías y que viven en la pobreza.	Componente educativo (programa Teen Outreach Program - TOP). Componente de mensajería.	En clubes juveniles (Boys & Girls Clubs).	-

N°	Título del Artículo (Fecha)	Autor(es)	Nombre de la Revista (volumen, número y página)	Nivel de evidencia	Conclusión/ resultado	Breve descripción de la intervención	País de la intervención	Entidad responsable	Población objetivo	Criterios de focalización	Principales componentes	Modalidad de entrega	Vinculación con otras intervenciones
17	Prevención del embarazo en adolescentes. Situación y perspectivas al 2021 (2016)	Equipo de Seguimiento Concertado a las Políticas de Salud Sub Grupo "Prevención del Embarazo en Adolescentes"	Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza (2016)	C4	<p>-En salud: entre el 2009 y el 2014 no ha habido un aumento en el uso de métodos anticonceptivos modernos entre mujeres adolescentes sexualmente activas.</p> <p>-En educación: Entre el 2007 y el 2014 la tasa de conclusión escolar entre adolescentes de 17-18 años subió 8 puntos porcentuales. Pese a ello, 8 de cada 10 adolescentes embarazadas abandona la secundaria. Por otro lado, desde el 2016 la ESI (Educación Sexual Integral) se incorporó a la currícula nacional.</p> <p>- En protección contra la violencia: los centros de desarrollo integral de la familia (CEDIF) capacitaron a 416 adolescentes y 469 padres de familia sobre prevención del embarazo adolescente. Por otra parte, los centros de atención residencial capacitaron a 24 adolescentes en Loreto sobre salud sexual y reproductiva.G17</p>	<p>- Servicios diferenciados de atención integral de salud para adolescentes: Espacios dentro de la red de centros de salud nacional que brindan atención diferenciada para adolescentes entre los 12 y los 17 años tanto en espacio como en tiempo. Esta atención consta de capacitación en salud sexual y reproductiva, y acceso a anticoncepción.</p> <p>- Programa de Educación Sexual Integral (ESI): Esquema de capacitaciones sobre salud sexual y reproductiva dentro de la currícula nacional de educación básica que se integra dentro de las áreas de personal social y desarrollo personal, ciudadanía y cívica y las horas de tutoría.</p> <p>- Centros de desarrollo integral de la familia (CEDIF): Capacitación en temas de prevención del embarazo adolescente para padres y de familias y adolescentes.</p> <p>- Centros de atención residencial: Capacitación en salud sexual y reproductiva a adolescentes para estrategia de pares para la prevención de embarazo adolescente.</p>	Perú	MINS MINEDU MIMP	<p>- Salud: Población adolescente a nivel nacional.</p> <p>- Educación: Docentes, tutores, padres y madres de familia de educación inicial, primaria y secundaria.</p> <p>- Protección contra la violencia: Adolescentes y padres de familia.</p>	-	<p>- En salud: a) Componente educativo en salud sexual y reproductiva, b) acceso a anticonceptivos.</p> <p>- En educación: a) Permanencia escolar, b) Educación Sexual Integral.</p> <p>- En protección contra la violencia: Fortalecimiento de las familias.</p>		-
18	Intersectorality as a strategy for promoting adolescent sexual and reproductive health (2015)	Ribeiro, E F Henrique, F Fernandes, L Silva, T F Kuabara, L H Sanches, V A	Interface - Comunicação, Saúde, Educação (vol 19, núm supl. 1, pag 879-891)	-	Estudio cualitativo que describe las actividades realizadas en las escuelas para promover la educación sexual y prevención del embarazo adolescente. No evalúa <i>per se</i> una intervención, por ello, no contribuye en esta revisión. (excluido)								

N°	Título del Artículo (Fecha)	Autor(es)	Nombre de la Revista (volumen, número y página)	Nivel de evidencia	Conclusión/ resultado	Breve descripción de la intervención	País de la intervención	Entidad responsable	Población objetivo	Criterios de focalización	Principales componentes	Modalidad de entrega	Vinculación con otras intervenciones
19	Soccer and sexual health education: A promising approach for reducing adolescent births in Haiti (2015)	Kaplan, K. C. Lewis, J. Gebrian, B. Theall, K.	Revista Panamericana de Salud Pública (vol 37, núm 4/5, pag 316-323)	B3	En el análisis de regresión logística múltiple, solo las niñas que recibieron exclusivamente el componente educativo tuvieron un número significativamente menor de nacimientos frente a las no participantes tras ajustar por factores de confusión (odds ratio = 0,535; intervalo de confianza (IC) del 95% = 0,304, 0,940). El análisis de regresión de Cox demostró que las niñas que recibieron solo el componente educativo (HR = 0,893; 95% CI = 0,802, 0,994) y en mayor medida las que recibieron el componente educativo más las prácticas de fútbol (HR = 0,631; 95% CI = 0,558, 0,714) estaban significativamente más protegidas contra la maternidad entre los 15 y los 19 años. El programa GenNext de la FSH demuestra la eficacia de utilizar enfermeras educadoras, la movilización de la comunidad y la participación de los jóvenes en deportes, educación y grupos juveniles estructurados para promover y mantener la salud de las adolescentes y las mujeres jóvenes.	Programa GenNext es una intervención combinada de educación y fútbol para jóvenes basada en las clases de salud sexual y reproductiva que las enfermeras y los trabajadores comunitarios de salud de la Fundación por la Salud de Haití (FSH) habían estado impartiendo en Haití para madres, padres y jóvenes. El programa consistía en a) cursos de salud sexual y reproductiva, b) Días de la Salud de las Niñas, c) una liga de fútbol de verano sólo para mujeres, y d) eventos de movilización comunitaria en el Día Mundial del SIDA.	Haití	Fundación para la Salud de Haití	Adolescentes entre los 15 y 19 años	Zonas rurales de Haití	a) Componente de educación sexual y reproductiva. b) Componente de práctica de fútbol.	En la comunidad.	-

N°	Título del Artículo (Fecha)	Autor(es)	Nombre de la Revista (volumen, número y página)	Nivel de evidencia	Conclusión/ resultado	Breve descripción de la intervención	País de la intervención	Entidad responsable	Población objetivo	Criterios de focalización	Principales componentes	Modalidad de entrega	Vinculación con otras intervenciones
20	Efectividad del programa psicoeducativo de educación sexual y salud reproductiva (2015)	Hernández-Millán, Z L Bravo-Polanco, E López-Hernández, P Águila-Rodríguez, N Cepero-Águila, L	Revista Cubana de Enfermería (vol 31, núm 1, pag 1-15)	C4	Se logra elevar el conocimiento del momento oportuno para iniciar las relaciones sexuales, de 18 % a un 71 %; acerca del riesgo del embarazo en la primera relación sexual, de 37 % al 75 %; riesgos del embarazo y el aborto, de 57 % a un 71 %; identificación de las Infecciones de Transmisión Sexual y sus consecuencias de 27 % al 75 % y de 26 % al 83 % respectivamente. De forma general se logra modificar, de forma creciente, el conocimiento en las categorías de "muy suficientes" de un 13,9 % a un 26,7 % y "suficientes" de un 28,9 % a un 53,9 % y la de "insuficientes" decrece de un 57,2 % a un 19,4 %, siendo efectivo el programa en un 85,7 %.	Intervención psicoeducativa que consta de 8 sesiones de 30 a 45 minutos cada 15 días a lo largo del año escolar. En algunas sesiones participaron voluntariamente los padres de familia.	Cuba	-	Adolescentes mujeres de 9 grado de escuela secundaria básica urbana.	-	Componente psicoeducativo.	En escuelas secundarias.	-

N°	Título del Artículo (Fecha)	Autor(es)	Nombre de la Revista (volumen, número y página)	Nivel de evidencia	Conclusión/ resultado	Breve descripción de la intervención	País de la intervención	Entidad responsable	Población objetivo	Criterios de focalización	Principales componentes	Modalidad de entrega	Vinculación con otras intervenciones
21	Estimating the impact and cost-effectiveness of expanding access to secondary education in Ghana (2015)	Dupas, P Dugflo, E Kremer, M	International Initiative for Impact Evaluation (3ie) (2015)	A3	El programa de becas mejoró significativamente los resultados en materia de salud reproductiva, especialmente al retrasar el inicio de la maternidad. Se reportó que la ocurrencia de embarazos y embarazos no deseados se redujo en siete puntos porcentuales (15%) entre las mujeres becadas, y las tasas de matrimonio fueron significativamente menores entre los hombres becados.	La intervención consistió en conceder becas para la matrícula y las tasas completas de los alumnos no internos de los últimos años de educación secundaria (senior high school - SHS), pagadas directamente a las escuelas y que cubren la totalidad de la factura escolar. El programa de becas pagó una media de 900 cedis ghaneses (400 dólares) por estudiante durante cuatro años. Los estudiantes que recibían la beca se hacían cargo de sus propios gastos de transporte, alimentación e internado, si decidían hacerlo. Los gastos de transporte escolar solían ser limitados, ya que el estudio sólo incluía a los estudiantes que se encontraban en un SHS de su distrito, mientras que la familia debía correr con los gastos de alimentación independientemente del programa de becas. Los estudiantes a los que se les concedía una beca tenían hasta el segundo trimestre del curso 2009/2010 (es decir, un año) para matricularse, tras lo cual perdían su derecho a la beca.	Ghana	ONGs internacionales y el gobierno de Ghana.	Alumnos que ingresaban a los últimos 4 años de educación secundaria (SHS).	-	Beca para matrícula y tasas escolares completas.	En colegios secundarios .	-

