

Olenka Ochoa Berreteaga

Documento de trabajo
sobre **EMBARAZO Y
MATERNIDAD
ADOLESCENTES**
(2016)

EQUIDAD

Centro de Políticas Públicas y Derechos Humanos

Primera edición diciembre 2016

© Centro de Políticas Públicas y Derechos Humanos - PERÚ EQUIDAD
Calle Mariscal Miller 2182, interior 203, Lince - Lima, Perú, Telf: (+51) 472 2536
<https://www.facebook.com/Equidad-580670508720172/>
<http://www.equidad.pe/>

Autora del estudio
Olenka Ochoa Berreteaga

Diseño y diagramación
Aldo Ocaña Correa

Corrección de textos
Juan Carlos Bondy

Tiraje: 1000 ejemplares
Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú: 2016-04236
ISBN: XXX-XXX-XX-XXXX-X

Impreso por: Spondylus de Doris Efrany Ramírez García
Calle Roma 441 - Dpto. 304, Miraflores - Lima
Marzo 2016

* Este material es totalmente financiado por ASDI, la Autoridad Sueca para el Desarrollo Internacional. ASDI no comparte necesariamente las opiniones aquí expresadas. La responsabilidad del contenido es exclusivamente de la autora.

Índice

Presentación	5
Antecedentes	8
Desarrollo del estudio exploratorio	12
Capítulo I: Presentación de resultados	17
1. Acceso y uso de métodos anticonceptivos	19
2. Inicio de la vida sexual y embarazo	30
3. Paternidad, vida en pareja y crianza compartida	37
4. La familia y el soporte de la red parental	46
5. Maternidad y vida cotidiana	55
6. Expectativas de logros educativos y proyectos de vida	60
7. Los servicios locales: fortalezas, oportunidades y retos	70
Capítulo II: Presupuesto y políticas públicas en torno al embarazo y maternidad adolescente: aproximaciones y perspectivas sobre gasto público	85
1. Gasto Público en el Plan Nacional de Acción por la Niñez y la Adolescencia – GPNNA	87
2. Proyecto del Presupuesto del Sector Público para el Año fiscal 2017.....	93
3. Programa Presupuestal 0002: Salud Materno Neonatal	98
4. Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013-2021	102
5. Principales hallazgos presupuestales del monitoreo de implementación del PMPEA 2013-2021.....	107
6. Marco del Presupuesto Multianual 2016-2018.....	114
7. Alineando los desafíos presupuestales con el Marco Global.....	117
Capítulo III: Conclusiones.....	121
Capítulo IV: Recomendaciones	133
Bibliografía y otras fuentes	143
Anexos Casos críticos	147

Presentación

El documento de trabajo sobre embarazo y maternidad adolescentes fue encargado por el Centro de Políticas Públicas y Derechos Humanos Perú Equidad, a fin de fortalecer capacidades institucionales para abordar la problemática del embarazo y la maternidad adolescentes.

La ruta de exploración tuvo como primera hipótesis de trabajo que la tendencia actual al incremento del embarazo y maternidad adolescentes en el Perú, está relacionada a un desencuentro entre la oferta estatal (de bienes y servicios) y la demanda social. Desencuentro generado por una insuficiencia de recursos que sustentan las políticas públicas en materia de prevención y atención del embarazo y la maternidad adolescentes, lo que implica una inadecuada intervención por parte del Estado, que no responde a la complejidad de necesidades y expectativas de las adolescentes embarazadas o madres, ni a la de sus familias.

Partiendo de esta hipótesis inicial, se desplegaron las siguientes variables de análisis:

1. Acceso y uso de métodos anticonceptivos.
2. Inicio de la vida sexual y embarazo.
3. Paternidad, vida en pareja y crianza compartida.
4. Familia y soporte de la red parental.
5. Maternidad y vida cotidiana.
6. Expectativas de logros educativos y proyecto de vida.
7. Los servicios locales: fortalezas, oportunidades y retos.
8. Presupuesto y política públicas: avances y perspectivas.

Para este documento de trabajo se ha tenido, como marco de referencia, los siguientes enfoques centrales en el abordaje de la problemática analizada:

El enfoque de derechos humanos, según el cual se plantea que el embarazo y la maternidad en las adolescentes están relacionados con las escasas oportunidades para el ejercicio de sus derechos fundamentales a la salud, a la libertad y a la integridad, y también con la imposibilidad de exigir el ejercicio de estos derechos ante la autoridad competente. Además, el derecho humano a la salud, junto con los derechos sexuales y reproductivos, suelen ser interdependientes con los derechos ciudadanos y políticos de las mujeres.

El enfoque de género, por su parte, nos permite asumir que la problemática del embarazo adolescente EMA es una de muchas expresiones de un sistema de género estructural que afecta negativamente a las mujeres, el cual asigna roles y valores tradicionales y/o conservadores a las mujeres, haciéndolas responsables exclusivas de la reproducción familiar y social, y excluyendo principalmente a las niñas y adolescentes de los beneficios de la educación y la salud. Influye también en la idealización y sobrevaloración sociales de la maternidad, así como en la infravaloración de la paternidad, todo lo cual resulta negativo para niñas y mujeres. Finalmente, ayuda a plantear la conexión entre los derechos sexuales y reproductivos, la autonomía del cuerpo y la posibilidad de tener y desarrollar un proyecto de vida propio.¹

El enfoque intercultural es esencial para explorar la problemática abordada desde diversos contextos culturales. La comprensión del origen étnico-cultural puede ayudarnos a plantear otros modos de aproximarnos a la maternidad, explorando nuevas “claves culturales” en los espacios urbanos donde encontramos una emergencia de patrones culturales propios de las nuevas generaciones, junto con otros patrones ligados a espacios de marginalidad social y vertientes culturales tradicionales que provienen de pueblos originarios.

Asimismo, la problemática del embarazo y de la maternidad adolescentes puede abordarse desde el enfoque de la Seguridad Humana, desarrollado por el Pro-

1 Melgar, Lucía. “Adolescentes traicionadas: derecho a la salud, el bienestar de las jóvenes y las omisiones del Estado”. En: *Violencia de género, juventud y escuelas en México*. Cámara de Diputados-CEAMEG. México DF, 2014. Págs. 137-144.

grama de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) desde la década de 1990, el cual relaciona profundamente una serie de dimensiones y condiciones socioeconómicas, de hábitat y del entorno barrial, con niveles de exposición a la violencia y a la inseguridad.

Como parte del marco teórico, se destaca el postulado del “máximo de los recursos disponibles”, desarrollado sobre la base del artículo N° 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC).² También resultan pertinentes los conceptos de “costo de oportunidad de por vida” y de “años de vida perdidos”. El primero se basa en hallazgos del Banco Mundial,³ mientras que el segundo, se basa en estimaciones de la mortalidad materna realizadas tanto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como por Naciones Unidas y el propio Banco Mundial.⁴

Con el presente documento se intenta explorar determinados ejes críticos del embarazo y la maternidad adolescentes, para contribuir con algunas rutas de acción al trabajo institucional de EQUIDAD, organismo no gubernamental que viene promoviendo la agenda de la infancia en la región latinoamericana, enfatizando propuestas de políticas relacionadas con los presupuestos públicos.

2 Aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1966.

3 Mendoza y Subiría señalan que el “costo de oportunidad de por vida”, medido por el ingreso anual no percibido por la madre adolescente durante toda su vida, varía entre 1% (en países muy desarrollados y con baja fecundidad) hasta el 30% (en países muy pobres y con alta fecundidad). Para el Perú, el costo de la deserción escolar (para ambos sexos) en términos de la producción no materializada durante la vida de la cohorte actual de los jóvenes, ha sido estimado en equivalente al 17.1% del PBI. Ver: Mendoza, Walter y Subiría, Gracia. El embarazo adolescente en el Perú: Situación actual e implicancias para las políticas públicas. UNFPA. Lima, 2013. Págs. 15-16.

4 En Perú, para el año 2015 acontecieron 68 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos. Las 30 muertes maternas registradas en 2016 generaron 1,495.2 “años de vida perdidos” (AVP) por esta causa. El promedio de edad de las mujeres fallecidas es 29.9 años; el 50% son mujeres menores de 30 años y la edad más frecuente de las mujeres fallecidas es de 24 años, comparado con la Esperanza de vida al nacer del departamento de Lima, que es de 77.2 años (estimaciones de OMS, UNICEF, UNFPA, BM y la División de la Población de las Naciones Unidas). En “Boletín Epidemiológico - Dirección de Salud Lima Metropolitana”. SE N° 27 - 2016 (del 03/07/2016 al 09/07/2016). MINSA. Lima, 19/07/2016. Recuperado de: <http://disalimasur.gob.pe/administrator/application/views/templates/uploads/1470167778.pdf>

Antecedentes

A pesar de los esfuerzos desde el Estado y la sociedad civil, el aumento de los embarazos y de la maternidad adolescente presenta estadísticas difíciles de revertir. Afecta en especial a los sectores con mayores carencias socioeconómicas, focalizándose en contextos rurales, aunque las zonas urbanas no están exentas de esta problemática. Como señalan Mendoza y Subiría,⁵ mientras la tendencia se mantiene entre el 12% y 13%, el embarazo en adolescentes⁶ y las prevalencias suelen ser menores en zonas urbanas –sin embargo, es en estas donde se viene registrando un aumento (aunque ligero)-, mientras que en las zonas rurales tiende a disminuir. Otro dato que destacan los investigadores antes citados es el ligero aumento del embarazo en adolescentes con mayor educación, registrado incluso en Lima Metropolitana, aunque en niveles menores al valor nacional. Señalan, además, una mayor convivencia marital de la adolescente si ella proviene de un entorno marcado por la pobreza (aproximadamente, en dos tercios del total de casos).

Los departamentos de Lima, La Libertad, Piura, Cusco y Cajamarca concentran aproximadamente el 60% de embarazos adolescentes (en números absolutos) en el país,⁷ identificándose además dos escenarios geográficos con mayor concentración del embarazo adolescente: las zonas rurales del área amazónica (San Martín, Loreto, Madre de Dios, Amazonas, Ucayali) y las zonas de la periferia urbana de la Costa (Tumbes, Piura, La Libertad, Lima y Callao).⁸ Según cifras proporcionadas por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el período que va desde 1991 y 1992 hasta 2012, en Lima Metropolitana el EMA se eleva de 4.4% a 7.7%, mientras que en los demás departamentos de la Costa aumenta de 10.8% a 13.3% en el mismo período.⁹

5 Op. Cit.

6 Señalan al grupo etario de 15 a 19 años.

7 Según el “Reporte de Balance del año 2013 y perspectivas en el marco de los Acuerdos de Gobernabilidad 2015-2018”, del Grupo de Trabajo Salud Materno Neonatal, Seguimiento concertado al Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal (SMN). MCLCP. Lima, 2014. Recuperado de: http://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2015/documentos/09/balance_smn_2013-2014_cen_10_07_14_vfinal.pdf

8 Según lo señalado en el documento Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013-2021

9 Ver cuadro “Características sociodemográficas de la planificación de la fecundidad en mujeres adolescentes por región natural” elaborado por Mendoza y Subiría usando como fuente la

En cuanto a la respuesta estatal ante esta problemática, se cuenta con el Programa Presupuestal de Salud Materno Neonatal, a cargo del Sector Salud, en el cual se incluye también al embarazo adolescente. Asimismo, a partir de los últimos años de la década de 1990, el Sector Salud ha propuesto servicios diferenciados para adolescentes,¹⁰ pero no se alcanza la cobertura total, además estos establecimientos no logran responder a la demanda en parte por aspectos de días y horarios inadecuados, entre otros aspectos¹¹.

Por otra parte, se ha aprobado el Plan Multisectorial de Prevención del Embarazo Adolescente – PMEA 2013-2021, que desde un enfoque de articulación multisectorial es el compromiso más importante asumido por el Estado en esta materia; su objetivo principal es reducir la prevalencia del embarazo en adolescentes, mientras que entre sus objetivos específicos destacan la inclusión de la Educación Sexual Integral (ESI) en el marco curricular nacional (OE N° 3), e incrementar la prevalencia actual del uso de métodos anticonceptivos modernos en las y los adolescentes sexualmente activos, así como en madres adolescentes (OE N° 4).

En cuanto al desarrollo normativo, debemos resaltar que se aprobó la Ley que fomenta la reinserción escolar por embarazo (Ley N° 29600) junto con su Reglamento (vía Decreto Supremo N° 002-2013-ED). Asimismo, fueron aprobados los Lineamientos Educativos y Orientaciones Pedagógicas para la Educación Sexual Integral para Profesores y Tutores de la Educación Básica Regular (Resolución Directoral N° 180-2008/ED) y, posteriormente, las Normas para el Desarrollo de las Acciones de Tutoría y Orientación Educativa en las Direcciones Regionales de Educación, Unidades de Gestión Educativa Local e Instituciones Educativas (Resolución Directoral N° 0343-2010-ED). Este marco normativo resulta importante, toda vez que en nuestro país entre el 10% y el 20% de mujeres entre 15 y 24 años dejaron la escuela por causa de embarazo, matrimonio, o para cuidar niños¹².

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Instituto Nacional de Estadística e Informática de dichos periodos. En: El Embarazo Adolescente En El Perú, 2013.

10 Proyecto 2000 - “Mejorando la Calidad de la Atención de Salud en el Perú”. En Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015. Dirección General de Salud de las Personas - Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. MINSA. Lima, 2009. Recuperado de: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd045364/PlanEstrate09.pdf>

11 Ibid.

12 Mendoza y Subiría. Op. Cit. 2013

Con la Sentencia del Pleno Jurisdiccional del Tribunal Constitucional¹³ de diciembre de 2012, se dejó sin efecto el inciso 3 del Art. 173 del Código Penal; con ello se excluye de la tipología penal las relaciones sexuales con menores entre 14 y 18 años de edad siempre y cuando haya existido consentimiento, y se deja de penalizar las relaciones sexuales entre adolescentes.¹⁴ Como señala Castro Avilés, con dicha sentencia del Tribunal Constitucional lo que en realidad se ha despenalizado son las relaciones sexuales entre adolescentes y adultos, aunque la idea original era despenalizar estas cuando exista una relación sentimental o de convivencia con adultos jóvenes, algo muy diferente a las circunstancias en que hay gran diferencia de edades, las cuales preocupan a la autora¹⁵.

El 31 de agosto de 2016, el Gobierno impulsó la modificatoria del marco legal sobre Planificación Familiar, aprobándose mediante Resolución Ministerial 652-2016/MINSA la Norma Técnica en Salud de Planificación Familiar (NTS 214-2016-V.01) que, entre otros, permite la distribución gratuita del anticonceptivo oral de emergencia (la AOE por sus siglas, conocido también como la píldora del día siguiente) para adolescentes.¹⁶ La Norma Técnica tiene como fin contribuir al ejercicio del derecho a decidir de manera informada, libre y responsable sobre el número de hijos¹⁷ que se quiere tener, y el espaciamiento

13 Sentencia del Pleno Jurisdiccional del Tribunal Constitucional 00008/2012 PI/TC. 12 de diciembre de 2012

14 Castro Avilés, Fátima. La autora precisa que en el caso de adolescentes que tienen relaciones sexuales entre sí, solo se les penalizaba si de por medio existía violencia o agresión. En este caso, al adolescente que viola a otro menor de edad se le considera adolescente infractor de la ley penal, y se le aplica la descripción típica del delito de violación, pero a partir de la frase “será reprimido...” le corresponde una medida socioeducativa y un proceso establecido por el CNA. En: Cuadernos de Investigación Jurídica No 1.USMP Marzo 2013.Pag 10.

15 Castro Avilés, Fátima. La autora señala que en los acuerdos plenarios jurisdiccionales la idea primigenia era despenalizar las relaciones sexuales cuando existía de por medio una relación sentimental o de convivencia, y generalmente cuando se tratara de adultos jóvenes. Sin embargo, uno de los problemas que le preocupa, a raíz de la declaración de inconstitucionalidad, es la relación sexual entre adolescentes y personas mayores de edad, donde no existe una simetría en la diferencia de edades. *Ibíd.* Pág. 10.

16 Norma técnica recuperada de: <https://es.scribd.com/document/323029547/NORMA-TECNICA-DE-SALUD-de-Planificacion-Familiar>. Cabe señalar, que la implementación de la RS del MINSA se inició el 11 de setiembre en la Región Piura y posteriormente en La Libertad, con la entrega y la consecuente distribución de AOE.

17 Hemos utilizado en la mayor parte del texto el singular o el plural masculinos (hijo, hijos; bebé, bebés), salvo en aquellos párrafos en que ha sido necesario explicitar que se trata de menores de edad de ambos sexos o de un sexo en particular.

entre embarazos, a partir del acceso a los servicios de planificación familiar basados en la calidad. Se establece la obligatoriedad de la entrega de AOE, desterrando con ello la denominada “objeción de conciencia”.

A partir del monitoreo del PMEA 2013-2021 se muestran avances en el acceso universal a la atención de la salud integral (la afiliación subió a 53.3% en 2014). La cobertura universal de salud, mediante la implementación del Seguro Integral de Salud (SIS), ha alcanzado a más de 1,900 adolescentes (de 12 a 17 años) para 2015.¹⁸ Sin embargo, se habría producido una disminución de los servicios diferenciados para adolescentes (36% de los establecimientos de salud en 2014). En el Sector Educación vemos avances para una propuesta de Modelo de Jornada Escolar Completa, la cual considera los siguientes componentes: 1) propuesta pedagógica (incluyendo tutoría); y 2) una tutoría en aula que incluya la promoción de estilos de vida saludable, de 2° a 5° de secundaria, en la que se aborde la prevención del embarazo en la adolescencia como parte de la Educación Sexual Integral (ESI). Se está difundiendo la Ley que fomenta la re-inserción escolar por embarazo (Ley N° 29600) y se ha adaptado la Guía ESI al marco curricular que se viene implementando en 154 instituciones educativas de Lima Metropolitana, Lima Provincias y la Región Callao.¹⁹

Finalmente, se debe resaltar que la agenda global cuenta con un nuevo marco de políticas públicas debido, entre otros, a la aprobación en Naciones Unidas, en setiembre de 2015, de los Objetivos de Desarrollo Sustentables (ODS) al año 2030. De todos los ODS, los más pertinentes para este estudio son el N° 3, sobre Salud; el N° 5, referido a Igualdad de Género; y el N° 17, dedicado a las Alianzas para los Objetivos. En esta ruta, en función de las metas a 2030 previstas en los ODS, se debería dedicar especial atención a la problemática del EMA.

18 El documento señala que es importante reconocer que el porcentaje de adolescentes con algún seguro de salud, se ha incrementado sostenidamente en los últimos 11 años, alcanzando la tasa de 74.1% el 2014 para el nivel nacional. Quiñones, Nilton: Informe de Monitoreo de avances en la implementación del Plan Multisectorial de prevención del embarazo en adolescentes 2013-2021. Avances de las acciones de la Comisión Multisectorial Permanente e identificación de las actividades y presupuestos asignados por parte de los Sectores Participantes. UNFPA – MCLCP. Lima, 25/08/2015. Recuperado de: <http://www.unfpa.org.pe/WebEspeciales/2014/Set2014/PEA/MINSA-Plan-Prevencion-Embarazo-Adolescente-2013-2021.pdf>

19 *Ibíd.*

Desarrollo del estudio exploratorio

La metodología del presente estudio exploratorio ha combinado el trabajo de campo con el trabajo de gabinete, con énfasis en el recojo de información de fuentes primarias y en la aplicación de entrevistas a mujeres en situación de embarazo y maternidad adolescentes. De acuerdo con el Código del Niño y Adolescente, hemos considerado que la adolescencia es aquella etapa de la vida que va desde los 12 años de edad hasta cumplir los 18.

Entre las fuentes primarias, se revisó y analizó información de los Sectores Economía y Finanzas (MEF), Salud (MINSA) y Educación (MINEDU); del Marco Multianual 2016-2018, del Proyecto de Presupuesto del Sector Público 2017, el gasto público en las niñas, niños y adolescentes – GPNNA, el Plan Multisectorial de Prevención del Embarazo Adolescente – PME A 2013-2021, el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia – PNAIA, el Informe de Monitoreo del PME A 2013-2021 del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Mesa de Lucha contra la Pobreza, de 2015; el Programa Presupuestal de Salud Materno Neonatal (PPSMN), las Observaciones acerca del Art. 2° de la Convención sobre los Derechos del Niño y del Art. 4° del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, así como diversos estudios e investigaciones sobre el tema. Entre las fuentes secundarias, se contó con información recabada por los servicios locales.

El presente estudio fue realizado entre los meses de julio y setiembre de 2016; el trabajo de campo se llevó a cabo en las ciudades de Lima y Trujillo. En ambas, durante el mes de agosto, fueron realizadas 28 entrevistas a mujeres en situación de embarazo o maternidad precoz, con un rango mínimo de edad de 14 hasta 20 años. Además, gracias al trabajo de campo se coordinó con los servicios brindados por los Sectores Salud, Educación y Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), entre ellos, los Centros de Emergencia Mujer (CEM) y los Centros de Desarrollo Integral de la Familia (CEDIF).

Cabe señalar que fueron escogidas las ciudades de Lima y Trujillo, por ser dos ciudades costeras que enfrentan una grave situación de EMA, además de compartir características en términos de migración, pobreza e inseguridad.

En Lima, las zonas en que se realizó el trabajo de campo fueron las siguientes:

- Callao: Aquí fueron realizadas tres visitas a una escuela pública, así como una reunión con docentes y otra con la Directora, además de dar acompañamiento a una actividad con escolares. También se sostuvo varias coordinaciones con la responsable del CEM.
- Rímac: Se visitó en dos oportunidades a los miembros de la comunidad indígena Shipibo-conibo residentes en Lima, denominada Cantagallo, y se sostuvo reuniones con sus líderes. Se realizó cinco entrevistas a mujeres entre 14 y 17 años.
- San Juan de Miraflores: Fueron aplicadas dos entrevistas a mujeres entre 15 y 20 años.
- Villa El Salvador (VES): Se visitó en dos oportunidades el Centro de Desarrollo Integral de la Familia (CEDIF) del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), así como el Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II (CSMI-JPII), y se asistió a una actividad coordinada entre ambas entidades. Se entrevistó a nueve mujeres entre 15 y 18 años, quienes se encontraban en el último trimestre de gestación.

En la ciudad de Trujillo:

- Se visitó el Hospital Belén, ubicado en el centro de la ciudad. Se sostuvo una reunión con el servicio social.
- Se realizó 12 entrevistas a madres adolescentes entre 14 y 17 años.

Datos básicos de la muestra

Lima: En Lima se realizaron 16 entrevistas a adolescentes madres o embarazadas, entre 14 y 18 años de edad; en un solo caso, a una joven madre de 20 años de edad, quien tuvo a su primer hijo siendo adolescente. Cinco de las entrevistadas eran madres adolescentes de Cantagallo, provenientes de la comunidad Shipibo-conibo residente en Lima.

En relación con el nivel de instrucción, solo dos de todas las entrevistadas tenían educación primaria; otras dos contaban con 1° año de secundaria, otra con 2° año y otra con 3° año. Además de ellas, tres contaban con estudios de 4° año y dos

se encontraban cursando el 5° año de secundaria. Otras seis de las entrevistadas habían concluido la educación secundaria; de ellas, cuatro se encontraban cursando estudios en un Instituto Superior Técnico y una estudiaba en la universidad.

Las dos madres adolescentes con nivel de educación primaria residen en un asentamiento humano en San Juan de Miraflores. La que tiene el menor grado de escolaridad (4° grado de primaria) es madre soltera (de 20 años de edad) con dos hijos, y tuvo su primer embarazo a los 16 años. Ella señala haber dejado la escuela a los 13 años para trabajar. La segunda ha vuelto a la escuela; ella es madre soltera (actualmente cuenta con 15 años de edad) y tiene un hijo de un año. Las tres madres que cuentan con instrucción de 1° o 2° año de secundaria pertenecen a la comunidad Shipibo-conibo de Cantagallo.

Cuadro 1: Características de las entrevistadas en la ciudad de Lima

LIMA	Edad de la entrevistada	Hijos (número y edad)	Grado de instrucción	Situación de pareja	Edad del padre del niño	Distrito o zona de residencia
1. Dani	15	1 (un año)	1° Secundaria	Conviviente	18	Rímac (comunidad Cantagallo)
2. Rosi	15	1 (diez meses)	1° Secundaria	Conviviente	21	Rímac (comunidad Cantagallo)
3. Jayi	17	1 (dos años)	2° Secundaria	Conviviente	24	Rímac (comunidad Cantagallo)
4. Kari	17	1 (dos años)	4° Secundaria	No	22 años	Rímac (comunidad Cantagallo)
5. Cari	14	1 (dos meses)	3° Secundaria	Conviviente	20	Rímac (comunidad Cantagallo)
6. Yami	15	1 (un año)	6° Primaria	No	25 *	San Juan de Miraflores
7. Rosina	20	2 (de tres años y de un año)	4° Primaria	No	24	San Juan de Miraflores
8. Marji	17	embarazada	Superior técnica (con secundaria completa)	Pareja	19	Villa El Salvador
9. Berti	18	embarazada	Universidad	Conviviente	18	Villa El Salvador
10. Thysi	18	embarazada	Secundaria completa	Conviviente	19	Villa El Salvador
11. Karli	16	embarazada	5° Secundaria	Pareja	18	Villa El Salvador
12. Eliani	15	embarazada	4° Secundaria	Conviviente	15	Villa El Salvador
13. Nicoli	17	embarazada	Instituto técnico superior (con secundaria completa)	No	No sabe	Villa El Salvador
14. Ani	17	embarazada	4° Secundaria	No	No sabe	Villa El Salvador
15. Rosela	16	embarazada	5° Secundaria	Pareja	17	Villa El Salvador
16. Ivon	17	embarazada	Instituto técnico superior (con secundaria completa)	Conviviente	23	Villa El Salvador

Fuente: Elaboración propia.

Trujillo: En Trujillo se realizaron 12 entrevistas, todas a madres adolescentes entre 14 y 18 años de edad. En un caso, una madre de 17 años tenía ya dos hijos y, en otro caso, otra madre de 17 años también había tenido dos hijos, pero esta última tuvo el primero a los 14 años y no sobrevivió al parto. Del total, dos madres señalaron contar con 5° año de primaria, una con estudios de 1° año y otra con 3° año; dos con 4° año y otras dos con 5° año de secundaria. Finalmente, dos contaban con secundaria completa, otra con estudios en un Instituto Técnico (aunque ella solo cursó hasta 3° de secundaria) y una tenía estudios universitarios.

Cuadro 2: Características de las entrevistadas en la ciudad de Trujillo

TRUJILLO	Edad de la entrevistada	Hijos (número y edad)	Grado de instrucción	Situación de pareja	Edad del padre del niño	Distrito o zona de residencia
1. Blanci	17	1 (mes y medio)	Secundaria completa	No	26	Urb. El Bosque
2. Lucy	17	1 (mes y medio)	5° primaria	No	31	Urb. Palermo
3. Seni	17	1 (dos meses)	Universidad	Conviviente	19	Alto Moche
4. Ángi	17	1(dos meses)	5° secundaria	No	17	Urb. La Rinconada
5. Zula	16	1 (dos meses)	Instituto Técnico (3° Secundaria)	Conviviente	22	El Porvenir
6. Nayi	14	1 (dos meses)	1° secundaria	No	17	Virú
7. Mary	16	1 (dos meses)	5° secundaria	Pareja	20	Moche
8. Erici	17	2 (de dos años y de dos meses)	4° secundaria	Conviviente	21	Alto Trujillo
9. Rosy	17	1 dos meses (su primer hijo falleció)	5° primaria	Conviviente	21	Villarreal
10. Erick	16	1 (tres semanas)	3° secundaria	No	18	Victor Larco
11. Esther	18	1 (tres meses)	Secundaria completa	Conviviente	20	Chicago
12. M. B.	16	1 (una semana)	4° secundaria	Pareja	22	Urb. Santa Isabel

Fuente: Elaboración propia.

En el caso de las dos madres adolescentes con educación primaria de Trujillo, una es madre soltera (17 años, con dos hijos) y proviene de la zona rural de La Libertad (Huamachuco), dice haber estudiado el nivel primario en un colegio de Huamachuco, y dejó la escuela a los 12 años. Vive ahora en la ciudad de Trujillo y el padre del bebé (quien tiene 31 años de edad) le provee apoyo. La segunda madre adolescente (17 años) también proviene de la zona rural de La Libertad (Otuzco), se embarazó por primera vez a los 14 años y su único hijo

vivo fue fruto del segundo embarazo (el primero no sobrevivió al parto); dicho hijo tenía, al momento de la entrevista, dos meses de vida. Tiene además un conviviente de 21 años e indica haber estudiado hasta 5° grado de primaria en su pueblo, y haber dejado la escuela a los 11 años de edad.