N°	Título del Artículo (Fecha)	Autor(es)	Nombre de la Revista (volumen, número y página)	Nivel de evidencia	Conclusión/ resultado	Breve descripción de la intervención	País de la intervención	Entidad responsable	Población objetivo	Criterios de focalización	Principales componentes	Modalidad de entrega	Vinculación con otras intervenciones
22	Education, HIV, and Early Fertility: Experimental Evidence from Kenya (2015)	Duflo, E. Dupas, P. Kremer, M.	Am Econ Rev (vol 105, núm 9, pag 3757-2797)	A3	Las subvenciones a la educación reducen el abandono escolar, el embarazo y el matrimonio de las adolescentes, pero no las infecciones de transmisión sexual (ITS). El plan de estudios sobre el VIH del gobierno, que hace hincapié en la abstinencia hasta el matrimonio, no reduce los embarazos ni las ITS. Ambos programas combinados reducen más las ITS, pero tienen un menor efecto en el abandono escolar y el embarazo, que las subvenciones a la educación por sí solas. Estos resultados son incompatibles con un modelo de escolarización y comportamiento sexual en el que tanto el embarazo como las ITS están determinados por un solo factor (las relaciones sexuales sin protección), pero son coherentes con un modelo de dos factores en el que la elección entre relaciones comprometidas y casuales también afecta a estos resultados.	El programa de subsidio a la educación, que subvencionaba el coste de la educación de los alumnos de los últimos grados de primaria proporcionando dos uniformes escolares gratuitos durante los tres últimos años de la escuela primaria. El programa de educación sobre el VIH en el que tres profesores de cada escuela primaria recibieron formación proporcionada por el gobierno para ayudarles a impartir el plan de estudios nacional sobre el VIH/SIDA de Kenia, que hace hincapié en la abstinencia hasta el matrimonio como forma de prevenir la infección. También se añadió un pequeño componente extra que hacía hincapié explícitamente en los preservativos dentro de los límites del plan de estudios.	Kenia	Ministerio de Educación de Kenia, Consejo Nacional de Control del Sida de Kenia y la ONG ICS África.	Estudiantes de 6to. grado de primaria	-	a) Programa de subsidio a la educación. b) Programa de educación sobre VIH y anticoncepción.	En colegios primarios seleccionados.	-

N°	Título del Artículo (Fecha)	Autor(es)	Nombre de la Revista (volumen, número y página)	Nivel de evidencia	Conclusión/ resultado	Breve descripción de la intervención	País de la intervención	Entidad responsable	Población objetivo	Criterios de focalización	Principales componentes	Modalidad de entrega	Vinculación con otras intervenciones
23	What happens once the intervention ends? The medium-term impacts of a cash transfer programme in Malawi (2015)	Baird, S Chirwa, E McIntosh, C Ozler B	International Initiative for Impact Evaluation (3ie) (2015)	A3	Los resultados sugieren que los impactos a largo plazo solo se mantienen cuando un programa de transferencia de efectivo logra mejoras sustanciales en el stock de una forma duradera de capital, como el capital humano.	Zomba Cash Transfer Programme (ZCTP): es una intervención aleatoria de transferencia de dinero en efectivo dirigida a las mujeres jóvenes de Malawi que ofrece incentivos (en forma de cuotas escolares y transferencias de dinero en efectivo) a las alumnas actuales y a las mujeres jóvenes que han abandonado recientemente la escuela para que permanezcan en ella o la retomen. Hay dos ramas de tratamiento: transferencias monetarias condicionadas (TMC) y transferencias monetarias no condicionadas (TIN). El monto de transferencia fluctuó entre 1 a 5 dólares mensuales, este monto se entregaba si la participante acudía a más del 80% de los días programados. En la rama TIN los montos de transferencia eran los mismos que en la rama TMC con la única diferencia que en los TIN no se exigía asistir a clase.	Malawi	-	Alumnas actuales y mujeres jóvenes que han abandonado recientemente la escuela.	-	a) Transferencia monetaria condicionada al retorno (o permanencia) al colegio. b) Transferencia monetaria no condicionada al retorno (o permanencia) al colegio.	Entrega mediante depósito mensual.	-

N°	Título del Artículo (Fecha)	Autor(es)	Nombre de la Revista (volumen, número y página)	Nivel de evidencia	Conclusión/ resultado	Breve descripción de la intervención	País de la intervención	Entidad responsable	Población objetivo	Criterios de focalización	Principales componentes	Modalidad de entrega	Vinculación con otras intervenciones
24	Effects of a teenage pregnancy prevention program in KwaZulu-Natal, South Africa (2014)	Taylor, M. Jinabhai, C. Dlamini, S. Sathiparsad, R. Eggers, M. S. De Vries, H.	Health Care Women Int (vol 35, núm 7-9, pag 845 - 858)	A3	Los resultados indicaron actitudes significativamente más saludables en los grupos intervenidos, incluyendo la intención de abstenerse de tener relaciones sexuales mientras se está en la escuela, los planes para comunicarse con las parejas sobre el embarazo adolescente y el aumento de los reportes sobre el uso de condones, pero no sobre la ocurrencia de embarazo adolescente (evaluado en aquellos que si tuvieron relaciones sexuales). Los investigadores proporcionan así cierto apoyo a la eficacia de un programa de prevención de embarazo adolescente que debería reforzarse aún más en un enfoque integral que incluya a las escuelas y a las familias.	Programa de prevención de embarazo adolescente: Programa que constaba de 12 lecciones semanales en las que se utilizaba una variedad interactiva de actividades que incluían juegos de rol, discusiones en grupos pequeños y grandes, debates y visualización de videos hechos especialmente para las discusiones con los estudiantes, que fueron implementados por dos pares de jóvenes facilitadores masculinos y femeninos capacitados. Los objetivos del programa eran proporcionar información, abordar las actitudes de los estudiantes y fomentar las intenciones de prevenir el embarazo adolescente. Los temas tratados fueron Conocerse a sí mismo, La elección es tuya, Relaciones, Tomar decisiones, Desarrollo del cuerpo, Anticoncepción, Presión de los compañeros, Cultura, Paternidad, Responsabilidad y Derechos humanos.	Sudáfrica	-	Alumnos de octavo grado (primer grado de secundaria) de escuelas secundarias.	-	Componente de educación sexual y reproductiva.	En colegios secundarios seleccionados.	-

N°	Título del Artículo (Fecha)	Autor(es)	Nombre de la Revista (volumen, número y página)	Nivel de evidencia	Conclusión/ resultado	Breve descripción de la intervención	País de la intervención	Entidad responsable	Población objetivo	Criterios de focalización	Principales componentes	Modalidad de entrega	Vinculación con otras intervenciones
25	The unintended consequences of sex education: an ethnography of a development intervention in Latin America (2014)	Nelson, E. Edmonds, A. Ballesteros, M. Soto, D. E. Rodriguez, O.	Anthropology & Medicine (vol 21, núm 2, pag 189-201)	D1	El objetivo de crear una intervención "integrada en la comunidad" se vio potencialmente socavado por el hecho de que los miembros de la comunidad tuvieran una comprensión diferente de lo que puede y debe decirse sobre el sexo. Aunque la intervención no siempre tuvo los efectos que los planificadores de salud pública habían previsto, tampoco fue ineficaz. Diversos actores sociales, incluido el personal del proyecto, utilizaron a menudo su lenguaje y sus prácticas con distintos objetivos, lo que demuestra la naturaleza polifónica de la comunidad. Este estudio presenta el componente etnográfico del estudio principal de la intervención CERCA.	El proyecto tenía como objetivo reducir los embarazos en adolescentes mejorando la comunicación de los adolescentes con sus padres, parejas y compañeros sobre temas de SSR, el acceso a información precisa sobre SSR, el uso de servicios de SSR en entornos de salud primaria y el uso de anticonceptivos modernos. Las intervenciones se implementaron desde septiembre de 2011 hasta abril de 2013 en distritos urbanos elegidos al azar en Managua (Nicaragua) y en escuelas secundarias seleccionadas intencionalmente en Cochabamba (Bolivia) y Cuenca (Ecuador). Las actividades implementadas se dirigieron a los adolescentes y a su entorno, incluidos los padres, los miembros de la comunidad, las autoridades locales y los proveedores de atención sanitaria; se adaptaron a los contextos y necesidades locales.	Nicaragua, Bolivia y Ecuador	CORDIS, European Commission	Adolescentes y su entorno, incluidos los padres, los miembros de la comunidad, las autoridades locales y los proveedores de atención sanitaria.	-	a) Componente educativo: Acceso a información precisa sobre SSR. b) Componente de salud: Uso de servicios de SSR en centros de salud primaria y uso de anticonceptivos modernos. c) Componente comunicacional: Mejorar la comunicación de los adolescentes sobre temas de SSR.	En comunidad (nicaragua) En colegios secundarios seleccionados (Bolivia y Ecuador)	-