CAPÍTULO I

Presentación
de resultados

1. ACCESO Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Acceso a información sobre métodos anticonceptivos

Al realizar el presente estudio, encontramos que la mayor parte de las entrevistadas, tanto de Lima como de Trujillo, sí contaban con alguna información acerca de métodos anticonceptivos (MAC) “en el período que salieron embarazadas”. En Lima, de 16 entrevistadas, cuatro indicaron no haber contado con información. En Trujillo tenemos que, de doce adolescentes, solo dos indicaron no haber contado con información sobre MAC al momento de su primer embarazo.

Cabe resaltar que en Lima, las cuatro madres adolescentes que señalaron no haber tenido información al respecto, provienen de la comunidad Shipibo-conibo de Cantagallo, residentes en Lima. Ellas tenían, al momento del estudio, entre 15 y 17 años; tres de ellas nacieron en la región de Ucayali y han sido madres, en promedio, a los 15 años de edad. Ellas tienen secundaria incompleta.²⁰

En cuanto a Trujillo, tenemos que las dos madres adolescentes que indicaron no haber contado con información sobre MAC, provienen de la zona rural de La Libertad.

20 Dani, Rosi, Jayi y Kari. Solo una estudió en Ucayali; las otras tres lo hicieron en colegios de Lima Centro y Lima Este, y de las cuatro solo una ha llegado hasta 4° año de secundaria. Cabe precisar que Cari, quien dijo haber obtenido información en su escuela sobre el tema, tiene actualmente 14 años, se encuentra estudiando y ha alcanzado el 3° año de secundaria. Tiene en la actualidad un bebé de dos meses e indica que empezó a tener relaciones sexuales a los 13 años.

Características madres adolescentes sin información sobre MAC -Trujillo

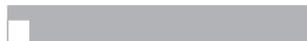
Blanci 17


 Es de Cachicayán - Santiago de Surco

 Cuando salió embarazada, ya había culminado estudios secundarios en un colegio en su pueblo.

 Fue madre a los 17 años, vive con su pequeño bebé en la ciudad.

Rosy 17


 Es de Membrilla - Otuzco

 Solo tiene nivel primario de educación. Estudió en su pueblo y luego, a los 13 años, migró hacia la ciudad.

 Dos embarazos, fue madre por primera vez a los 14 años y tiene ahora un hijo vivo de dos meses.

En los resultados encontramos evidencia de que la menor edad de las entrevistadas no marca necesariamente una brecha en la información respecto de aquellas de mayor edad. Por otro lado, no vemos una brecha importante al comparar ambas ciudades; en Trujillo, el 20% de las muchachas no cuenta con información frente a un 25% de Lima. El porcentaje de Trujillo incluye a dos adolescentes de origen rural, mientras que el 25% de Lima está constituido por adolescentes de la comunidad de Cantagallo. De este dato podemos inferir que, para las mujeres adolescentes migrantes en la ciudad, de origen indígena y de primera generación, o para aquellas que crecen en ámbitos campesinos, aún persisten dificultades para obtener y acceder a información sobre su salud sexual y reproductiva.

Si bien vemos que parte de las adolescentes que indicaron no haber obtenido información cuentan con educación secundaria, al analizar con mayor profundidad los casos encontramos que, de las seis, tres han estudiado en escuelas de sus pueblos, lejos de las grandes ciudades, y de ellas solo una completó la secundaria, mientras que otra llegó solo a 2° año de secundaria, y otra cuenta con estudios primarios. De las que estudiaron en la ciudad (casos de Lima con origen indígena), dos solo llegaron al 1° año de secundaria, mientras una llegó a 4° año. Entonces, estaríamos evidenciando que la escuela, especialmente en el ámbito rural, no implica mayores oportunidades de información sobre MAC. Finalmente, también se evidencia que las diferencias entre grados de instrucción podrían marcar brechas en el acceso a la información, si comparamos los grados de escolaridad de quienes no cuentan con ella y quienes sí.

Espacios donde se accedió a información sobre MAC

En relación con lo anterior, al indagar dónde accedieron a información sobre MAC, encontramos que, en Lima, de las doce adolescentes que dijeron haber contado con información, ocho señalaron haber tenido acceso a la misma en la escuela, mediante el curso de Relaciones Humanas y la hora de Tutoría, además de mencionar puntualmente a algún docente como fuente de información en dicho espacio educativo. De estas ocho, todas han alcanzado el nivel secundario.²¹ El resto (cuatro) indicaron que sus fuentes de información fueron su familia y amigos. De estas cuatro, dos contaban con educación primaria.

En el caso de Trujillo, de las diez adolescentes que dijeron tener información, solo tres especificaron haberla recibido en el curso de Relaciones Humanas y durante la Tutoría de sus respectivas escuelas. Las tres cuentan con nivel secundario de educación.

Madres adolescentes que recibieron información sobre MAC en la escuela-Trujillo

- M. B, 16 años
- 4° de secundaria
- A los 15 desertó
- Menciona el curso de RRHH.
- Tiene un bebé de 8 días.
- Inició su vida sexual a los 14 años.
- Vive en la ciudad.

- Ángi, 17 años
- 5° secundaria en un colegio público.
- Menciona que en Tutoría la orientan.
- En su escuela la están apoyando también, ahora que tiene un bebé.
- Vive en la ciudad.

- Mary, 16 años
- 5° de secundaria, en un colegio público de Moche.
- Indica que es orientada en Tutoría y el curso RRHH, y la apoyan de otras formas.
- Tiene un bebé de dos meses.
- Vive en la ciudad.

De las siete muchachas restantes, quienes también contaban con información, ninguna precisó donde obtuvieron información respecto a MAC. Algunas de ellas han interrumpido su educación secundaria tempranamente y dos solo llegaron al nivel primario.

21 De las ocho adolescentes, una señala como fuente de información a la televisión, y otras cuatro a la familia y a los amigos como fuentes complementarias de información, además de la escuela.

“Estudié hasta 1° de secundaria en un colegio particular de mi zona, pero hace dos años dejé el colegio por problemas familiares; no recuerdo que allí me hayan (hablado) sobre MAC”. Nayi, 14 años. Virú / La Libertad.

Por otro lado encontramos que, de las quince entrevistadas en Lima y Trujillo, quienes precisaron dónde habían obtenido información sobre MAC, once señalaron a la escuela como la principal fuente de información sobre el tema. Las once cuentan con educación secundaria. Esto nos indicaría que la escuela puede ser un espacio relevante para acceder a este tipo de información y que, por otro lado, se estaría avanzando en la implementación de una currícula que incluye el eje de salud sexual y reproductiva en la enseñanza secundaria. Sin embargo, vemos que básicamente se estaría llegando solo al sector de adolescentes de los últimos años de secundaria, excluyendo a los y las estudiantes de primaria. Obviamente, como hemos visto en párrafos anteriores, todo esto dependería de si la escuela se encuentra en la ciudad o lejos de la urbe. Asimismo, contar con un curso (Relaciones Humanas), además de las horas de Tutoría, sería insuficiente para lograr la cobertura adecuada y así fortalecer el aspecto preventivo del EMA.

Siete madres adolescentes de Trujillo indicaron haber obtenido información sobre el tema, mas no dieron mayores luces sobre la fuente. En ese sentido, cabe resaltar que si ya era difícil que mujeres tan jóvenes enfrenten una entrevista sobre una tema tan delicado como su propia maternidad, este diálogo se hizo aún más difícil al tratarse de abordar temas más íntimos, teniendo en cuenta que la salud sexual y reproductiva permanece como un tema tabú debido a las ideas conservadoras en relación con el género.

Asimismo, cabe resaltar que si bien la escuela, la familia y el grupo de pares son los principales espacios de socialización de niñas, niños y adolescentes, y que por ello son mencionados como fuentes de información por la mayoría de entrevistadas, esto nos debería llevar a reflexionar sobre el tipo y la calidad de información recibida sobre MAC, junto con la perspectiva que se le da a la salud sexual y reproductiva; es decir que debemos considerar si quienes la

reciben cuentan o no con la capacidad y la edad adecuadas para administrarla. Sorprende que casi no se mencione como fuentes de información la televisión o las plataformas digitales, siendo las nuevas generaciones las que, supuestamente, están más conectadas a ellas.

Uso de MAC en periodos previos al embarazo

Se quiso averiguar si las adolescentes utilizaron algún MAC en el periodo que precedió a su embarazo. De las entrevistadas, encontramos que la mayoría procedente de Lima y Trujillo no lo hicieron. Asimismo, cuando cruzamos el acceso a la información con el uso de MAC en ambas ciudades, obtuvimos que la mayoría que conocía los MAC no los usaba.

“Había escuchado algo (acerca) de ampollas, pero (yo) no usaba. Ahora tampoco uso nada; hace poco tuve mi hijito”.
(Lucy, 17, Trujillo).

“Sí sabía, pero nunca usé porque yo quería embarazarme”.
(Seni, 17, Trujillo).

Cabe agregar que algunas entrevistadas que usaban MAC, manifestaron cuidarse con ellos de manera permanente, mientras que otras los utilizaron de manera irregular y algunas, por razones de fuerza mayor, no tuvieron acceso al MAC; fue en aquellos lapsos que salieron embarazadas.

De todo esto se colige que la circunstancia de contar con información sobre MAC no implica necesariamente su utilización por parte de las adolescentes.

Uso actual de MAC

Se averiguó si actualmente las adolescentes están usando MAC. Al respecto, encontramos que en Lima solo cuatro adolescentes los usaban al momento de ser entrevistadas, mientras que doce no lo hacían. En Trujillo, seis dijeron usarlos y otras seis manifestaron no emplearlos.

De esta data, tenemos que del total (28 entrevistadas), la mayoría no usaba MAC al momento de ser entrevistadas. Mientras en Trujillo había una cierta paridad entre quienes los usan y quienes no, en Lima encontramos un alto porcentaje (30%) que no los empleaba. Sin embargo, es oportuno sostener que parte de ese 30% se trataba de nueve gestantes en el último trimestre de embarazo. Dicha circunstancia, sin embargo, no necesariamente tendría que excluir las de usar un método de protección (como el preservativo), pues si tienen vida sexual activa, de esta manera podrían prevenir enfermedades de transmisión sexual. Por otro, hemos encontrado también madres (con bebés de meses e, incluso, años) que no utilizan MAC, lo cual implica un alto riesgo de volver a embarazarse. Solo un caso de Trujillo, que recientemente dio a luz por cesárea, tiene planes de usar MAC en el corto plazo.

“Ahora (...) me van a sacar los puntos y me van a poner ampolla (...)”. Erick, 16, Trujillo.

MAC utilizados y lugares a los que acuden para conseguirlos

La mayoría de entrevistadas que indicaron haber usado y estar usando MAC, señalaron en orden de prioridad lo siguiente: en Lima, son utilizados pastillas, preservativos, ampollas y otros; en Trujillo, ampollas, preservativos, pastillas y otros. Esto se puede ver en el Cuadro 3.

Cuadro 3. Métodos anticonceptivos usados por las entrevistadas

MAC	Ampollas	Pastillas	Condón	AOE	T DE COBRE	IMPLANTE
LIMA	1	4	2	1		1
TRUJILLO	6	1	2	1 (*)	1	

Fuente: Entrevistas realizadas.

(*) Una entrevistada de Trujillo indicó haber usado pastillas y, además, alguna vez el AOE (Nayi, 14 años, Trujillo). Otra entrevistada que usó el AOE es de Lima (Thysi, 18 años).

“Yo sabía de los MAC. Cuando estaba con mi enamorado usaba pastillas y también alguna vez usé la píldora del día siguiente”. Nayi, 14 años. Trujillo.

Por otro lado, solo una indicó usar la “T de cobre” (Zula, 16, Trujillo) y otra el implante bajo el brazo (Cari, 14, Cantagallo).

Al preguntarles dónde se dirigieron para conseguir los MAC, ellas indicaron que fueron a la farmacia y al centro de salud. Cabe destacar que, en Lima, la mayoría va a la farmacia, mientras que en el caso de Trujillo, hay un leve margen de diferencia a favor del centro de salud. Dependiendo del método a usar, las madres van más al centro de salud (para conseguir T de cobre, implantes y algunas veces ampollas), o se recurre a la farmacia (para las pastillas, preservativos y AOE).

Encontramos que en Trujillo hay una mayor asistencia al centro de salud (incluso para las ampollas), y esta mayor demanda social frente al servicio de salud estaría dada por la búsqueda de gratuidad. En este punto ubicamos un obstáculo a tomar en cuenta, pues la facilidad del acceso no está condicionada solo por la gratuidad sino también por la oportunidad, y esta varía según el proveedor. En ese sentido, si una usuaria recurre a la farmacia, le resulta fácil y rápido acceder a un MAC, pues solo es cuestión de tener dinero, pero si se trata de un centro de salud público, puede haber algunas complicaciones.

“Yo usaba la ampolla pero perdí mi carnet y para volver a ponérmela tenía que sacar un carnet nuevo; no pude hacerlo y en ese tiempo es que salí embarazada”. (M. B, 16, Trujillo).

De los datos, observamos que la píldora del día siguiente es mencionada por dos entrevistadas como MAC, siendo la de menor edad una madre de 14 años de edad, lo que nos confirmaría que la pastilla del día siguiente estaría usándose no solo como método de emergencia, y que la edad de uso sería muy precoz (por debajo de los 14 años).²²

Argumentos de los adolescentes para no usar MAC

Queríamos indagar, a partir de las opiniones de las entrevistadas, cuáles son los argumentos de las y los adolescentes que explicarían la resistencia a usar MAC, no solo a partir de su propia experiencia sino también de la de sus pares.

Encontramos que las opiniones vertidas reflejan, en buena medida, la diversidad de circunstancias, ideas, creencias, anhelos, actitudes, valores y antivalores que rodean la decisión de usar los MAC, así como del cuidado de su salud sexual y reproductiva, tal como podemos apreciar a continuación:

- Tienen miedo a las ampollas, las pastillas y AOE por sus efectos a largo plazo.
- No les gusta las ampollas porque engordan, y no quieren venir al hospital.
- No les toman importancia, creen que no se van a embarazar.
- Porque hay posibilidad de abortar con la pastilla.
- No planifican tener relaciones sexuales.
- A las adolescentes les hablaban de los MAC, pero para qué usarlos si más fácil es abortar.
- Quieren hacer lo que quieren, se decepcionan con el enamorado y se van con otro.
- El descuido de “uno misma, habiendo tanto métodos”.
- Tienen otra mentalidad más madura, no pensar en cosas de niños, ser capaz de asumir (un probable embarazo).
- Algún día tiene que pasar.
- No depende solo del enamorado, es responsabilidad de los dos.
- Algunos se planean tener hijos.