N°	Título del Artículo (Fecha)	Autor(es)	Nombre de la Revista (volumen, número y página)	Nivel de evidencia	Conclusión/ resultado	Breve descripción de la intervención	País de la intervención	Entidad responsable	Población objetivo	Criterios de focalización	Principales componentes	Modalidad de entrega	Vinculación con otras intervenciones
26	Final Report Summary - CERCA (Community-embedded Reproductive health Care for Adolescents) (2014)	Degomme, O. De Meyer, S. Decat, P.	CORDIS, European Commission (2014)	C4/D1	<p>La evaluación de impacto cuantitativa no pudo demostrar que las intervenciones postuladas por CERCA por sí solas fueran suficientes para aumentar el uso de anticonceptivos entre los adolescentes dentro del ensayo. No obstante, los autores consideraron que las intervenciones de CERCA tuvieron un importante impacto social en las comunidades donde se llevaron a cabo.</p> <p>Se necesitan "espacios de diálogo" no jerárquicos sobre cuestiones de sexo, sexualidad y relaciones, tanto unigeneracionales como multigeneracionales. Tanto los jóvenes como los adultos, en cada una de las rondas de los grupos de pares y en las entrevistas formales e informales, comunicaron su deseo de tener más oportunidades para hablar de estos temas con el apoyo de un facilitador. Los jóvenes, en especial, dijeron que querían ir más allá de las charlas sobre preservativos, ITS y embarazos no deseados y conseguir un mejor manejo de sus relaciones románticas y/o sexuales. Los padres (y los abuelos encargados de cuidar a los nietos adolescentes) expresaron su deseo de tener más apoyo para aprender a hablar mejor de estos temas en sus hogares. Este tipo de aprendizaje es especialmente adecuado para los "abordajes familiares", las "visitas domiciliarias" y las conversaciones en los comités comunitarios, que fueron bien recibidas por los miembros de la comunidad. Aunque no se trata de metodologías de alto coste, requieren de mucho tiempo.</p>	<p>El proyecto tenía como objetivo reducir los embarazos en adolescentes mejorando la comunicación de los adolescentes con sus padres, parejas y compañeros sobre temas de SSR, el acceso a información precisa sobre SSR, el uso de servicios de SSR en entornos de salud primaria y el uso de anticonceptivos modernos. Las intervenciones se implementaron desde septiembre de 2011 hasta abril de 2013 en distritos urbanos elegidos al azar en Managua (Nicaragua) y en escuelas secundarias seleccionadas intencionalmente en Cochabamba (Bolivia) y Cuenca (Ecuador). Las actividades implementadas se dirigieron a los adolescentes y a su entorno, incluidos los padres, los miembros de la comunidad, las autoridades locales y los proveedores de atención sanitaria; se adaptaron a los contextos y necesidades locales.</p>	Nicaragua, Bolivia y Ecuador	CORDIS, European Commission	Adolescentes y su entorno, incluidos los padres, los miembros de la comunidad, las autoridades locales y los proveedores de atención sanitaria.	-	<p>a) Componente educativo: Acceso a información precisa sobre SSR.</p> <p>b) Componente de salud: Uso de servicios de SSR en centros de salud primaria y uso de anticonceptivos modernos.</p> <p>c) Componente comunicacional: Mejorar la comunicación de los adolescentes sobre temas de SSR.</p>	En comunidad (nicaragua) En colegios secundarios seleccionados (Bolivia y Ecuador)	-

N°	Título del Artículo (Fecha)	Autor(es)	Nombre de la Revista (volumen, número y página)	Nivel de evidencia	Conclusión/ resultado	Breve descripción de la intervención	País de la intervención	Entidad responsable	Población objetivo	Criterios de focalización	Principales componentes	Modalidad de entrega	Vinculación con otras intervenciones
27	Beyond the clinic walls: empowering young people through Youth Peer Provider programmes in Ecuador and Nicaragua (2013)	Tebbetts, C. Redwine, D.	Reproductive Health Matters (vol 21, núm 41, pag 143-153)	D1	Los resultados de las evaluaciones cualitativas del programa destacan una mayor autoestima, una mayor capacidad de comunicación y de toma de decisiones, relaciones estrechas con los amigos y la familia, más interés en la escuela, comprensión de la responsabilidad en las relaciones y otros resultados positivos entre los participantes en el programa.	Youth Peer Provider programme: Programa combinado de educación sexual y reproductiva por pares y acceso a anticonceptivos modernos. Capacita a jóvenes líderes comunales menores de 20 años en salud sexual y reproductiva para que estos brinden capacitación en estos temas y provean de anticoncepción moderna a sus pares. Los pares proveedores están en constante supervisión para corroborar la calidad de la información que brindan.	Nicaragua, Ecuador	Planned Parenthood Global Asociación de mujeres Luisa Amanda Espinoza (Nicaragua) Centros de planificación familiar y atención sanitaria (Ecuador)	Adolescentes y jóvenes	Jóvenes de bajos ingresos y en situación de marginación	a) Componente de capacitación de pares: Instruye a proveedores adolescentes para que sean el nexo entre las organizaciones y la comunidad. b) Componente de provisión de servicios de salud sexual y reproductiva: Los proveedores pares facilitan el acceso a anticoncepción moderna e información sobre temas de salud sexual y reproductiva a los adolescentes.	En el centro comunitario local	-
28	Randomized controlled trial of 'teens and toddlers': a teenage pregnancy prevention intervention combining youth development and voluntary service in a nursery (2013)	Bonell, C. Maisey, R. Speight, S. Purdon, S. Keogh, P. Wollny, I. Sorhaindo, A. Wellings, K.	J Adolesc (vol 36, núm 5, pag 859 - 870)	A3	No hubo pruebas de beneficio en la reducción de encuentros sexuales sin protección (OR 5.2, IC95% 0.6 - 45.3) o expectativa de embarazo adolescente (OR 1.2, IC95% 0.8 - 1.8).	"Teen Outreach Program": La intervención consta de sesiones semanales de tres horas durante 18-20 semanas en guarderías locales. Cada sesión comienza con un tiempo de "chequeo" en el que las adolescentes cuentan al grupo cómo se sienten esa semana para que los facilitadores puedan identificar cualquier problema o cuestión a la que las chicas se hayan enfrentado y que pueda afectar a su comportamiento o ser tratado durante la sesión. El tiempo de guardería y el trabajo en grupo tienen lugar después del registro y las sesiones de asesoramiento tienen lugar con participantes individuales durante el tiempo de guardería.	Gran Bretaña	Children: Our Ultimate Investment	Jóvenes considerados en riesgo de ser padres adolescentes	Escuelas de zonas geográficas con altos índices de embarazo adolescente	a) Voluntariado b) Acompañamiento a la adolescente	En guarderías locales	-
29	Durable effects of implementation intentions:	Martin, J. Sheeran, P. Slade, P.	Health Psychol (vol 30, núm 3,	-	Excluido por pasar del punto de corte temporal (excluido)								

N°	Título del Artículo (Fecha)	Autor(es)	Nombre de la Revista (volumen, número y página)	Nivel de evidencia	Conclusión/ resultado	Breve descripción de la intervención	País de la intervención	Entidad responsable	Población objetivo	Criterios de focalización	Principales componentes	Modalidad de entrega	Vinculación con otras intervenciones
	reduced rates of confirmed pregnancy at 2 years (2011)	Wright, A. Dibble, T.	pag 368 - 373)										
30	Intervención educativa en adolescentes con riesgo de embarazo (2011)	Fernández, I Torrecilla, M Morales, A Báez, E	Revista Cubana de Enfermería (vol 27, núm 4, pag 281-288)	-	Excluido por pasar del punto de corte temporal (excluido)								
31	Taller sobre sexualidad en la adolescencia: una experiencia de la salud del equipo de la familia con los adolescentes de la educación media (2011)	Baccarat de Godoy, Ch Ortega-Ferreira, L Miranda dos Santos, P R Lopes-Sobrinho, M W Vieira-Weiss, M C Salomé-Souza, S P	Rev Min Enferm (vol 15, núm 4, pag 573-578)	-	Excluido por pasar del punto de corte temporal (excluido)								
32	Desenvolvimento de habilidades: estratégia de promoção da saúde e prevenção da gravidez na adolescência (2010)	Gurgel, M G I Alves, M D S Moura, E R F Pinheiro, P N d C Rego, R M V	Revista Gaúcha de Enfermagem (vol 31, núm 4, pag 640-646)	-	Excluido por pasar del punto de corte temporal (excluido)								
33	Intervención educativa	Amaro-Hernández,	Revista Archivo	-	Excluido por pasar del punto de corte temporal (excluido)								

N°	Título del Artículo (Fecha)	Autor(es)	Nombre de la Revista (volumen, número y página)	Nivel de evidencia	Conclusión/ resultado	Breve descripción de la intervención	País de la intervención	Entidad responsable	Población objetivo	Criterios de focalización	Principales componentes	Modalidad de entrega	Vinculación con otras intervenciones
	sobre conocimientos de anticoncepción en adolescentes (2010)	F Reyes-Guzmán, G Palacios-Martínez de Santelices, L Cardoso-Núñez, O	Médico de Camagüey (vol 14, núm 3)										
34	The sexual and reproductive health of young people in Latin America: Evidence from WHO case studies (2008)	Kostrzewa, K.	Salud Publica De Mexico (vol 50, núm 1, pag 10-16)	-	Excluido por pasar del punto de corte temporal (excluido)								
35	Biological and behavioural impact of an adolescent sexual health intervention in Tanzania: a community-randomized trial (2007)	Ross, D. A. Chagalucha, J. Obasi, A. I. Todd, J. Plummer, M. L. Cleophas-Mazige, B. Anemona, A. Everett, D. Weiss, H. A. Mabey, D. C. Grosskurth,	AIDS (vol 21, núm 14, pag 1943 - 1955)	-	Excluido por pasar del punto de corte temporal (excluido)								

N°	Título del Artículo (Fecha)	Autor(es)	Nombre de la Revista (volumen, número y página)	Nivel de evidencia	Conclusión/ resultado	Breve descripción de la intervención	País de la intervención	Entidad responsable	Población objetivo	Criterios de focalización	Principales componentes	Modalidad de entrega	Vinculación con otras intervenciones
		H. Hayes, R. J.											
36	Evaluation of a school-based sex education program for low income male high school students in Chile (2003)	Silva, M. Ross, I.	Evaluation and Program Planning (vol 26, núm 1, pag 1-9)	-	Excluido por pasar del punto de corte temporal (excluido)								

11.5 Sistematización de las entrevistas realizadas

A continuación, se presenta la sistematización narrativa de las entrevistas realizadas como parte de la consultoría, para lo cual es necesario considerar dos aspectos relevantes.

El primero de ellos, es que las preguntas de las guías de entrevistas propuestas (descritas en el Anexo 11.2.4) han sido distintas según los perfiles de las personas entrevistadas, considerando su área de experticia y conocimiento.

Un segundo aspecto que es necesario enfatizar es que la sistematización que se presenta a continuación se basa exclusivamente en las respuestas dadas por los entrevistados en los diversos temas que fueron abordados. No es nuestra intención hacer una valoración de los testimonios ni analizar su coincidencia con la evidencia.

Identificamos tres temáticas principales sobre los cuales vamos a estructurar los resultados de las entrevistas:

- Situación actual del embarazo adolescente y los servicios de salud sexual y reproductiva para esta población.
- Valoración de las intervenciones enfocadas en la reducción del Embarazo Adolescente.
- La pandemia y el embarazo adolescente.

Como podrá apreciarse a lo largo de la presente sección, dentro de cada una de estas temáticas (títulos de la sección) se han identificado subtemas (subtítulos), los cuales se relacionan con las categorías de información utilizadas para agrupar los códigos estrechamente asociados (consignados en la “Matriz de sistematización de la información de las entrevistas”).

11.5.1 Situación actual del embarazo adolescente y los servicios de salud sexual y reproductiva para esta población

Causas y determinantes del embarazo adolescente

Uno de los primeros aspectos explorados con las personas entrevistadas estuvo relacionado con las causas del embarazo adolescente (EA). En líneas generales, todos los entrevistados señalan más de una causal para esta realidad. Asimismo, desde sus experiencias los entrevistados enfatizan en algunos aspectos principales:

A. Limitado uso de métodos anticonceptivos (MAC)

Varias de los entrevistados de organismos de cooperación enfatizan en el pobre uso de anticonceptivos como una de las causas principales. Si bien se asocia esto a la existencia de barreras para acceder a los servicios de SSR, así como a la entrega de MAC, se menciona la falta de conocimiento entre los adolescentes, lo cual se relaciona con niveles precarios de educación, incluyendo una limitada implementación de una Educación Sexual Integral (ESI).

B. La violencia sexual y las condiciones del hogar que facilitan el inicio sexual

Uno de los factores que se resalta, principalmente por los expertos del sector público como por aquellos de las organizaciones de sociedad civil, es la violencia sexual. Esto incluye tanto el abuso sexual como las relaciones supuestamente consentidas que se dan, en realidad, bajo presión.

Sobre los casos de violencia sexual se menciona que ocurre con frecuencia dentro del espacio del hogar y que factores como el hacinamiento facilitan su ocurrencia. Asimismo, al menos una de las personas entrevistadas, integrante de una organización internacional, señala que también se relaciona a esa condición en los hogares el inicio temprano de las relaciones sexuales. Esto se debería, según refiere, a las condiciones de privacidad limitadas que exponen a las niñas y adolescentes a situaciones que despiertan tempranamente la curiosidad sexual en ellas.

Al menos uno de los expertos del sector público menciona patrones culturales que facilitan la violencia sexual, tales como la normalización del turismo sexual (particularmente en la selva) en donde las adolescentes son víctimas frecuentes.

C. Glorificación de la maternidad y la percepción de esta como ruta de escape

Al menos una de las personas entrevistadas, prestadora de salud estatal y experta en salud mental, señala entre las razones la glorificación de la maternidad y la percepción de la misma como una ruta de escape a la situación de violencia que se vive en los hogares. Según refiere, muchas adolescentes buscan salir de sus casas por la situación de intensa violencia que ahí se vive y encuentran en el embarazo una alternativa para salir de sus casas.

En términos estadísticos, uno de los entrevistados, experto en estos temas, hace reflexiones respecto a la interpretación de las cifras de embarazo adolescentes que vale la pena tomar en cuenta:

1. En las cifras con las que se cuenta como parte de la ENDES se alude a embarazos actuales (aceptados) y embarazos que hayan terminado en un parto; sin embargo, esta cifra no se equipara al total de gestaciones ocurrida en la población, ya que no toma en cuenta los abortos, pérdidas y natimuecos que hayan ocurrido; asimismo, tampoco incluye aquellos embarazos actuales que muy probablemente se hayan decidido terminar. En este sentido, plantea aumentar entre 1.5 y 2 puntos porcentuales a las cifras actuales para tener una idea más precisa del porcentaje de adolescentes que están embarazadas o han estado embarazadas alguna vez. Según nos refiere, se viene elaborando un indicador que pueda dar cuenta de esta cifra.
2. Dentro del embarazo adolescente hay perfiles muy distintivos; no sólo hay diferencias marcadas entre las poblaciones de 14 años o menos y aquella de 15 o más años; sino que existen diferencias dentro de cada grupo. Particularmente, dentro del grupo de 15 a 19 años existen diferencias marcadas entre las gestantes de 15-16 y aquellas de 17 o más. Estas diferencias se asocian principalmente con las condiciones en que se da el embarazo. Tal como refiere el experto que hace estas reflexiones, aquellas gestantes de 15 años muy probablemente empezaron a gestar a los 14 (considerando la duración del embarazo) y en ese contexto la violencia sexual toma un papel protagónico, lo cual es menos frecuente entre las gestantes adolescentes que están entre los 17 y 19 años. Otro de los elementos relacionado a los perfiles que hay que tomar en cuenta, son las diferencias entre los contextos de los hogares (y su nivel de afectación por la pandemia), el acceso a aborto que existe en los diferentes grupos y otros elementos que afecta la visibilización real de los embarazos entre las adolescentes. Es necesario conocer mejor los perfiles para plantear intervenciones mejor enfocadas.
3. Aproximadamente entre el 12 y 15% de los embarazos de adolescentes son segundos embarazos. Esta cifra da cuenta de una enorme pérdida de oportunidades por parte de los servicios para prevenir estos embarazos. Esto

nos lleva a poner la mirada sobre los prestadores de salud y el rol que están cumpliendo para facilitar, o no, el acceso de los adolescentes a servicios de prevención del embarazo y MAC.