22 Dato que cobra relevancia en pleno debate en torno al acceso de la pastilla del día siguiente, impulsado por el actual gobierno.

- Algunas, porque querían salir embarazada.
- Algunas chicas no se quieren cuidar.
- Porque sin preservativo es mejor para los chicos.
- (A los chicos) no les gusta el condón, (porque) no se siente igual.
- Ellos quieren sentir, por eso no se cuidan.
- Él no quería usar condón, yo sí.
- Las chicas no saben cómo usarlos.
- Hay mucha información, pero finalmente es un tema personal.
- Debe haber más charlas; falta comunicación.
- Pueden estar informados, “pero hacen todo a lo loco”.
- Tal vez no hablen, ni hay comunicación con sus padres.
- Se pelean con los padres, y le dicen NO a todo.
- No tienen para comprar.

Como ya hemos mencionado, vemos una diversidad de argumentos que nos permiten explorar el imaginario de las y los adolescentes respecto de una decisión tan trascendente como lo es cuidar de su salud sexual y reproductiva, de su integridad y, con ello, de sus propias posibilidades de desarrollo.

De los comentarios recabados, podemos ubicar al menos ocho tipos de argumentos que tratan de explicar por qué los y las adolescentes se resisten a usar MAC:

- Supuestos efectos negativos en la salud de la adolescente.
- Actitudes indolentes respecto de su salud sexual y reproductiva.
- El deseo de ser madre o padre.
- Supuesta capacidad de asumir responsabilidades adultas.
- Brechas de género y brechas socioeconómicas.
- Aún es escasa la información sobre los MAC.
- Dificultades en la comunicación con los padres.
- Anhelos de disfrute sexual de los adolescentes.

Un punto central es que la información respecto de los MAC aún es limitada, y esto no se refiere solo a conocer cuáles son los MAC sino también a esclarecer los posibles efectos secundarios de su uso, despejando con ello el temor de las adolescentes sobre un posible impacto negativo en su salud; por otro lado, también se necesitaría más información sobre la forma de usarlos correctamente.

También vemos que hay adolescentes, mujeres y varones, que desean ser padres y, con ello, formar una familia. Este deseo no siempre es explícito, pero se hace notar en la decisión de continuar con el embarazo, de convivir, de criar juntos al bebé aun cuando, en la mayoría de los casos estudiados, se hace evidente que no hubo la decisión explícita de quedar embarazada. En relación con esto, encontramos el argumento que nos remite a la decisión de las y los adolescentes acerca de “asumir responsabilidades de adultos”. Tanto en el cuadro anterior como en los siguientes capítulos de este estudio, encontramos testimonios en los cuales la madre adolescente (y también el padre) se asumen como “personas adultas” en relación con la paternidad y la maternidad, con su vida sentimental y con la opción de no interrumpir el embarazo.

Notamos que las brechas de género están presentes en la forma como las adolescentes se desenvuelven en su vida sexual y con sus enamorados; muchas veces, son ellos quienes toman la decisión sobre el uso de MAC frente al temor, el desconocimiento y la poca experiencia de las chicas. Las brechas socioeconómicas estarían también presentes en la medida que muchas adolescentes con escasos recursos tienen dificultades para acceder a los MAC, así como a servicios especializados.

Por otro, el entorno familiar que es un espacio relevante de socialización de las y los adolescentes; no está siendo funcional para brindar al menos ciertas pautas e información sobre salud sexual y reproductiva.

Tenemos por su parte un argumento frecuente de los muchachos, quienes señalan no usar preservativos porque “pierden sensibilidad” durante el acto sexual. Esto es preocupante, porque se trata del método de más fácil acceso y el más económico que pueden usar los varones; nos remite también a aspectos más íntimos e importantes, tales como encontrar por lo menos un ámbito placentero

y de satisfacción inmediata en la vida. Este argumento también puede encubrir algunas actitudes tradicionales de género, por las cuales los chicos manipulan a sus enamoradas con la excusa de “querer sentir”.

Sobre las supuestas conductas poco responsables respecto de la salud sexual reproductiva, encontramos que en las adolescentes habría un manejo inadecuado de AOE y que, por otro lado, se inicia la vida sexual a temprana edad. A todo esto, debe sumarse el riesgo de optar por realizar prácticas abortivas en condiciones insalubres. Todos estos asuntos se convierten en factores de riesgo, dada la precocidad de la edad de la madre (y también del padre), así como las carencias materiales y emocionales de las nuevas familias.

Finalmente, todo esto nos permite ir esclareciendo, de alguna manera, las razones por las cuales existe una brecha entre el acceso a la información y el uso de MAC.

2. INICIO DE LA VIDA SEXUAL Y EMBARAZO

En cuanto al inicio de vida sexual, tenemos que la edad más temprana señalada en las entrevistadas corresponde a los 12 años. Si comparamos los ámbitos, tenemos que la edad promedio de inicio de la vida sexual en Lima es de 12 años, mientras que en Trujillo la edad más precoz es de 13 años. Cabe resaltar que en ambas ciudades el rango de edad entre 14 y 15 años es el que concentra el mayor número de respuestas afirmativas relacionadas con la actividad sexual; luego viene el rango entre 16 y 17 y, por último, el de 12 a 13 años.

El caso de la adolescente que a los 12 años señaló haber iniciado su vida sexual, ella es de Lima y vive en un asentamiento humano en las alturas de Lima Sur; ha cursado solo hasta 6° grado de primaria y su mal comportamiento determinó el abandono de la escuela: este habría consistido en tener amistades un tanto peligrosas y pasar la mayor parte del día en la calle. Su abuela materna es quien la ha criado; su padre biológico vive en otro país y tiene otra familia, mientras que su joven madre biológica también está ausente (al parecer, por problemas con la ley). La adolescente de la que hablamos tuvo su primer hijo a los 15 años y es actualmente madre soltera.

Estos datos acerca de la precocidad del inicio de la vida sexual implican que este sector etario de la población es sexualmente activo, por lo cual las iniciativas para la promoción de la información y del acceso, así como en general de toda la estrategia de prevención, deberían considerar rangos de edad por debajo de los 12 años, tener en cuenta los espacios donde los niños y las niñas socializan, y el nivel de escolaridad que usualmente alcanzan a dicha edad (el cual es, generalmente, primaria). También debe considerarse el nivel de formación ética, emocional y cognitiva, con el fin de adecuar contenidos y formatos de prevención del EMA. Además, como hemos señalado previamente, tanto en Lima como en Trujillo tenemos madres adolescentes de 14 años de edad que manifiestan haber usado MAC (incluyendo la AOE); todo eso debe llevar a implementar nuevos procedimientos y estándares de atención en los servicios públicos para garantizar el acceso en este sector. Una cuestión que debe ser considerada es la diferencia de edad entre las adolescentes de menor edad y los padres de sus hijos, tema que veremos más adelante,

pues ello ameritaría además una atención especial (en cuanto inversión social) en relación con ciertos problemas con la ley, por la edad de la madre adolescente, y derivar en situaciones de riesgo para su salud, integridad y desarrollo personal en casos de convivencia.

Embarazo

Quisimos saber cómo supieron las adolescentes que se encontraban embarazadas, cuáles procedimientos usaban para descartarlo o confirmarlo, y también con ello tener una referencia adicional sobre el nivel de conocimiento respecto de su salud sexual y reproductiva.

Mediante las entrevistas realizadas obtuvimos que, luego de una primera alerta (retraso del periodo, náuseas, etc.), la mayoría de adolescentes realizó un descarte de embarazo; en primer término acudieron a un centro de salud para hacerse un análisis (de sangre u orina), esto tanto en Lima como en Trujillo. En segundo lugar ubicamos el uso del test de embarazo que se consigue en las farmacias, mientras que en tercer lugar encontramos el uso de la ecografía en un centro de salud.

Asimismo, hay otro grupo que combinó el análisis o el test de embarazo con la ecografía.

“Como tenía mareos y náuseas, me hice el test; pero como tenía un quiste, mi mamá me llevo a hacerme una ecografía para confirmarlo, y (así supe que) yo estaba embarazada”. (M. B, 16, Trujillo).

Cabe destacar que el servicio al que recurrieron en primer lugar fue el centro de salud, casi siempre público, aunque también algunas asistieron a un centro de salud privado (clínica); esto especialmente en casos de Lima. En los centros de salud las adolescentes se realizaron análisis (de sangre y orina), una ecografía o ambos, mientras que la farmacia aparece también como principal referente al proveer del test de embarazo.

Encontramos que en solo tres casos (de Lima) y uno (de Trujillo), se indicó que no se realizó despistaje alguno del embarazo; ellas solo señalaron que, con los síntomas, asumieron que estaban embarazadas. Otras, por temor o desinformación, se enteraron y acudieron tardíamente a confirmar y controlar su embarazo.

“Empecé a sentir movimientos en mi vientre, y como sufría del estómago me fui al doctor, me hicieron una ecografía y recién supe que tenía cinco meses y medio de embarazo”. (Ángi, 17, Trujillo).

“Me empezó a crecer mi barriga; luego me tuve que fajar para disimular. Solo mi prima se dio cuenta que algo me pasaba, después mi familia se enteró. Me fui al hospital regional para el parto, me operaron, pero el bebé se pasó de hora y no resistió”. (Rosi, 17, Trujillo).

“Yo no tenía síntomas pero mis compañeras me decían que estaba gorda, que yo había subido de peso; me decían que me haga la prueba y ahí me empecé a preocupar. Mi madrina me llevó a la clínica, me hicieron examen y ecografía y me dijeron que tenía 22 semanas”. (Karli, 16, VES).

“Me salía calostro de mis pechos, tenía hambre, asco a ciertas comidas. Me llevaron a la clínica y me hicieron la ecografía; ya eran seis meses de embarazo”. (Yami, 15, Lima).

La mayoría de adolescentes entrevistadas manifiestan que fue un embarazo no deseado, y que enterarse de su estado fue una noticia inesperada.

“Estaba viviendo con mi marido, no pensaba en tener un hijo. Mi esposo se cuidaba, a mí me tocaba ponerme nuevamente la ‘ampolla’, y de repente comenzaron las náuseas, me hice el test y salió positivo”. (Rosy, 17, Trujillo).

Llama la atención que, aun cuando la mayoría no usaba MAC, para las adolescentes fue una sorpresa confirmar que estaban embarazadas.

“No sabía nada en esa entonces... cuando mi menstruación se atrasó, con mi abuela me fui a hacerme el examen; me sorprendí cuando me lo dijeron, me puse a llorar”. (Dani, 15, Cantagallo).

Vemos entonces, a partir de la información recabada, que las adolescentes acudieron a servicios de salud públicos y privados, así como a las farmacias. Vemos también que el test de embarazo resulta ser un examen de fácil acceso, rápido, de relativamente bajo costo y, sobre todo, que permite cierta confidencialidad y accesibilidad mayor para las adolescentes, mientras que tratándose de centros de salud, ellas por lo general han asistido acompañadas de un familiar adulto u otra persona de mayor edad que ellas.

Encontramos en las adolescentes un escaso conocimiento sobre su cuerpo, sobre el embarazo y sobre su salud sexual y reproductiva, todo lo cual sumado al temor de la reacción de su entorno más cercano (enamorado, familia, escuela) ante el embarazo, las coloca en una situación de vulnerabilidad para su salud sexual y reproductiva, y también prefigura una situación complicada para sus bebés.

Interrupción del embarazo

Encontramos que las adolescentes también suelen recibir comentarios y sugerencias acerca de interrumpir el embarazo. Proviene de su entorno más cercano (enamorado, familia) en primer lugar, y en un segundo momento podría surgir algún pensamiento propio respecto de esa posibilidad. Encontramos que, de doce entrevistadas que manifestaron haber sopesado interrumpir su embarazo, en siete casos esta propuesta o sugerencia provino de la propia familia (en principio de la madre y luego de abuelas, primas, etc.), y en cuatro casos la sugerencia fue del enamorado.

“Mi bebé (...) decidí tenerlo yo. Yo le dije (al papá) que lo iba a tener, así lo firme o no”. (Nayi, 14, Trujillo).
“Cuéntale que el chico te dijo te doy una patada en la barriga para abortarlo”. (abuela de Eliani, 15, VES, respecto de la reacción del padre del bebé).

En el duodécimo caso, la posibilidad fue barajada por la propia adolescente.

“En mi primer embarazo con mi enamorado de ese entonces, vimos que no podíamos tenerlo y aborté. Yo (nuevamente) lo pensé, pero como era mi segundo embarazo, ya qué se hacía”. (Nicoli, 17, VES).

Además, tenemos otras tres entrevistadas provenientes de Villa El Salvador que no precisan de quién surgió la idea de abortar. De dos casos en Trujillo, en uno se trató de comentarios por parte de compañeras de clase, y en el otro al hablar de un antiguo embarazo.

Al indagar respecto de la opinión que tienen las adolescentes sobre la interrupción del embarazo (IDE), siete entrevistadas se animaron a responder y fundamentar su opinión, como vemos en el siguiente cuadro.

Cuadro 4. Opiniones de las adolescentes sobre la interrupción del embarazo

Nombre	Edad	Opiniones sobre la IDE	Ciudad
Marji	17	No. Pero si es aborto terapéutico, ya sería otra cosa. También, si lo tienen, lo pueden dar en adopción.	LIMA
Berti	18	No. Es como matar a otra persona.	LIMA
Karli	16	No. Es una mala decisión y podría afectar a la chica.	LIMA

Zula	16	No. ¡Qué culpa tiene el bebé!	TRUJILLO
Mary	16	No. Porque (los bebés) no tienen la culpa de lo que hacen los adultos.	TRUJILLO
Ericka	17	No. Si no quieren embarazarse deben cuidarse y no tener relaciones sexuales.	TRUJILLO
Esther	18	No. Era matar una vidita que está creciendo, mi pareja y yo queríamos tener mi hijito.	TRUJILLO

Fuente: Entrevistas realizadas.

Entre estas siete adolescentes de Lima y Trujillo, encontramos que todas están en desacuerdo con la IDE, y que solo una, a pesar de opinar en contra, hace una excepción si fuera el caso de un aborto terapéutico; sin embargo, señala la adopción como una alternativa.

En esta indagación sobre la interrupción del embarazo, debemos considerar que todas las entrevistadas (las 28 adolescentes de Lima y Trujillo), han optado por seguir con su embarazo y la mayoría ya son madres, aunque como hemos visto, la mayoría lo fueron a partir de embarazos no deseados. Tenemos que casi el 40% de las adolescentes (once) han pensado en algún momento sobre la posibilidad de interrumpirlo pero no lo hicieron. Por otro lado, tenemos que las adolescentes que tenían y querían decir su opinión al respecto, todas están contra del IDE. Solo tenemos tres casos en que las adolescentes recién confirmaron su embarazo cuando estaba bastante avanzado –de cinco meses y medio (Ángi, 17, Trujillo), seis meses (Yami, 16, Lima) y de cinco meses y medio (Karli, 16 Lima)-, por lo que era altamente improbable y peligroso interrumpirlo.

También debemos tener presente que, como el aborto libre es ilegal en nuestro país, y que otras formas de interrupción del embarazo atraviesan una serie de problemas burocráticos y de trabas de conciencia, las adolescentes no cuentan con servicios especializados y gratuitos para ser asistidas de manera oportuna. Todo esto implica que muchas mujeres pobres, especialmente las adolescentes, recurran a realizarse abortos clandestinos en la ciudad, o a métodos tradicionales que los inducen, en caso esa sea su decisión.

El desafío consiste en proveer distintas alternativas a las adolescentes para que, sea cual sea la decisión que tomen en relación con sus embarazos, esta sea consciente y consecuencia de una reflexión bajo condiciones mínimas de atención, sopesada con una mirada a futuro llena de posibilidades de desarrollo.

En relación con los cambios normativos sobre la planificación familiar y la distribución gratuita de AOE, el desafío apunta a implementar una estrategia eficaz de prevención para que la cobertura llegue a las adolescentes pobres y a aquellas de origen indígena o campesino.

3. PATERNIDAD, VIDA EN PAREJA Y CRIANZA COMPARTIDA

En este apartado exploraremos cuál es la situación de las adolescentes respecto de la relación con el padre de sus hijos:²³ si establecen vínculos de pareja, si conviven o son madres solteras, si enfrentan solas su maternidad o si tienen algún apoyo o comparten la crianza y cuidado del bebé. Asimismo, buscamos contar algunos datos que nos permitan saber cuál es el perfil de los padres.

Edades de las madres adolescentes y de los padres

Los padres biológicos de los hijos de las entrevistadas, en el caso de Lima, tienen edades que van desde los 15 a los 25 años. Si comparamos con la edad de las mujeres, tenemos que la de menor edad cuenta con 14, y la mayor con 20 años. El Cuadro 5 grafica lo señalado:

Cuadro 5 Lima. Edades de las madres adolescentes y de los padres

Nombre	Madre	Padre	Hijos
Dani	15	18	1 - un año
Rosy	15	21	1 - un año con diez meses
Jayi	17	24	1 - dos años
Kari	17	22	1 - dos años
Cari	14	20	1 - dos meses
Yami	15	25 *	1 - un año
Rosy	20	24	2 - de tres y un año
Marji	17	19	Embarazada
Berti	18	18	Embarazada
Thysi	18	19	Embarazada

23 Hemos evitado preguntar sobre la situación legal de la relación (si son casados o no), pues no teníamos la certeza de que se nos diga la verdad, y tampoco teníamos posibilidad de comprobarlo.

Karli	16	18	Embarazada
Eliani	15	15	Embarazada
Nicoli	17	No sabe	Embarazada
Ani	17	No sabe	Embarazada
Rosela	16	17	Embarazada
Ivon	17	23	embarazada

Fuente: Entrevistas realizadas.

Si observamos la relación entre las edades del padre y la madre, encontramos que en dos casos se tratan de madres y padres adolescentes. En un caso tenemos a una madre de 14 años con su conviviente de 20 años; ella señala que inició su vida sexual a la edad de 13 años. También tenemos una menor de 15 años con una pareja (el padre de su hijo) de 25 años.

En cuanto a Trujillo, tenemos un rango de edad para los varones que va de los 17 a los 31 años. En el caso de las madres adolescentes, la de menor edad tiene 14 años y la de mayor edad, 18 años.

Cuadro 6. Trujillo. Edades de la madre adolescente y del padre

Nombre	Madre	Padre	Hijos
Blanci	17	26	1 - mes y medio
Lucy	17	31	1 - mes y medio
Seni	17	19	1 - dos meses
Ángi	17	17	1 - dos meses
Zula	16	22	1 - dos meses
Nayi	14	17	1 - dos meses
Mary	16	20	1 - dos meses
Erici	17	21	2 - dos años y de dos meses)
Rosy	17	21	1 - dos meses (y un hijo fallecido)

Erick	16	18	1 - tres semanas
Esther	18	20	1 - tres meses
M. B.	16	22	1 - 1 semana

Fuente: Entrevistas realizadas

Al cruzar las edades de los padres y las madres, encontramos dos casos en los que ambos son adolescentes. Llama la atención dos casos con las mayores diferencias de edades: el de una menor de 17 años con un adulto de 31 años, y otro de una menor de 16 años con un adulto de 26.

Situación de la madre adolescente respecto del padre de su hijo

En Lima encontramos que, de dieciséis entrevistadas, once tienen una relación sentimental (con el padre de su hijo). De las once, ocho son convivientes y viven con su pareja e hijos, mientras que las tres restantes tienen pareja pero no viven en el mismo domicilio con el padre de su hijo.

Solo cinco casos del total de entrevistadas indican no tener una relación sentimental. De estos, tres tenían hijos nacidos y dos eran gestantes al momento de la investigación.

Cuadro 7. Lima: Situación de la madre adolescente respecto del padre de su(s) hijo(s)

Nombre	Madre	Padre	Hijos	Tiene pareja	Es conviviente
Dani	15	18	1 - un año	-	Sí
Rosí	15	21	1 - diez meses	-	Sí
Jayi	17	24	1 - dos años	-	Sí
Kari	17	22 años	1 - dos años y dos meses	No	No
Cari	14	20	1 - dos meses	-	Sí
Yami	15	25 *	1 - un año	No	No

Rosina	20	24	2 - tres años y de un año	No	No
Marji	17	19	Embarazada	Sí	-
Berti	18	18	Embarazada	-	Sí
Thysi	18	19	Embarazada	-	Sí
Karli	16	18	Embarazada	Sí	-
Eliani	15	15	Embarazada	-	Sí
Nicoli	17	No sabe	Embarazada	No	No
Ani	17	No sabe	Embarazada	No	No
Rosela	16	17	Embarazada	Sí	-
Ivon	17	23	Embarazada	-	Sí

En Trujillo encontramos que, de doce entrevistadas, siete señalan tener una relación sentimental (con el padre de su hijo). Dos se encuentran en una relación de pareja y cinco conviven con su pareja e hijo en un mismo domicilio. En estos cinco casos de convivientes, las madres tienen entre 16 y 18 años. Respecto del resto del total de entrevistadas, cinco madres indican no tener pareja; entre estos casos encontramos a la madre adolescente de menor edad (14 años).

Cuadro 8. Trujillo. Situación de la madre adolescente respecto del padre de su(s) hijo(s)

Nombre	Madre	Padre	Hijos	Pareja	Conviviente
Blanci	17	26	1 - mes y medio	No	No
Lucy	17	31	1 - mes y medio	No	No
Seni	17	19	1 - dos meses	-	Sí
Ángi	17	17	1 - dos meses	No	No
Zula	16	22	1 - dos meses	-	Sí

Nayi	14	17	1 - dos meses	No	No
Mary	16	20	1 - dos meses	Sí	
Erici	17	21	2 - dos años y de dos meses)	-	Sí
Rosy	17	21	1 vivo - dos meses (tuvo su primer embarazo a los 14)	-	Sí
Erick	16	18	1 - tres semanas	No	No
Esther	18	20	1 - tres meses	-	Sí
M. B.	16	22	1 - una semana	Sí	-

Fuente: Entrevistas realizadas

De los hallazgos surgidos en las entrevistas en Lima y Trujillo, encontramos que la mayoría de muchachas se encuentran en una relación sentimental con el padre de su hijo. En el caso de las que tienen pareja, a decir de ellas mismas, esto les permite tener cierto apoyo del padre y cercanía con la familia de este. Vemos que contar con una pareja, por otro lado, les permitiría a las entrevistadas disponer además de soporte emocional, de un nivel de respaldo moral, pues tener una pareja implica socialmente la aceptación de la paternidad.

Destacamos también que, del total de entrevistadas, casi la mitad de adolescentes se encuentra en condición de conviviente, lo que les ha permitido contar con sustento económico, apoyo para la crianza y el cuidado del bebé por parte del padre y de la familia de este, además de permitirse plantear una vida familiar y obtener cierto “estatus” social de mujer con “vida marital”.

La vida en pareja o en convivencia es un reto para estas adolescentes, un aprendizaje que debe realizarse en muy poco tiempo.

“Aprendiendo de la vida real, yo había cuidado a mis hermanos (y pensaba que) era aburrido. Pero soy feliz con mi nueva familia”. (Dani, 15, Cantagallo).

“Vivo bien con mi pareja y con mi bebé; he tenido suerte, pero por ahora no más hijitos. Somos madres pero no dejamos de ser hijas, comparto con mi hijo el DNI amarillo”. (Cari, 14, Lima).

En Lima, de las cinco madres adolescentes que provienen de la comunidad indígena shipiba, todas han tenido el soporte de la comunidad, en cuanto a la aceptación de la maternidad adolescente y al consentimiento social para que se forme una nueva familia en estas circunstancias. Podemos deducir de ello, que siguen vigentes algunas pautas culturales respecto a la precocidad de la maternidad y “matrimonio” temprano, a pesar de la migración.

Viviendo la paternidad

Como hemos visto en acápites anteriores, la mayoría de entrevistadas mantiene una relación de pareja o de convivencia con el padre de su hijo. Estas circunstancias hacen posible que el padre puede apoyar y participar en la crianza, el cuidado y la manutención del hijo. A partir de algunos testimonios colegimos que algunos padres han asumido una paternidad activa, y que la ven como una oportunidad de crecimiento y madurez.

“Vivo con el papá de mi hijito; asumimos juntos el nacimiento del bebé. Él trabaja, me apoya con la manutención, es afectuoso y juega con él, pero cambiar pañales... eso sí que no le gusta”. (Dani, 15, Cantagallo).

“Yo estaba con mi enamorado cuando supe del embarazo. Él lo tomó mejor que yo: ‘vamos a salir adelante’ me dijo”. (Marji, 17, VES).

*“Mi pareja estaba feliz, le avisó a sus padres. Luego mi familia lo aceptó. Cuando mi mamá se fue a Máncora, me mudé con mi pareja”.
(Cari, 14, Cantagallo).*

“Quisimos celebrar, pero mi papá estaba grave, en coma. Nos comprendemos, estamos todo el día juntos, nos llevamos mejor, vivimos juntos”. (Berti, 18, VES).

“Él estaba de viaje y se lo dije por teléfono; él me dijo ‘qué le vamos a hacer’. Él me apoya con el embarazo, y estamos viviendo en la casa de mi familia”. (Thysi, 18, VES).

En algunos casos de madres solteras, encontramos que el padre del niño también está asumiendo la manutención o brinda algún tipo de apoyo.

“Vivir en pareja ya no, después de la experiencia... pero él me apoya, me da para su leche y pañales”. (Blanci, Trujillo, 17).

“Yo vivo sola con mi hijo, pues mi familia vive en la sierra; el padre de mi bebé me apoya en casi todo”. (Lucy, 17, Trujillo).

“Yo vivo con mis dos hijos en un cuarto alquilado, no puedo trabajar, pero el papá me apoya”. (Rosina, 20, Lima).

Vemos que son pocos los casos de una paternidad ausente o no asumida.

“Fue sorpresa; el papá de mi bebé (17) me habló de no tenerlo, yo le dije que lo iba a tener así (él) lo firme o no. La mamá de él me ayuda con pañales, leche...”. (Nayi, 14, Trujillo).

Para dos casos de Lima, debemos resaltar que no hay mayores referencias al padre del bebé que está por nacer. En un caso, se señala que él no sabe del embarazo, o se menciona que el joven padre estuvo a favor de interrumpirlo (Ani, 17, Lima). En el otro caso, solo se menciona que habían terminado su relación para cuando ella salió embarazada (Nicoli, 17, Lima).

Condiciones materiales de la nueva familia

Otra información que queríamos averiguar apuntaba a las condiciones económicas en las que la nueva familia se desenvolvía; para ello, indagamos con las entrevistadas acerca del espacio donde viven actualmente. Encontramos que tanto aquellas que señalan tener pareja como quienes tienen conviviente, viven en la casa familiar, sean de Lima o de Trujillo. Solo en dos casos (ambos de Trujillo) tienen un domicilio donde viven con su pareja e hijos. En el caso de las madres solteras, tenemos que en Lima son cuatro las que viven en casa de su familia de origen, mientras que una vive sola; en Trujillo, son cuatro las que viven en casa familiar y una la que vive sola.

En cuanto a las madres que viven solas tenemos que, en el caso de Lima, se trata de una madre con dos hijos; ella indica que vive sola en un cuarto alquilado y que recibe el apoyo del padre de sus hijos (Rosina, 20, SJM). En Trujillo tenemos a una madre adolescente que recibe el apoyo del padre de su único hijo recién nacido, y que dice vivir sola “pues su familia reside en la sierra” (Lucy, 17, La Libertad).

En suma, vemos que son mayoría las adolescentes que han establecido una relación de pareja o convivencia. Por otro lado, incluso en el caso de las madres solteras hay cierta comunicación y apoyo por parte del padre del hijo. Ello nos debe llevar a replantear nuestra perspectiva sobre el fenómeno del EMA, y tener en mente que hay también padres adolescentes y jóvenes que se comprometen con los bebés, con las madres y con las implicancias de la paternidad. Por lo tanto, habrá que pensar en cómo fomentar y ayudar en la formación de paternidades activas y gratificantes para padres e hijos.

Es de especial preocupación, las adolescentes que han iniciado su vida sexual antes de los 14 años con hombres mayores de edad, por sus implicaciones penales y también en la integridad de las adolescentes. Así como, los casos de las adolescentes entrevistadas que a partir de los 14 años están conviviendo o tienen una pareja adulta. Como sabemos, con la Sentencia del Tribunal Constitucional de 2012 se excluyó la tipificación penal de las relaciones sexuales entre menores de edad desde los 14 a los 18 años, y también de un adulto con una menor en ese mismo rango de edad siempre que hubiera consentimiento.

Cuando la diferencia entre la edad de la madre y el padre de su hijo es demasiado amplia, suele devenir en una relación inequitativa con un alto grado de dependencia económica y afectiva, y de subordinación.

En cuanto a las condiciones materiales de la nueva familia, encontramos que la mayor parte de las entrevistadas viven en la casa familiar (de su familia de origen o de la familia del padre del bebé), lo que nos muestra que, aun cuando sean convivientes o tengan pareja, no cuentan con los recursos para vivir por su cuenta, ni con condiciones para vivir con cierto grado de independencia.