Provisión de servicios de SSR, MAC y ESI a la población adolescente

Respecto a la provisión de servicios de salud para adolescentes, exponemos, a continuación, las percepciones que existen sobre cómo se vienen entregando:

A. Provisión de servicios de SSR y MAC, incluyendo AOE

Tanto los informantes de los ministerios como los de las regiones reconocen la importancia de la provisión de MAC y refieren que estos se vienen entregando a los adolescentes en los establecimientos. Sobre la entrega en otros espacios comunitarios (fuera de los establecimientos), una de las personas entrevistadas del ámbito regional menciona que se viene llevando a cabo, por ejemplo, a través de programas sociales que operan a nivel local. Varios de los entrevistados en regiones mencionan que el ingreso a las Instituciones Educativas (IIEE) como espacio donde proveer información sobre MAC es complicado, particularmente aquellas IIEE de corte religioso.

Sobre la entrega de AOE, los informantes del gobierno nacional dan cuenta de que existen limitaciones para la entrega, inclusive como parte del kit de atención de casos de violencia sexual, sobre las cuales se ha venido trabajando. Según refiere una de las personas entrevistadas, actualmente alrededor del 50% de los establecimientos vienen ofreciendo la AOE. Se menciona, además, que en los establecimientos de salud se reconoce a la AOE como parte del kit de emergencia ante casos de violencia sexual, pero que se reconoce menos su uso por algún accidente en la relación sexual.

B. Provisión de aborto terapéutico (AT)

Los informantes del ámbito estatal reconocen las falencias en la provisión de AT, el cual tiene procesos engorrosos y es pobremente ofertado por los prestadores de salud. Según refiere al menos uno de ellos, los prestadores son una barrera para el acceso a AT, debido a sus propias concepciones sobre el aborto. Muchos de ellos aluden “objeción de conciencia” frente a este procedimiento. Mencionan, además, que entre aquellos que sí prestan el servicio, hay mucho temor por los problemas legales que ello pueda implicar. Asimismo, se indica que el embarazo adolescente no está en la lista de causales de AT, por lo que cuando se busca su aplicación se debe aludir a la afectación de salud mental, lo cual dificulta el proceso, ya que esto último debe ser sustentado por un especialista.

C. Realización de actividades extramurales

Según refiere una coordinadora regional, las actividades extramurales se han reanudado luego de la pandemia. Estas se dan en diversos marcos de acción, en coordinación con IIEE, a través de charlas, campañas, ferias por fechas emblemáticas, entre otras. Una de las limitaciones identificadas para la realización de estas actividades es que parece no haber un responsable claro sobre de estas, particularmente en las relacionadas a visitas domiciliarias, por ello el personal no se siente necesariamente responsable por llevar a cabo las actividades y ello afecta el trabajo articulado.

Otra de las limitaciones identificadas es que la normativa establece que el único que provee métodos anticonceptivos es el personal de salud y que ello se da en un espacio con ciertas condiciones (confidencial, privado y todo lo que requiere la atención en un

establecimiento de salud) que no es necesariamente fácil de identificar en los propios establecimientos.

Sin embargo, más allá de la ejecución actual de las actividades, sí se menciona que el indicador de llegada a adolescentes (que dé cuenta del porcentaje de adolescentes que acceden a estas actividades) no necesariamente está presente, lo cual hace que la población no sea priorizada por los prestadores de salud. En este sentido, una entrevistada refiere que las visitas domiciliarias están muy condicionadas a las responsabilidades específicas que han sido dadas a los prestadores, por lo que si la atención a adolescentes no es parte de su meta no se hace mayor esfuerzo en realizarla.

Currículo actual y oportunidades de mejora en la ESI

Casi todos los entrevistados con los que se discute la implementación de la ESI (cooperación internacional, gobierno nacional, sociedad civil) coinciden en el rol fundamental que cumplen los docentes en la misma. Al respecto, señalan la importancia no solo de que estos se encuentren capacitados, sino de contar con herramientas que permitan medir sus capacidades para impartir la ESI. Esto se señala como elemento clave al percibirse que los docentes tiene barreras propias para impartir una ESI de calidad.

En esta línea, algunos de los entrevistados (particularmente expertos en educación) señalan que el currículo actual sí aborda la ESI con los enfoques recomendados y que se promueve una aplicación transversal de la misma (y no solo enfocada en el curso de tutoría, como es actualmente) justamente tomando en cuenta los diversos aspectos de desarrollo personal que están incluidos.

Respecto a los materiales con los que se cuenta, una de las expertas en educación, exfuncionaria pública resalta que se cuenta con herramientas elaboradas por el MINEDU, incluyendo guías para desarrollar competencias socioemocionales, materiales pedagógicos para educación secundaria (no hace referencia a cuáles son estos documentos exactamente). En esta misma línea, una de las expertas en educación menciona que las IIEE deberían elaborar un diagnóstico previo a la implementación de la ESI el cual determina la programación anual, de modo que esta responda a sus necesidades. Si bien no menciona las herramientas usadas para dicha evaluación, una de las personas entrevistadas experta en el tema refiere que para ello se hace uso de un instrumento que no cuenta con un estudio psicométrico para determinar validez ni está aprobado por el sector.

Respecto a actividades enfocadas en la mejora de la ESI, una de las personas entrevistadas, experta en el sector educativo, nos menciona que el MINEDU viene trabajando una ficha para conocer el estado de la implementación de las acciones sobre ESI. Asimismo, se está trabajando un proyecto piloto, en coordinación con MINSA y el MIMP, el cual ha sido focalizado en 3 regiones: Lima, Ucayali y Loreto, para la mejora en la implementación de la ESI. Como parte de este proyecto ha habido una fase de capacitación a los especialistas, para que ellos capaciten a las IIEE y estas implementen actividades tanto en el aula como con la familia. Según menciona la entrevistada, ha sido una limitante para la implementación del proyecto la poca disponibilidad de recursos, lo que no les ha permitido abarcar más de tres regiones. Esto en parte se debe al hecho de que la ESI no tiene una cadena de financiamiento propia. Si bien se refiere que el mencionado piloto tendría resultados hacia finales de 2022 que puedan dar cuenta de su éxito, nos refiere otra de las personas expertas en el tema que dicho piloto no cuenta con línea de base, lo cual va a dificultar hacer una evaluación rigurosa.

En el lado de las limitaciones para la implementación de la ESI, varios de los entrevistados concuerdan en la existencia de las siguientes:

1. La falta de un presupuesto asignado específicamente para la implementación de la ESI. Esto no solo lleva a una limitación en los recursos con los que se cuenta y las estrategias que se pueden llevar a cabo, sino que se concatena con la ausencia de indicadores para el monitoreo y evaluación.
2. La falta de capacidades en los educadores para impartir la ESI. Expertos de los diversos sectores mencionan que, actualmente, a los docentes se les evalúa, pero no en el manejo de temas de sexualidad ni en su capacidad para manejar el tema. Los expertos del sector educación entrevistados refieren que el país cuenta con un currículo nacional que incluye la educación sexual integral en las competencias y capacidades, pero que todavía hay importantes brechas para que se implemente en el aula en el día a día.
3. La coyuntura política adversa hacia la implementación de la ESI. A lo largo de los últimos años ha habido diversos intentos de restringir los temas trabajados como parte de la ESI. De hecho, el último año se ha aprobado una ley que da a los padres de familia el derecho a revisar todos los recursos o materiales educativos que el MINEDU promueve, lo cual ha dejado a esta entidad de manos atadas hasta que se promulgue el reglamento para la aplicación de esta ley. Esto afecta la elaboración de materiales que de por sí ya se consideraban insuficientes en la actualidad.

Focalización y territorialidad de las intervenciones

Tal como se mencionó en la sección 3.1, se reconoce, entre los entrevistados, que la problemática de embarazo adolescente es multifactorial y que hay una necesidad de intervenciones mejor focalizadas y más efectivas.