4. LA FAMILIA Y EL SOPORTE DE LA RED PARENTAL

Quisimos indagar también cómo responden las familias ante una situación de EMA, observando qué tipo de esfuerzos son desplegados desde la red parental, y cómo se enfrenta esta circunstancia de crisis, en caso de ser tomada como tal, en el entorno más próximo de la madre adolescente.

Las entrevistadas reportaron que, desde el momento en que se hicieron la prueba de embarazo, estuvieron a menudo acompañadas por sus madres, abuelas, hermanas y otros familiares, en especial cuando acudían al centro de salud.

“Mi madrina me llevó a la clínica; allí me hicieron la ecografía y el examen... Mi madrina me preguntó: ‘¿Por qué lloras? ¡Te vamos a apoyar!’. (Entonces) mi madrina llamó a mi mamá”.
(Karli, 16, VES - Lima).

En la mayoría de casos, la reacción inicial frente a la noticia del embarazo fue de desaprobación. En seis casos, por parte de la familia de origen, en Lima y Trujillo, hubo sugerencias de interrupción del embarazo.

“Mi mamá me dijo para no continuar... porque yo tenía que seguir estudiando”. (Esther, 18, Trujillo).
“Fue horrible hablar con mi mamá. Le conté minutos antes que ella se suba al bus, también fue difícil decirle a mi papá (pues él padece del corazón). Mi mamá dijo algo sobre perderlo. Mi papá al final aceptó, ‘ya no hay nada que hacer’, comentó”. (Cari, 14, Cantagallo).

Sin embargo, más allá de episodios iniciales en desacuerdo con la situación, encontramos que en la mayoría de los casos de Lima y Trujillo, el acompañamiento y apoyo del entorno familiar al embarazo y la maternidad es permanente y

fundamental. La forma más obvia de soporte por parte de la red parental se da cuando la madre adolescente o la nueva familia han sido acogidas en la casa familiar, ya sea esta la de la madre o la del padre.

En Lima tenemos que, de las dieciséis entrevistadas, solo encontramos un caso en que la madre vive sola.²⁴ Las restantes, sean ellas convivientes, en relación de pareja o madres solteras, se encuentran alojadas en la casa familiar (de su familia o de la familia del padre del bebé).

Cuadro 9. Lima. Lugar donde viven las embarazadas y madres adolescentes

Nombre	Situación de la madre adolescente	Vivienda actual
Dani	Conviviente	En casa familiar
Rosi	Conviviente	En casa familiar
Jayi	Conviviente	En casa familiar
Kari	Madre soltera	En casa familiar
Cari	Conviviente	En casa familiar
Yami	Madre soltera	En casa familiar
Rosina	Madre soltera	Vive sola con sus hijos
Marji	Con pareja	Casa familiar
Berti	Conviviente	Casa familiar
Thysi	Conviviente	Casa familiar
Karli	Con pareja	Casa familiar
Eliani	Conviviente	Casa familiar
Nicoli	Madre soltera	Casa familiar
Ani	Madre soltera	Casa familiar
Rosela	Con pareja	Casa familiar
Ivon	Conviviente	Casa familiar

Fuente: Entrevistas realizadas

²⁴ Rosina, de 20 años, con dos hijos. Como hemos visto, ella es madre soltera y vive en un cuarto alquilado.

En Trujillo encontramos que, de las doce madres entrevistadas, en nueve casos de convivientes o en relación de pareja, estas viven en la casa de su familia o de la familia del padre del bebé, mientras que en tres casos viven en domicilios independientes. De estos últimos, en un caso se trata de una madre soltera que vive sola²⁵ y los otros dos son casos de convivientes que viven con su pareja e hijos.

Cuadro 10. Trujillo. Lugar donde viven las embarazadas y madres adolescentes

Nombre	Situación de la madre adolescente	Vivienda actual
Blanci	Madre soltera	Casa familiar
Lucy	Madre soltera	Vive sola con su hijo
Seni	Conviviente	Casa familiar
Ángi	Madre soltera	Casa familiar
Zula	Conviviente	Casa familiar
Nayi	Madre soltera	Casa familiar
Mary	Con pareja	Casa Familiar
Erici	Conviviente	Vive con su pareja y dos hijos
Rosy	Conviviente	Casa familiar
Erick	Madre soltera	Casa familiar
Esther	Conviviente	Vive con su pareja y su hijo
M. B.	Con pareja	Casa familiar

Fuente: Entrevistas realizadas

De los datos recogidos, encontramos que vivir en la casa familiar les permite a las madres, en su mayoría primerizas, contar con acompañamiento para asistir a sus controles de embarazo, aprender pautas para el cuidado del bebé, obtener ayuda para la crianza, contar con compañía de otros jóvenes como ellas (hermanos, cuñados, primos) y también contar con cierto soporte para su bienestar emocional.

²⁵ Lucy tiene un hijo; es madre soltera que también vive en un cuarto alquilado.

“El trato de mis papás (...) se preocupan mucho por cómo estoy, ‘no es por ti, es por el bebé’, me dice mi papi. Valoro más lo que mis padres me dan, veo el esfuerzo de ellos. Mi familia me apoya, y la familia de él (padre del hijo) también”. (Marji, 17, VES - Lima).

“Comprendo más a mi mamá, lo que pasa ella, lo que falta en casa; siento que la responsabilidad es mía”. (Berti, 18, VES - Lima).

“(Así estoy) tranquila, más por el apoyo que estoy recibiendo de mi familia”. (Karli, 16, VES - Lima).

“Soy hija única, vivo con mi papá y mi mamá; al principio no estaban conformes, pero después sí. Mi familia me apoya bastante, están chochos con mi hijita”. (Blanci, 17, Trujillo).

Un aspecto importante es que, al vivir en la casa familiar, se puede compartir los gastos en circunstancias de precariedad de ingresos –que es la realidad de la mayoría de estas madres adolescentes o de sus nuevas familias-. En otros, es la familia la que sostiene económicamente a la madre y al niño.

“Mis padres ven por mí y mi bebé, no tengo pareja (...) después de la experiencia (...) el papá de mi bebita apoya en algo, pasa para su leche, pañales”. (Blanci, 17, Trujillo).

“Vivo con mi familia, me apoyan (...) yo no vivo con el papa de mi bebé; no tengo ningún apoyo de él”. (Erick, 16, Trujillo).

Otro apoyo relevante tiene que ver con la distribución de las tareas domésticas y la crianza de la criatura, en lo cual la parentela femenina (abuela, primas, etc.) ayudan a la menor; esto resulta crucial para que la menor pueda desarrollarse en otros ámbitos.

“Estoy viviendo con mis padres, soy hija única. Yo sigo estudiando, mi mamá me apoya para que yo puedo seguir en el colegio”. (Ángi, 17, Trujillo).

En algunos casos, a falta de la presencia de los padres de la madre adolescente, son los abuelos (de ella y bisabuelos del bebé) quienes asumen la crianza y manutención. Esto complejiza la situación económica, pues se trata de personas adultas mayores que ya no trabajan.

“Vivo con mi abuela... Él (el padre del niño) firmó al bebé, a veces me pasa para pañales y da unos S/. 20... Pero los gastos son fuertes; los pañales, ropa, mi bebé tiene SIS pero es difícil cuando debe ir a otro centro de salud...”. (Yami, 15, SJM).

Encontramos que la participación de la familia está presente durante todo el proceso del embarazo y también de la maternidad. Ello resulta razonable en tanto se trata de adolescentes, como hemos visto, con limitaciones en el manejo de su salud sexual y reproductiva. Observamos que en es la familia de la menor, la familia del padre del bebé o ambas, en algunos casos, las que apoyan a la madre adolescente.

Vemos en el entorno familiar de estos casos, en Lima y Trujillo, cierto manejo adecuado de la crisis familiar provocada por el embarazo adolescente, pues en ningún caso las entrevistadas mencionaron que se haya tomado “medidas extremas”, entre las cuales podríamos considerar expulsarlas de la casa, obligarlas a interrumpir su embarazo, abandonarlas junto con el bebé, etc. Encontramos que a pesar de las dificultades de las familias de origen de las menores o de la familia de los padres, existe una red parental o algún familiar que activa el soporte hacia la menor, el cual puede ser emocional, moral y económico, entre otros. Esto implica que la menor no se sienta aislada ni excluida, y por otro lado le permite enfrentar acompañada esta situación.

Incluso en los dos casos (ambos de Trujillo) en que las adolescentes viven con sus parejas e hijos en un domicilio propio, funciona la red familiar. En uno de ellos, esto ha sido indispensable porque una de las bebés presenta una enfermedad, y en otro caso será una enorme ayuda para que la madre inicie sus estudios técnicos superiores.

La familia resulta vital en circunstancias en que las madres adolescentes, según deducimos de sus testimonios, no tienen idea, información ni expectativa sobre cómo contar con algún servicio o asistir a una entidad local que las apoye en el cuidado o la crianza del bebé. Las entrevistadas, más allá de la escuela o el centro de salud, desconocen en qué otras entidades pueden conseguir apoyo o servicio especializado.²⁶ Esto implica, como ya hemos visto, una sobrecarga de responsabilidades asumidas por la familia, en los casos más óptimos por la madre y el padre de la menor embarazada o madre de familia o por parte de la del padre del bebé (en los casos peores, por los abuelos de la madre adolescente). En todos estos, las tareas del cuidado del bebé recaen principalmente en las mujeres de la familia, usualmente en las abuelas de los bebés, lo cual les significa una sobrecarga de tareas domésticas que pueden conllevar a su vez a una triple jornada de trabajo para ellas.

Vivir en la casa familiar puede también generar que la menor y su bebé (o su conviviente), enfrenten un problema de hacinamiento y que no cuenten con un espacio propio, en especial cuando la familia es numerosa o cuando viven en la casa de la familia del conviviente. Todo esto deriva en tensiones al interior del entorno familiar.

Si tenemos en cuenta que las entrevistadas de Lima y Trujillo pertenecen principalmente a los sectores socioeconómicos D y E, esto implicaría que dichas familias tienen limitaciones económicas de base, las cuales se complican con los nuevos gastos del embarazo y de la crianza del bebé. Esta situación se agudiza si las menores solo cuentan con el soporte de sus madres, si son madres solteras, si dependen de adultos mayores (bisabuelos del bebé), o si viven solas sin contar con ingresos propios.

26 Salvo en el caso de dos adolescentes de Trujillo, que señalaron a la Beneficencia y la Casa de la Juventud.

Madres solteras que viven solas

Entre todas las entrevistadas, hemos encontrado casos de madres solteras que viven solas y muestran una alta vulnerabilidad, principalmente por su situación económica y la poca disponibilidad de su familia. Una de ellas proviene de Trujillo, y tiene a su familia lejos de la ciudad; otra es de Lima, tiene una familia que podríamos calificar como “desintegrada” y básicamente su único contacto es su madre (que, a su vez, también es madre soltera).

En sus testimonios, ellas dicen no tener una relación de pareja con los padres de sus hijos, pero manifiestan que estos las apoyan dándoles manutención, con lo cual ellas alquilan un cuarto para vivir. En estos casos, la diferencia de edad con el padre de sus hijos es grande; estas madres adolescentes no trabajan (aunque una de ellas trabajó antes de embarazarse) ni estudian y son las que tienen menor nivel de instrucción.

La fragilidad del entorno familiar como red de soporte influye a su vez en el aplazamiento indefinido de las metas de estudio y de trabajo, en la carencia de ingresos y en su alta dependencia económica respecto del padre de sus hijos, situación que puede a su vez traducirse en relación de subordinación, desventaja y menoscabo de la autoestima.

Entornos familiares en circunstancias críticas²⁷

Durante nuestro trabajo de campo, encontramos algunos casos especiales que muestran una alta complejidad en el entorno familiar y que pueden implicar mayores factores de riesgo para el desenvolvimiento de la maternidad adolescente.

Tenemos los casos de dos adolescentes (en Lima) con padres ausentes, criadas por la abuela materna. En un caso, al parecer, la madre biológica estaría vinculada a problemas con la ley, mientras que en el otro su madre biológica es paciente psiquiátrica. Una de las menores es madre soltera, y el padre de su bebé un adulto con conductas de riesgo; en el segundo caso, la adolescente gestante convive con el papá de su bebé y este es también adolescente. En ambas

27 Ver ANEXO - Casos críticos.

familias, las abuelas maternas se encuentran sobrepasadas por las circunstancias familiares: primero las de sus propias hijas (con los problemas que ya hemos mencionado) y luego con las de sus nietas. Ambas adolescentes han tenido en algún momento severos problemas de conducta. La primera adolescente que ya es madre, ha logrado regresar al colegio; mientras que la segunda dejó la escuela por la vergüenza que le acarrea su embarazo. En ambos casos, la situación económica es apremiante. Ellas son las de menor edad de las entrevistadas en Lima.

En un tercer caso, esta vez de Trujillo, ella es madre soltera, terminó la primaria y dejó la secundaria apenas comenzada por problemas familiares. La mamá de la adolescente tiene 29 años y varios hijos y un niño de un año de edad (con su actual marido); Madre e hija comparten la crianza de sus niños pequeños. La situación económica en la casa familiar es difícil, y la adolescente recibe de la abuela paterna de su bebé algo de leche y pañales.

Asumimos que la familia es el primer y principal espacio de socialización de los niños y las niñas; dentro de ella se reproducen y aprenden formas de relacionarse, de socializar, modelos de ser y de estar, maneras de afrontar crisis que pueden ser positivas y convertirse en un factor propulsor del bienestar de la madre precoz y de su prole, así como también pueden influir positivamente en la definición de un proyecto de vida para la madre adolescente. Frente al EMA, hemos visto que la red parental de estos hogares provenientes de sectores populares se moviliza, tratando de ser resiliente y de acoger a la nueva familia. Sin embargo, el entorno familiar enfrenta retos para sostener y sustentar a la adolescente y al nuevo niño; esto produce, como es de esperarse, tensiones y preocupaciones. Estas familias necesitan también de una red de soporte que les ofrezca asesoría especializada, apoyos específicos y facilidades con la finalidad de que la familia se vea respaldada para mejorar la crianza y el cuidado de la criatura, así como para garantizar que la madre adolescente desarrolle sus capacidades de crianza, culmine sus estudios, se genere ingresos y se inserte en el mercado laboral.

Encontramos también entornos familiares con una alta precariedad o disfuncionalidad interna. Esto nos lleva, en primer lugar, a entender la urgencia de que el entorno familiar sea reconstruido mediante una intervención especializa-

da o, de lo contrario, la red de soporte familiar deberá ser reemplazada por una red institucional en la cual pueda colocarse a la adolescente y a su bebé.

Por último, tenemos la situación de madres adolescentes solas y con frágiles soportes familiares, quienes igualmente necesitan como alternativa una red institucional de soporte para enfrentar sus vulnerabilidades.

5. MATERNIDAD Y VIDA COTIDIANA

De lo revisado en páginas anteriores, encontramos que la maternidad para todas estas adolescentes tiene una valoración positiva. Sin embargo, ellas también son capaces de reconocer que, con la maternidad, se han ido produciendo cambios drásticos en sus vidas diarias, y con ello han cambiado las necesidades y prioridades propias de la adolescencia, lo cual obviamente influirá en sus proyecciones a futuro.

En primer término, las entrevistadas resaltaron que los principales cambios experimentados en su vida cotidiana estaban relacionados con sus condiciones materiales (enfocadas principalmente en la vivienda y en los recursos económicos), su desempeño educativo, el uso del tiempo libre y también el trabajo productivo. Sobre estas cuatro categorías, en el caso de Lima (ver Cuadro 11) vemos que las limitaciones más frecuentes en la vida cotidiana son las carencias de recursos en que se desenvuelve la maternidad. En simultáneo, también hay una dificultad referida a las condiciones de la vivienda. Otro aspecto importante para las entrevistadas que estaban estudiando cuando salieron embarazadas, es que con la maternidad se complicó su vida de estudiante. Su desempeño educativo se ha visto afectado ya sea por el embarazo, por el parto o la crianza del bebé.

En Lima además, un aspecto que las entrevistadas mencionan es el que tiene que ver con sus posibilidades de salir, pasear, divertirse, socializar con su red de amigos y descansar. El uso del tiempo libre de estas madres adolescentes se ha visto reducido por las diversas responsabilidades y circunstancias, siempre relacionadas con las exigencias de la maternidad. Encontramos también adolescentes que se encontraban trabajando al momento de salir embarazadas, y cuya maternidad implicó que dejaran de hacerlo o que cambiaran de trabajo por otro en condiciones incluso más precarias, o quienes tuvieron que empezar a trabajar por las urgencias económicas. Quienes trabajan ahora están apoyando en emprendimientos familiares de pequeña escala.²⁸

28 Del total de entrevistadas, tres madres adolescentes dejaron de trabajar y se retiraron de sus centros de trabajo. Dos (de Lima y de Trujillo) ya no trabajan, mientras que la tercera apoya en las artesanías familiares. Una cuarta, que no trabajaba, ahora se encuentra apoyando a su pareja en su emprendimiento. Estas dos últimas madres adolescentes son de la comunidad Cantagallo, residentes indígenas en Lima.

Cuadro 11. Lima. Maternidad y cambios en su vida cotidiana

Nombres	Edad de la entrevistada	Hijos (cantidad y edad)	Desempeño educativo	Trabajo productivo	Uso del tiempo libre	Condiciones materiales
Dani	15	1 - un año	x	x	x	x
Rosi	15	1 - diez meses	x	---	x	x
Jayi	17	1 - dos años	---	x		x
Kari	17	1 - dos años	x	---		x
Cari	14	1 - dos meses	x	x	x	x
Yami	15	1 - un año	---	---	x	x
Rosina	20	2 - de tres años y de un año	---	x		x
Marji	17	embarazada	x			x
Berti	18	embarazada	---	---		x
Thysi	18	embarazada	---	---	x	x
Karli	16	embarazada	x	---		x
Eliani	15	embarazada	x		x	x
Nicoli	17	embarazada	x		x	
Ani	17	embarazada	x		x	x
Rosela	16	embarazada	x			x
Ivon	17	embarazada	x	---	x	x

Fuente: Entrevistas realizadas

Por otro lado, en el caso de Trujillo tenemos que los aspectos más importantes que mencionan las adolescentes son las condiciones materiales (recursos económicos y vivienda), el desempeño educativo y, por último, las oportunidades de trabajo productivo. No mencionaron el uso del tiempo libre.

Cuadro 12. Trujillo. Maternidad y cambios en su vida cotidiana

Nombre	Edad de la Entrevistadas	Hijos (Número y edad)	Desempeño educativo	Trabajo Productivo	Condiciones Materiales
Blanci	17	1 - mes y medio	---		x
Lucy	17	1 - mes y medio	---	---	x
Seni	17	1 - dos meses			x
Ángi	17	1 - dos meses	x		x
Zula	16	1 - dos meses	x		x
Nayi	14	1 - dos meses			x
Mary	16	1 - dos meses	x		x
Erici	17	2 - dos años y de dos meses			x niña enferma
Rosy	17	1 - vivo dos meses (tuvo su primer embarazo a los 14)		Ella trabajaba en tienda vendiendo vestidos	x
Erick	16	1 - tres semanas		X	x
Esther	18	1 - tres meses		estaba trabajando en una juguería o restaurante	x
M. B.	16	1 - 1 semana			x

Fuente: Entrevistas realizadas

En la información proporcionada proveniente de Lima y Trujillo, podemos observar las consecuencias del EMA en el desenvolvimiento cotidiano de la vida de las adolescentes. Ellas se dan cuenta de que antes se enfocaban en sus propias necesidades, por ejemplo, “podían comprarse cosas para ellas mismas”, y que con la maternidad la prioridad pasó a ser sus bebés. Los recursos económicos suelen resultar insuficientes para afrontar los costos de salud, nutrición, mantenimiento, insumos, etc. La vida se les complica aun cuando reciben manutención del padre o el apoyo familiar. Igualmente, enfrentan dificultades diarias pues la mayoría de ellas vive alojada en la casa familiar, con lo cual les resulta imposible tener privacidad. Existen otras dificultades (como el hacinamiento, instalaciones en mal estado, mobiliario inapropiado, etc.); estas complicaciones también son enfrentadas por las pocas madres que viven en domicilios independientes, pues entre otras condiciones sus viviendas son precarias (la mayoría son cuartos alquilados).

Otro eje de la vida cotidiana impactado por la maternidad es el desempeño educativo. La maternidad les ha generado limitaciones para asistir y desenvolverse en la escuela, lo cual algunas veces ha derivado en deserción, retiro temporal o faltar a clases. La maternidad alejó aún más de la posibilidad de regresar a la escuela a quienes habían desertado por diversas razones antes de salir embarazadas.

En Lima y Trujillo encontramos adolescentes que ya habían estado trabajando; con ello tenían cómo mantenerse e incluso apoyar a su familia, pero cuando salieron embarazadas se retiraron de sus centros laborales. En otros casos (dos adolescentes de la comunidad Shipibo-conibo) debieron empezar a trabajar en emprendimientos (negocios o iniciativas) familiares pequeños. La maternidad obviamente también puede retrasar su reinserción en el mercado laboral o menoscabar sus oportunidades de trabajo productivo, debido a la sobrecarga de trabajo doméstico.

Solo en el caso de Lima se menciona el uso del tiempo libre y como las posibilidades de disfrute se han visto restringidas. Ello influye en un aspecto muy importante de la vida de las adolescentes, porque se ven limitadas en su recreación y descanso, así como en mantener una red de amigos y socializar con sus pares.

Debemos destacar que la mayoría de entrevistadas menciona la carga de tareas domésticas, (en especial aquellas que son madres y conviven) en relación con sus limitaciones educativas, laborales y de tiempo libre. Como es comprensible, los cambios en la vida diaria actual impactan en sus proyecciones a futuro y limitan sus perspectivas de desarrollo personal.

6. EXPECTATIVAS DE LOGROS EDUCATIVOS Y PROYECTOS DE VIDA

Quisimos averiguar cuáles eran las expectativas de logros educativos por parte de las madres adolescentes, así como sus metas a futuro, para tratar de evidenciar sus necesidades respecto de su formación, reconociendo que la maternidad se instala indefectiblemente en sus vidas, marcando sus proyecciones de desarrollo.

Sobre la situación actual de su desempeño educativo y sus posibilidades a corto y largo plazo de que retomen sus estudios, encontramos que del total de entrevistadas en Lima, ocho estaban estudiando en nivel secundario o institutos superiores, mientras que nueve no estaban estudiando (o dejaron de estudiar hace bastante tiempo). Del grupo que no se encuentra estudiando tenemos solo dos que tienen posibilidades reales de retomar sus estudios en breve, mientras que solo cinco eventualmente podrían volver a estudiar en un largo plazo; de estas cinco, cuatro madres lo harían para culminar la secundaria y una para retomar sus estudios universitarios (aquellos que dejó por no contar con recursos económicos). Solo una entrevistada manifestó que no tiene interés en retomar ni estudiar en el corto o largo plazo.

Cuadro 13. Lima. Desempeño educativo, situación actual y planes a corto y largo plazo

Nombre	Madre	No de hijos	Nivel alcanzado	Estudiando	Tiene planes de retomar estudios en el corto plazo	Eventualmente volverá a estudiar
Dani	15	1 un AÑO	1° secundaria	No	no	Si
Rosi	15	1 diez MESES	1° secundaria	Si	---	---
Jayi	17	1 dos AÑOS	2° secundaria	No	No	Si
Kari	17	1 dos años y dos meses	4° secundaria	No	No	Si
Cari	14	1 dos meses	3° secundaria	Si	---	---

Yami	15	1 un año	6° primaria	Si	---	---
Rosina	20	2 (tres años y de un año)	4° primaria	no	No	No
Marji	17	embarazada	superior técnica (con secundaria completa)	Si	---	---
Berti	18	embarazada	universidad	No	no	Si ¹
Thysi	18	embarazada	secundaria completa	No	Si ²	---
Karli	16	embarazada	5° secundaria	Si	---	---
Eliani	15	embarazada	4° secundaria	No	No	Si
Nicoli	17	embarazada	instituto técnico superior (con secundaria completa)	Si	---	---
Ani	17	embarazada	4to secundaria	No	Si	---
Rosela	16	embarazada	5to secundaria	si ³	---	---
Ivon	17	embarazada	instituto técnico superior (con secundaria completa)	Si	---	---

Fuente: Entrevistas realizadas

En el Cuadro 13 podemos ver que, si sumamos las que están estudiando y las que en el corto plazo quieren volver a estudiar, tenemos un total de diez adolescentes. Es decir, encontramos una mayoría con interés en estudiar y con expectativas de culminar sus estudios básicos o superiores. Solo en seis casos la probabilidad de que retomen estudios es lejana; entre ellas encontramos una que ha desertado definitivamente del espacio educativo y que solo ha cursado primaria. ²⁹

²⁹ Rosina, 20 años, SJM. Madre soltera de dos niños, Lima.

En Trujillo, del total de entrevistadas tenemos dos que actualmente se encuentran estudiando (ambas en 5° de secundaria) y otras diez que no lo hacen. De estas últimas, encontramos que tres tienen planes de retomar estudios en el corto plazo y, de ellas, una se plantea retomar estudios pero ya no en su antigua universidad sino en un instituto superior tecnológico (IST), con el fin de estudiar una carrera técnica corta. La segunda desea retomar sus cursos de cosmetología en un IST, mientras que la tercera ha terminado secundaria y quiere estudiar la carrera de enfermería, también en un IST. Por otro lado, tres madres eventualmente podrían considerar retomar sus estudios. De ellas, son dos las que retornarían a la secundaria y una que, con 3° año de secundaria, desea llevar un curso de repostería.

Encontramos cuatro madres que no tienen ningún interés manifiesto de volver a estudiar. Una tiene secundaria completa y otra no la completó, mientras que otras dos solo cuentan con nivel Primario.

Cuadro 14. Trujillo. Desempeño educativo, situación actual y planes a corto y largo plazo

Nombre	Madre	Hijos	Nivel alcanzado	Estudiando	Planes y posibilidades	eventualmente
Blanci	17	1 mes y medio	secundaria completa	No	No	No
Lucy	17	1 mes y medio	5° primaria	No	No	No
Seni	17	1 dos meses	universidad	No	Sí ⁴	---
Ángi	17	1 dos meses	5° secundaria	Sí	---	---
Zula	16	1 dos meses	instituto técnico (llegó a 3° Secundaria)	No	Sí	---
Nayi	14	1 dos meses	1° secundaria	No	No	Sí
Mary	16	1 dos meses	5° secundaria	Sí	-----	----- ----

Erici	17	2 (dos años y de dos meses)	4° secundaria	No	No	No *)
Rosy	17	1 hijo vivo (dos embarazos)	5° primaria	No	No	No
Ericka	16	1 tres semanas	3° secundaria	No	No	Sí
Esther	18	1 tres meses	secundaria completa	No	Sí	-----
M. B.	16	1 una semana	4° secundaria	No	No	Sí

Fuente: Entrevistas realizadas

Analizando este último cuadro, sobre Trujillo encontramos que al sumar quienes se encuentran estudiando con quienes tienen posibilidades de estudiar en el corto plazo, obtenemos cinco adolescentes frente a siete quienes, eventualmente, no volverían a estudiar o no tienen ningún interés en hacerlo. De estos siete casos, una tiene secundaria completa y su interés principal es trabajar. Revisando la data proveniente de Lima y Trujillo, encontramos que las adolescentes tienen, en su mayoría, nivel secundario. Y en ambas ciudades tenemos seis madres con niveles de educación técnica superior y universitaria; lo que de alguna manera puede verse como una circunstancia propicia para que consigan otros logros académicos, si es que así lo desean y de contar con los apoyos oportunos y condiciones favorables.

Las expectativas de logro educativo de las adolescentes para que culminen su educación básica y prosigan con su formación, preparándose en una profesión u oficio, están estrechamente vinculadas a las oportunidades actuales de seguir estudiando, así como a sus posibilidades de volver a estudiar o comenzar a hacerlo en el corto plazo. Ello depende, en mucho, de las facilidades que han encontrado en sus centros educativos, de la experiencia positiva en la escuela, de contar con los recursos económicos para estudiar, de tener una saludable relación con el padre de su hijo y con su familia (para que le ayuden a cuidar al

bebé, por ejemplo), y de la motivación personal, que muchas veces depende de las circunstancias que acompañan la maternidad.

“(Estudié) hasta los 14 años. Dejé la secundaria porque me fui con mi enamorado y a los 15 tuve mi primera hijita. Como era enferma, estuvo internada aquí y en Lima; la Beneficencia nos ayudaba. Antes de tener mi segunda hija pensé (retomar los estudios), pero ahora es más difícil. Ya será para mis hijas, para mí ya no; que ellas estudien, que triunfen, que sean algo”. (Erici, 17 años, Trujillo).