En cuanto a territorios se refiere, se identifica a la zona rural y, de manera particular, a la región amazónica, como focos con una mayor necesidad de sumar esfuerzos. Si bien se menciona que factores culturales y otros relacionados con la pobreza, tales como son el hacinamiento, cohabitación, colecho, entre otros; pueden ser elementos que influyan en esta realidad, no se da una explicación determinante al respecto. Otro de los elementos que afectan estas zonas es la falta de insumos, como son los MAC, lo cual afecta directamente su uso.

Tomando esto en consideración, se menciona la importancia de que las intervenciones, así como los materiales a utilizarse, tengan un enfoque intercultural y territorial, lo cual favorezca no solo la comprensión sino la apropiación de estas por parte de los actores regionales. En este sentido se menciona la importancia de que cada región pueda contar con un plan de prevención propio, acompañado de un presupuesto, con la participación de los diversos actores a través de las mesas de trabajo, en las cuales los adolescentes tengan un nivel de participación en las diversas etapas, desde la elaboración de los programas y planes diseñados para ellos, hasta la evaluación de los resultados.

Por otro lado, se reconocen las brechas entre los diferentes estratos sociales, con una mayor frecuencia del embarazo adolescente entre los estratos más bajos. Estas son brechas que, según opinan los entrevistados, guardan relación directa con los niveles educativos, el acceso a los servicios privados, incluidos los servicios de aborto, entre otros; que vale la pena tomar en cuenta para la elaboración de intervenciones. Considerando las brechas económicas cobra sentido la opinión favorable que existe hacia los incentivos monetarios para favorecer la reducción del EA.

11.5.2 Valoración de las intervenciones enfocadas en la reducción del Embarazo Adolescente

Pertinencia de las intervenciones y las barreras para garantizar el acceso a los servicios

Si bien se mencionan algunos cuestionamientos al enfoque de los servicios, así como a las características de las intervenciones actuales para la reducción del EA, las mayores observaciones se dan en torno a las deficiencias en la ejecución de las actividades y, sobre todo, el rol de muchos prestadores que vienen siendo una barrera para el acceso a los servicios por parte de los adolescentes. Asimismo, se enfatiza mucho (particularmente por los funcionarios estatales, tanto de nivel nacional como regional) en la falta de presupuesto para la realización de actividades. A continuación, se detallan las principales falencias mencionadas por los entrevistados:

1. Las barreras propias de los prestadores de salud para la provisión de información, así como de anticonceptivos. Se resalta, por varios de los entrevistados, que entre los prestadores de salud existen barreras de conocimiento y creencias que les impiden prestar el servicio según establece la normativa. Si bien la norma es clara respecto al derecho de los adolescentes a acceder a MAC de manera autónoma y sin necesidad de que haya presencia de los padres y no restringe la consejería a la promoción de la abstinencia, muchos prestadores restringen su provisión de los servicios e insumos con base en sus propias valoraciones de lo que es correcto o adecuado para los adolescentes. Asimismo, una de las entrevistadas perteneciente a la sociedad civil refiere que las barreras para la prestación no son solo por temas “éticos” o “morales” sino que persisten mitos sobre el uso de MAC en adolescentes, como aquellos vinculados con la imposibilidad de uso de MAC hormonales en esta población.
2. Insuficiencia en los recursos humanos que proveen los servicios a adolescentes y la falta de capacidades en estos. Se mencionan entre los informantes de todos los ámbitos (cooperación, gobierno nacional y regiones) que actualmente no se cuenta con herramientas o evaluaciones que permitan conocer la capacidad de los prestadores para brindar servicios de SSR a los adolescentes. Más aún, las capacitaciones que se dan en el tema resultan escasas o difíciles de llevar por los prestadores debido a incompatibilidad de horarios, imposibilidad de delegar sus funciones a alguien más para asistir a las capacitaciones o falta de incentivos (reconocimiento de acreditare), particularmente cuando se trata de prestadores con contratos CAS u otros que no sean nombrados.

Por otro lado, se refiere también que existe escasez de personal, particularmente en las regiones (se coloca como ejemplo Huancavelica) lo que genera que un mismo personal tenga que cubrir diversas funciones, descuidando algunos de los aspectos del trabajo. Si bien este problema se ha agudizado con la pandemia, no es un problema nuevo en el sistema de salud. Una de las entrevistadas menciona que aproximadamente el 22% de los establecimientos de salud cuenta solamente con un profesional de salud. Asimismo, refiere que aproximadamente el 10% de los servicios aún no retornan a la atención presencial regular, como lo era previo a la pandemia.

Una de las personas de la cooperación menciona que existen falencias en las estrategias de comunicación usadas con los adolescentes, lo que hace que se desaproveche el poco tiempo que se tiene con ellos y que los mensajes no lleguen de manera adecuada.

3. Falta de compromiso y priorización de la salud de las mujeres. Entrevistados de diferentes ámbitos, incluyendo el estatal y de la cooperación, refieren que toda la problemática alrededor de la salud sexual y reproductiva de las mujeres no está siendo lo suficientemente priorizada, por lo que son limitadas las intervenciones preventivas. Más aún, uno de los expertos refiere que hay un enfoque tardío en las intervenciones, que apuntan más a mitigar daños que a prevenir. Por ejemplo, se discute si la oferta completa de MAC debería ser dada a todas las adolescentes o solo para prevenir el segundo embarazo.
4. Ausencia de indicadores que midan el éxito de la implementación de la actividad 5000048: Brindar servicios de salud para prevención del embarazo en adolescentes del Programa Presupuestal de Salud Materno Neonatal. Al no contarse con estos indicadores, únicamente se mide el avance de la consejería, pero no se cuentan con indicadores asociados a la entrega de MAC, ni a la medición de logros respecto al desarrollo de habilidades blandas o similares. Más aún, el mismo hecho de que las intervenciones para prevención del embarazo adolescente estén dentro del referido Programa Presupuestal se menciona como un problema, al ser un aspecto que por lo general queda relegado frente a otras necesidades identificadas como mayores prioridades y enfocadas en mujeres adultas como la muerte materna, muerte neonatal, entre otras.
5. La intervención es universal entre los adolescentes, se ofrece el servicio de la actividad 5000058 del Programa Presupuestal de Salud Materno Neonatal a cualquier adolescente de 12 a 17 años que acude al establecimiento de salud por cualquier causa. Sin embargo, las limitaciones presupuestales principalmente no permiten atender necesariamente a toda la población adolescente de un espacio geográfico. La meta por atender tiene un umbral mínimo de 30% de la población total de adolescentes que tiene la jurisdicción.
6. Otro de los temas señalados por varios de los entrevistados de distintos ámbitos, es la escasez de personal experto en salud mental, incluyendo psiquiatras y psicólogos, lo que genera que no se pueda trabajar problemas de esta índole que también influyen en la ocurrencia del embarazo adolescente.

Elementos que tomar en cuenta para fortalecer las capacitaciones al personal de salud

Tal como se ha visto hasta ahora, uno de los elementos que se consideran pilares de la atención es la capacitación y sensibilización de los prestadores para brindar atención a los adolescentes. En este sentido, los entrevistados mencionan que hay deficiencias en el número de capacitaciones y las posibilidades reales que tienen los prestadores de salud para asistir a estas. A continuación, se resumen los elementos señalados por los entrevistados.

1. Incompatibilidad de horarios y barreras contractuales. Para muchos de los prestadores es difícil destinar tiempo para las capacitaciones, ya que la carga laboral es alta y hay escasez de personal adicional que pueda cubrir esos espacios destinados a la capacitación (tomando en cuenta que inclusive las capacitaciones virtuales requieren una inversión de tiempo por parte de los participantes). Esto se ha vuelto más difícil aun desde que los turnos se han extendido a 12 horas seguidas (según refieren los entrevistados antes se manejaban turnos de seis horas).

2. Asimismo, existen barreras contractuales, ya que las capacitaciones tienen un creditaje solo para aquellos que son trabajadores nombrados y no para aquellos que están bajo otros regímenes, como el CAS.
3. Alto recambio de personal. Considerando el alto nivel de recambio de personal que ocurre en el personal de salud laborando en el estado, una capacitación al año (que es la periodicidad aproximada para capacitar en cada tema) resulta insuficiente.
4. Ausencia de sensibilización/capacitación en etapas tempranas de la formación. Los entrevistados refieren en diferentes ocasiones que los prestadores de salud no están lo suficientemente sensibilizados con la problemática del EA ni tienen necesariamente las competencias para trabajar con adolescentes. Uno de los elementos que se menciona es que el entrenamiento para ello se trabaje desde etapas tempranas de la formación profesional de los profesores y los prestadores de salud; de modo que salgan a aulas o servicios sabiendo del tema y, sobre todo, con algún nivel de preparación para el manejo del tema.
5. Limitado seguimiento de los resultados de las capacitaciones. Esto no solo limita la posibilidad de medir las capacidades de los prestadores, sino que deja sin muchos elementos para justificar la necesidad de mayor inversión en las capacitaciones.

A pesar de la identificación de estas deficiencias, una de las personas cuyo rol es cercano a la asignación de presupuestos en el ámbito regional nos refiere que al menos en el último año no ha habido ninguna demanda adicional orientada a capacitación ni a la realización de algún curso técnico sobre orientación sexual o cómo mejorar las prácticas. De hecho, los requerimientos presupuestales están, en su mayoría, en torno a la contratación de personal, los cuales no siempre se llegan a cubrir, generando saldos de recursos.

Intervenciones recomendadas

Se consultó a los participantes sobre sus recomendaciones respecto de las intervenciones que tienen el mayor potencial para contribuir a la reducción del embarazo adolescente. Es importante mencionar que como parte de este análisis se muestran las respuestas dadas por los participantes, más no se realiza un contraste con la evidencia científica ni se solicitó sustento para las respuestas dadas.

Dicho esto, se mencionan 3 líneas de intervenciones que engloban las prácticas recomendadas en lo que a prevención del embarazo adolescente se refiere:

1. La primera es educación sexual, sobre la cual se menciona la importancia de que se brinde desde los primeros años y de que sea impartida tanto en la IE como en la casa. En esta línea se menciona la importancia de contar con diversos enfoques incluyendo el enfoque de género, diversidad, interculturalidad entre otros. Más adelante, en esta sección se brinda más detalles sobre las características que se considera debería tener la ESI.

En esta línea, entrevistados de todos los ámbitos enfatizan en la necesidad de trabajar capacidades con los docentes y personas que vayan a impartir la ESI.

2. Otro elemento que se menciona es la complementación de la educación con la entrega de MAC como parte de los servicios para adolescentes, con énfasis en los anticonceptivos de larga duración.

3. El tercer elemento que se menciona son las intervenciones que incluyen el fortalecimiento personal y de habilidades blandas de las adolescentes, incluyendo el desarrollo de expectativas y oportunidades de desarrollo de un futuro. Considerando esto se menciona la importancia de contar con expertos en salud mental como parte de la oferta de servicios para adolescentes.

También en la línea del desarrollo personas, una de las expertas en salud mental, del sector público, refiere la importancia de generar oportunidades y expectativas de desarrollo educativo y personal entre las adolescentes como mecanismo a trabajarse para la reducción del embarazo adolescente.

4. Trabajo con las familias y principalmente, los padres, tanto para educar sobre educación sexual integral, como para generar, a través de los padres, ambientes seguros y de confianza para los adolescentes, de modo que puedan consultarles y/o buscar ayuda en caso la necesiten. Se mencionan dos intervenciones que han buscado este fin: Familias fuertes y aquellas en que hay un financiamiento condicionado relacionado a la prevención del embarazo. Asimismo, algunos de los entrevistados refieren que para incluir a los padres hay que buscar estrategias de comunicación que lleguen a ellos.

También en el ámbito familiar, al menos dos de los entrevistados mencionan que el hacinamiento y la exposición de los adolescentes a situaciones que pueden generar un despertar temprano de su sexualidad contribuye a la ocurrencia de embarazo adolescente. Sin embargo, no se han brindado recomendaciones sobre cómo afrontar este problema.

5. Incremento del tiempo en la escuela. Una de las entrevistadas de la sociedad civil recomienda el incremento del tiempo en la IE y los beneficios de ello al ser las IIEE consideradas como espacios seguros para los adolescentes; y, por otro lado, se menciona que la IE puede facilitar que los servicios lleguen efectivamente a los adolescentes, al ser esta una población que no necesariamente se acerca a los establecimientos, pero a los que es posible llegar a través del espacio escolar.
6. Capacitación al personal para brindar servicios de SSR de calidad a los adolescentes. Se menciona por entrevistados de todos los ámbitos la necesidad de trabajar con los prestadores no solo para que adquieran conocimientos técnicos, sino para mejorar su compromiso con el tema.

También en el campo de la mejora en la prestación de los servicios por parte del personal, se resalta por algunos entrevistados principalmente de los gobiernos regionales, la necesidad de mejorar los presupuestos para las actividades con adolescentes, así como generar incentivos en los prestadores para brindar estos servicios. Según refiere al menos uno de ellos, a diferencia de los servicios de visitas para salud materna, las visitas para atención a adolescentes no tienen incentivos asociados.

En esta misma línea se menciona que la provisión de anticonceptivos post aborto, atención de aborto incompleto o post parto es una oportunidad que tiene que ser mejor aprovechada por los prestadores sobre todo considerando lo señalado por uno de los entrevistados, quien resalta que uno cada siete embarazos adolescentes son segundos embarazos.

Recomendaciones para la implementación de la ESI

Existe un consenso entre los entrevistados respecto a la importancia de la ESI para la

prevención del embarazo. En este sentido, a través de las entrevistas se ha podido recoger opiniones y recomendaciones a tomar en cuenta para la mejora de la ESI.

Uno de los primeros elementos que se menciona es la necesidad de una mirada amplia de la ESI, la cual no solo pase por enseñanzas o adquisición de conocimientos técnicos sobre sexualidad y uso de MAC; sino que abarque elementos como la construcción de proyectos de vida, resolución de conflictos, autocuidado, entre otras habilidades blandas que los adolescentes necesitan trabajar para fortalecer sus propias expectativas. Una de las personas entrevistadas menciona que los proyectos de aprendizaje son una metodología interesante donde los adolescentes pueden poner en práctica sus aprendizajes y conocimientos aplicándolos a la vida real. Como parte de estos proyectos se ha trabajado algunos para prevenir el embarazo y otros temas relacionados a la educación sexual. Otra estrategia mencionada es la estrategia de participación estudiantil "Somos pares", la cual busca el empoderamiento de los adolescentes como agentes de derechos y su participación en temas educativos.

Otras de las recomendaciones van en la línea de la complementación de la ESI con otros servicios que fortalezcan la prevención del embarazo, como es la provisión de MAC, ya que se considera que sin la entrega de los insumos el acceso que pueden tener los adolescentes a los mismos, por fuentes externas, es muy bajo.

También se menciona la importancia de buscar estrategias de trabajo con las familias y, de manera particular, con los padres. En ese sentido se recomienda el uso de programas de radio y otros espacios por los que se pueda llegar a los padres para trabajar con ellos la importancia de la ESI. Según algunas de las personas entrevistadas, la llegada a los padres se ha trabajado muy poco. Si bien el MINEDU ha hecho algunos esfuerzos para tener algunos materiales para los padres, no ha sabido plantear acciones puntuales para trabajar con ellos.

Por otra parte, desde la sociedad civil se ha trabajado en la búsqueda de herramientas y diseño de estrategias para la implementación de la ESI en espacios no formales, cuya capacidad de llegada a los adolescentes es reconocida por los expertos. Un ejemplo de este trabajo es la elaboración de una estrategia de ESI no formal trabajada en un esfuerzo conjunto entre PROMSEX y UNFPA. Para su elaboración se ha buscado incluir opiniones y puntos de vista de diversos actores comunitarios, incluyendo a los padres a través de un proceso de investigación formativa. Como parte de la propuesta se plantean algunas actividades extracurriculares: fortalecer el diálogo con la familia, hacer un diagnóstico de las necesidades de la comunidad, y el empoderamiento; esto último a través de actividades como organizar visitas guiadas de adolescentes a los servicios de salud donde tengan la oportunidad de conversar con los proveedores, de manipular los métodos, ver cómo funcionan, entre otros.

Articulación de las intervenciones y las recomendaciones al respecto

Entre los entrevistados existe un consenso sobre la necesidad de abordar el problema del embarazo adolescente como un problema multifactorial cuya solución necesita ser multisectorial, incluyendo al MINSA, MINEDU, Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, entre otros. Sin embargo, se reconoce que, por lo general, las intervenciones se complementan, pero no se llegan a articular de manera adecuada. Un ejemplo de la falta de articulación es la inexistencia de registros únicos de embarazos y nacimientos en los establecimientos de salud públicos y privados, los cuales llevan sus propios sistemas de registro y no tienen ningún nivel de retroalimentación una con la otra. Otro ejemplo se encuentra en la ausencia de rutas claras de derivación entre la IE y los establecimientos de salud, a pesar de que supuestamente trabajan de manera conjunta.

Más allá de una articulación a nivel central, se enfatiza en la necesidad de que se articule a nivel regional y local, es decir que cada región cuente con un plan de prevención del embarazo adolescente, el cual se trabaje a través de las mesas. En este sentido se destaca la importancia del conocimiento de las necesidades y recursos propios que tiene el nivel local, a diferencia del central, lo cual debería darles más y mejores elementos para el planeamiento de actividades preventivas promocionales, estrategia de supervisión y evaluación, entre otros. Se destaca las posibilidades que tiene los gobiernos locales para mejorar el acceso a los servicios por: i) el rol administrativo que cumplen los gobiernos regionales, a través de la administración de los establecimientos de salud (salvo los hospitales nacionales), las gerencias de desarrollo social, la DIRESA y otras decisiones importantes en la materia; en las cuales se reconoce la importancia de trabajar y, asimismo, mejorar la rendición de cuentas; y ii) la posibilidad que tienen de poner a disposición espacios a nivel local, como son los centros juveniles o municipalidades, los cuales podrían ser de gran utilidad para el desarrollo de actividades y de apoyo o complemento para las actividades que ya se vienen desarrollando en las IIEE.

En esta misma línea, un experto de la cooperación internacional enfatiza en el rol del sector privado, particularmente las farmacias, como fuente de suministro de MAC.

Finalmente, uno de los entrevistados del ámbito regional menciona que el nivel de trabajo debería ir más allá de las entidades ejecutoras de actividades de prevención o atención de los casos, para incluir la propia educación de los profesionales, quienes como parte de su formación deberían llevar cursos que los sensibilicen y eduquen en el manejo de temas relacionados con sexualidad y prevención del embarazo adolescente.

Algunas iniciativas de articulación que han sido mencionadas por los entrevistados se describen brevemente a continuación:

1. Entre los entrevistados se mencionan dos intentos claros de articular los sectores para la reducción del EA. Por un lado, se menciona el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (2013-2021), al cual se le identificó como una oportunidad de articular a varios sectores, cuya gran falla fue la ausencia de una repartición clara del presupuesto; es decir que era un plan que no especificaba cuánto se asignaba para cada sector y a qué objetivo apuntaba cada recurso asignado, lo cual hizo de su ejecución un trabajo de supuesta articulación que no llevaba a acciones claras.
2. Otro intento de articulación que se reconoce es el Protocolo de actuación conjunta entre los Centros Emergencia Mujer (CEM) y los Establecimientos de Salud (EESS) para la atención a las víctimas de violencia; sin embargo, las deficiencias en su aplicación también son mencionadas por los entrevistados; entre ellas se menciona el alto porcentaje de operadores que no lo conoce y, por ende, no lo cumple, así como la ausencia de evaluación para ver si efectivamente funciona y conocer las mejoras necesarias.
3. El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables ha estado haciendo capacitaciones para prevenir la violencia basada en género, con un eje de educación sexual integral. Tal como refiere alguno de los entrevistados, la gran barrera para esas intervenciones es el reducido presupuesto, así como la falta de recursos humanos, que solo les permite llegar a un número limitado de IIEE.

11.5.3 La pandemia y el embarazo adolescente

El impacto de la pandemia en las intervenciones para la prevención del Embarazo Adolescente

La pandemia afectó duramente la provisión de servicios de salud, particularmente los de primer nivel y actividades preventivo-promocionales, los cuales fueron cerrados o suspendidos casi en su totalidad. Esta medida tuvo un gran impacto en la salud sexual y reproductiva de las personas, incluyendo los adolescentes, quienes vieron restringido su acceso a MAC, consejería, controles prenatales, entre otros.

Más aún, muchos de los servicios no solamente fueron cerrados durante la emergencia sanitaria, sino que fueron convertidos en almacenes, cuyo retorno a la normalidad ha sido lento. De hecho, en algunos lugares los servicios se han recuperado del todo recién en los últimos meses de 2022 e, inclusive, continúan sin regresar del todo a la normalidad. En adición al cierre de los espacios físicos para la atención, el personal no ha retornado en su totalidad; según refiere un entrevistado del gobierno regional, cerca del 80% del personal que atiende tiene que cumplir múltiples funciones debido a la falta de recursos humanos. Aún en este contexto de pandemia, algunos servicios buscaron mantenerse activos en este contexto, tales como los servicios de etapa de vida adolescente, los cuales proveen servicios de salud integral. De hecho, esta fue la única etapa de la vida, en el marco de las intervenciones, que siguió operando, lo cual fue una recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

A la falta de funcionamiento de los servicios se sumó el temor de las personas a acercarse a los establecimientos de salud, por lo que inclusive aquellos que empezaron a atender no tuvieron el nivel de atención previo a la pandemia por falta de usuarias que acudan a atenderse. En esta línea, si bien se hizo uso de la telemedicina para la atención de consejerías y se buscó incluir a los agentes comunitarios para la entrega de insumos en algunas ciudades del país, estas intervenciones no fueron necesariamente expandidas y su éxito fue limitado, particularmente porque no se disponía de los recursos necesarios para dar una atención virtual de calidad (la mayoría se hacía haciendo uso de los celulares de los prestadores de salud) y por las diversas limitaciones que se imponían a los proveedores para la entrega de MAC así como el hecho de que las casas no ofrecían privacidad, algo que resultó particularmente perjudicial para los adolescentes.

Otros de los aspectos que se vio agudizado durante la pandemia fue la violencia sexual, la cual afecta principalmente a adolescentes y tiene una relación directa con los embarazos en menores de 15 años. Una de las expertas del sector salud, prestadora de salud en un hospital público enfatiza en el incremento de casos de violencia sexual en esta población, lo cual ha incurrido en un incremento en la cifra de recién nacidos vivos cuyas madres están en este rango de edad. Se asocia con esta problemática el cierre de las IIEE y el incremento del tiempo en casa que expone a las niñas a los perpetradores de violencia, quienes por lo general están en el ámbito familiar.

En el campo de la ESI existe un consenso sobre la reducción de trabajo en el tema por parte de las IIEE. Esto resulta lógico considerando que todas las clases fueron afectadas por una necesidad de desarrollarse en la virtualidad sin una real preparación para ello. Sí se menciona por dos entrevistados, uno de ellos del MINEDU y otro de un organismo de cooperación, un intento de trabajar el tema a través de la plataforma televisiva “Aprendo en casa” la cual trabajó algunos temas de sexualidad enfocándose en la prevención de la violencia sexual. Si bien se menciona que este fue un intento respetable por abordar el tema, se admiten limitaciones en los temas que fueron tratados.

[El impacto de la pandemia sobre la reducción de Embarazo Adolescente registrada en 2020](#)

Se exploró entre los entrevistados sobre las opiniones respecto de la reducción del

embarazo adolescente reportada en 2020. Al respecto, la gran mayoría de expertos considera que esto se relaciona con una disminución del contacto entre los adolescentes debido a las restricciones de movilidad dadas por la pandemia, que habría generado que los adolescentes no tengan encuentros. Sin embargo, este mismo motivo se señala como potencial razón por la cual los embarazos en menores de 14 habrían aumentado, debido a la permanencia de las niñas en sus casas y con una mayor exposición a la violencia sexual (recordemos que la gran mayoría de los casos de violencia sexual se dan en el hogar).

En menor medida hay dudas sobre la manera en que se ha realizado la encuesta de la ENDES durante ese año (de manera telefónica). Esta teoría se sustenta en el hecho de que en 2020 se cambió de una metodología presencial a encuestas telefónicas, lo cual podría haber excluido a ciertos sectores de la población y podría no haber sido favorable para que los adolescentes puedan responder con libertad, al estar en sus casas en presencia de sus padres. En esta misma línea, uno de los expertos cuestiona la manera como se hace la pregunta sobre embarazo adolescente. Tal como refiere, la pregunta se formula en términos de embarazos actuales y partos de hijos vivos; sin embargo, no se pregunta por embarazos que no terminaron en el parto de un producto vivo, lo cual oculta las cifras de aborto, pérdidas y natimuecos. Asimismo, no se considera aquellos embarazos que las adolescentes podrían ya haber decidido terminar, por lo que no van a reportarlos. Se viene trabajando actualmente en la construcción de un indicador más preciso para reflejar la magnitud del EA.

Más allá de las dudas y brechas existentes, se cuenta con evidencia para considerar que la reducción puede sustentarse en el incremento de uso de LARC, la cual se venía dando desde 2018 aproximadamente. De hecho, uno de los entrevistados refiere que, según cifras no publicadas en 2019, el embarazo adolescente ya había tenido una disminución respecto de 2018.