“Sigo estudiando mi 5° año de Secundaria. Me dieron una semana de descanso. Vivo con mis padres y mi mamá me apoya. Yo también quiero estudiar una profesión; como es un hijito, no más. (Quiero) estudiar administración de empresas o diseño de interiores”. (Ángi, 17, Trujillo).

“Terminé mi secundaria completa. Estudié en la Universidad Católica de Trujillo, quería ser profesional y estudiaba contabilidad; la dejé porque salí embarazada. Ahora vivo con mi pareja y con mis padres; quiero retomar los estudios pero en un Instituto, (porque) son menos años”. (Seni, 17, Trujillo).

“Yo quisiera volver a estudiar, pero en Lima. Allá en Ucayali los profesores algunas veces venían ebrios; allá no había internet y a veces los profesores viajaban y faltaban a clases”. (Jayi, 17, Lima).

Por otra parte, si exploramos cuáles son las metas personales y las proyecciones para su vida futura, entre las entrevistadas encontramos que ellas, principalmente, se focalizan en su desarrollo educativo, expectativas laborales y tener una casa propia.

En Lima, del total de entrevistadas, quince tienen alguna meta relacionada con la educación, doce tienen proyecciones laborales (laborar en un centro de trabajo o contar con algún negocio propio) y cuatro quisieran tener casa propia

en el futuro. Muchas de las entrevistadas señalaron tener metas en simultáneo, como estudiar, trabajar y también tener su casa propia.

Cuadro 15. Lima. Proyecto de vida y metas de desarrollo personal

Nombre	Edad de la madre	Cantidad de hijos	Proyección de estudios	Proyección Laboral	Casa propia
Dani	15	1	Probablemente regresar y terminar la secundaria para estudiar computación.	Trabajar en una oficina.	-
Rosi	15	1	Está en el colegio y quiere terminar la secundaria	-	-
Jayi	17	1	Probablemente regresar y terminar la secundaria	Trabajar como secretaria. Ahora trabaja con su familia haciendo artesanías.	Tener su casa propia
Kari	17	1	Probablemente regresar y terminar la secundaria, estudiar enfermería o farmacia.	Trabajar en un hospital o en una farmacia.	Tener su casa propia
Cari	14	1	Está estudiando y quiere terminar Secundaria y estudiar farmacia	Trabajar en una farmacia	-
Yami	15	1	Regresó al colegio, quiere terminar primaria y seguir estudiando.	Trabajar en un banco	-
Rosina	20	2	-	No (dice que ya no puede trabajar, antes trabajaba)	-----

Marji	17	embarazada	Terminar la carrera de contabilidad y un curso de idiomas	Trabajar en mi especialidad	-
Berti	18	embarazada	Quisiera volver a la universidad (cuando tenga cómo pagarla).	Tener su panadería con su pareja, que sabe del rubro	-
Thysi	18	embarazada	Quiere postular y estudiar en la universidad, educación inicial.	Trabajar como profesora de EI	“Tener mi casa”
Karli	16	embarazada	Está estudiando, quiere terminar secundaria y estudiar una carrera.	Trabajar para ayudar a sus hermanos	“Tener mi casa”
Eliani	15	embarazada	Probablemente regrese a terminar secundaria	-	-
Nicoli	17	embarazada	Quiere terminar contabilidad en su instituto de formación bancaria.	Trabajar en el negocio de su familia	-
Ani	17	embarazada	Quiere retornar a la escuela, terminar secundaria y luego la carrera de odontología.	Trabajar	-
Rosela	16	embarazada	Quiere terminar secundaria	-	-
Ivon	17	embarazada	Terminar sus estudios en el instituto de cosmetología.	Trabajar como cosmetóloga	-

Fuente: Entrevistas realizadas

En el caso de Trujillo, del total de madres adolescentes entrevistadas encontramos que ocho se han planteado a futuro metas educativas, nueve tienen proyecciones laborales (trabajar en un centro laboral o contar con un negocio propio) y tres desean tener casa propia. Varias de las entrevistadas se plantean todas estas metas a la vez.

Cuadro 16. Trujillo. Proyecto de vida y metas de desarrollo personal

Nombre	Edad de la madre	Cantidad de hijos y edad	Proyección de estudios	Proyección laboral	Casa propia
Blanci	17	1 - mes y medio	-	Quiere trabajar para educar a su hijo	
Lucy	17	1 - mes y medio	-	-	-
Seni	17	1 - dos meses	Quiere estudiar carrera corta en un Instituto (ya no volver a la universidad). Tener su propia empresa.	Formar su empresa y ahorrar	Construir su casa
Ángi	17	1 - dos meses	Quiere estudiar carrera de administración de empresas o diseño de interiores	Trabajar ejerciendo su carrera	
Zula	16	1 - dos meses	Quiere seguir estudiando cosmetología en su Instituto	Quiere tener su propio negocio, un salón o spa	
Nayi	14	1 - dos meses	Probablemente regrese para iniciar secundaria		Tener su casa
Mary	16	1 - dos meses	Quiere estudiar cosmetología en la Casa Municipal de la Juventud	Trabajar en ese rubro	
Erici	17	2 - dos años y de dos meses	-	-	-

Rosy	17	1 vivo - dos meses (tuvo un primer embarazo a los 14 años)	-	Quisiera volver a trabajar para ahorrar	Tener una casa
Erick	16	1 - tres semanas	Quiere estudiar cursos de repostería	Trabajar en repostería Y apoyar el emprendimiento familiar	
Esther	18	1 - tres meses	Quiere estudiar la carrera de enfermería	Volver a trabajar	
M. B.	16	1 - 1 semana	Quiere volver a estudiar. Le gustaba la carrera médica	Trabajar en su carrera	

Fuente: Entrevistas realizadas

Sobre las proyecciones a futuro, rescatamos los siguientes testimonios:

“Soy hija única y vivo con mi familia. Tengo secundaria completa y ahora quiero buscar un buen trabajo para educar a mi hijo. Ya no seré policía, porque con lo que veo en la televisión me da miedo”. (Blanci, 17, Trujillo).

“Vivo con mi pareja (19). Él me apoya en todo. Quiero poner mi propia empresa, estamos viendo cómo construir nuestra casa y ahorrar”. (Seni, 17, Trujillo).

“Quisiera tener una profesión, estudiar una carrera y trabajar en un farmacia atendiendo, estar bien con mi hijito (pues no se sabe si la pareja va a seguir con uno) “. (Cari, 14, Cantagallo).

“A los 15 años dejé el colegio, pero estoy viendo de ponerme en un curso de repostería. Desde chica me gusta cocinar. Vivo con mi familia, mi hermano estudia para ser chef, mi padrastro es chef”. (Erick, 16, Trujillo).

“Yo antes dejé el colegio, me portaba mal. Ahora quiero estudiar, pero los gastos son fuertes”. (Yami, 15, SJM).

Es notorio que, tanto en Lima como en Trujillo, existe una fuerte motivación ante una idea específica de progreso, concebida por la mayoría de las entrevistadas, la cual consiste principalmente en obtener cierto grado educativo e independencia económica. Pero, como ya hemos visto, la posibilidad de que se concreten estos proyectos de vida dependerá del soporte familiar, de los recursos y, en especial, del apoyo que provenga del entorno institucional. Un factor vital para alcanzar este progreso es la posibilidad de completar la educación básica y alcanzar algún nivel de educación superior técnica o universitaria, pues de esto dependerá su inserción laboral en el caso de quienes tienen proyecciones de conseguir un trabajo, así como para quienes desean tener un negocio propio; se entiende que de esta forma tendrán más capacidad para hacer que su empresa no se quede solo en un emprendimiento destinado a la sobrevivencia.

Si comparamos los resultados por ciudades, en Lima la mayor parte de las adolescentes está interesada en conseguir logros educativos a diferencia de Trujillo, donde tenemos un 40% que está estudiando o quiere retornar al ámbito educativo en el breve plazo, mientras que para un 60% esto sería una decisión eventual en el futuro o de la que, simplemente, ya se desistió. Debemos plantear que aquellos factores que impulsan este afán de logro, no solo se explican por las facilidades de acceso o ciertas posibilidades económicas, sino también por una motivación personal que responde a influencias del entorno, desde el cual se da cierto respaldo social a las madres adolescentes y se copian modelos femeninos de realización personal. Todo ello se vincula a su vez con relaciones de género menos conservadoras.

Vemos que se les hace mucho más difícil completar su educación o cumplir algunas metas a quienes postergan su desarrollo educativo, muchas veces por razones ajenas a su voluntad (por carga familiar, problemas familiares, escasos recursos económicos, por abandonar precozmente la escuela, por conseguir ingresos o por considerar que su destino “ya está trazado” como consecuencia del EMA). Resultan de especial consideración los pocos casos en Lima y Trujillo con educación primaria que además no tienen expectativas educativas, y que tendrían escasas posibilidades de progreso económico y desarrollo personal, si es que no se les ofrece alguna oportunidad para aprender un oficio que les ayude a generarse ingresos. Lo mismo ocurre con las entrevistadas de menor edad que no tienen expectativas en el ámbito educativo.

7. LOS SERVICIOS LOCALES: FORTALEZAS, OPORTUNIDADES Y RETOS

Durante el trabajo de campo en Lima y Trujillo, se quiso conocer la realidad diaria en la que se desenvuelven la escuela y el centro de salud en relación con el abordaje del EMA. También se intentó averiguar qué otros servicios locales están involucrados activamente, si coordinan entre sí para la atención y el seguimiento de esta problemática. Ello se complementó con alguna información recabada durante las entrevistas, respecto a niveles de satisfacción y acceso a atenciones en el centro de salud, a qué otros servicios han acudido y qué otras ofertas de servicios necesitan.

A partir de políticas sectoriales y del mandato multisectorial del PMEAs, el Sector Educación y la escuela están tratando de implementar estrategias para evitar la deserción escolar en casos de EMA, además de la prevención a través de la información en temas de salud sexual y reproductiva. Por su parte, el Sector Salud suele atender a la población de gestantes y madres adolescentes.

Como se ha indicado con anterioridad, se visitaron dos centros de salud que atienden a población periurbana y de escasos recursos (Lima y Trujillo). Así como, una escuela pública y el Centro de Emergencia Mujer (CEM) del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) en el Callao; y el Centro de Desarrollo Integral de la Familia (CEDIF) de Villa El Salvador (VES), en la ciudad de Lima.

Escuela

Como sabemos, la escuela es el espacio más importante en que tiene lugar la cotidianeidad de los y las adolescentes, así como la socialización (después de la familia). Se quiso conocer aquí de qué manera la comunidad educativa se moviliza frente a la problemática del EMA.

A partir de las entrevistas aplicadas en Lima y Trujillo, encontramos una opinión positiva de las entrevistadas respecto del apoyo de la escuela en relación con su embarazo y su maternidad. Algunas de las entrevistadas que aún estudiaban, indicaron que lo hacían gracias al apoyo de su colegio, pues en los últimos meses de embarazo les daban “licencia”, y también para los días previos y posteriores al parto. Les permiten, además, que recuperen clases.

“Regresé al colegio cuando mi bebé tenía seis meses... ahora voy con él al colegio”. (Rosi, 15 años Comunidad Cantagallo Lima).

“No he dejado mi colegio; me dieron un mes de descanso y ahora estoy en 5° año de secundaria”. (Mary, 16, Trujillo).

“Nunca abandoné mi colegio; mis compañeras me traían las tareas a casa e iba completándolas cuando no podía ir a clases. Este segundo semestre, como ya di a luz, me voy a reincorporar a las clases”. (Cari, 14, Comunidad Cantagallo Lima).

Se corrobora que, en cumplimiento de la Ley N° 29600 la escuela está tratando de hacer todo lo posible para evitar la deserción escolar por razones de EMA. En cuanto a la prevención, las adolescentes entrevistadas han mencionado que reciben cierta orientación e información en el curso de Relaciones Humanas y el programa de Tutoría. Sin embargo y a pesar de las facilidades, el embarazo, el cuidado del bebé pequeño y la crianza siguen siendo motivo de abandono de la escuela por decisión personal.

“Cuando mi pancita se empezó a notar me retiré, porque me daba vergüenza. Y me puse a trabajar... no he podido (hacerlo) porque hay que cuidar al bebé. Pero yo quiero regresar y terminar la secundaria”. (Dani, 15, Comunidad Shipibo-conibo, Lima).

Del trabajo de campo realizado en un colegio público del Callao, durante la primera visita autoridades del plantel confirmaron que se había introducido el tema en la currícula, que se brinda todo el apoyo posible para que la adolescente no pierda clases ni se retire del colegio. La escuela realiza diversos esfuerzos para enfrentar la problemática del EMA, pero cotidianamente se enfrentan situaciones muy complejas. Por ejemplo, en los últimos meses han tenido siete casos de EMA, tres escolares están gestando actualmente y otras ya han dado a luz. Las circunstancias son difíciles para autoridades y docentes, por los riesgos que tiene la adolescente y también la propia escuela.

“Le pedimos a (esa) alumna que, por favor se vaya a su casa, que se quede con su familia, porque estaba en los últimos días. Temíamos que el parto le viniera estando en el colegio y no tuviéramos cómo atenderla, o (que se presente) alguna complicación. Felizmente, al día siguiente que la alumna dejó de venir a clases, se le vino el parto”. Directora.

Nos comentaron que muchos alumnos y alumnas son activos sexualmente, que incluso algunos están conviviendo y que sus familias aceptan a las parejas en casa.

“Es tan peligroso el barrio para las chicas que las mamás permiten que convivan, porque al menos la chica tiene un enamorado tranquilo, al que conocen, antes de que se meta con alguien peligroso o que le haga algo malo a su hija”. Directora.

“La mamá acepta que la adolescente tenga una pareja que es un hombre adulto y casado; al menos así la chica tiene cierto apoyo y, además, por ser casado no la va a embarazar”. Docente.

Cabe señalar que este colegio público está ubicado en la entrada de la zona sur, la más peligrosa del puerto del Callao, y como sabemos el Callao está bajo estado de emergencia. Nos advierten que este colegio es la última escuela pública que vamos a encontrar funcionando en la zona por ahora, pues el otro local educativo, debido a la coyuntura, es sede de las fuerzas del orden. La escuela hace grandes esfuerzos para promover la asistencia a clases, pero nos dicen que los viernes hay un importante ausentismo, y además la realidad cotidiana de los escolares les juega en contra: las familias y el entorno social no suelen incentivar la escolaridad, ni los logros personales.

Durante la segunda visita, acompañamos a un taller del CEM con un aula de 2° año de secundaria. Se trata de una actividad con escolares hombres y mujeres,

cuya edad va de los 14 a los 17 años, y que aborda pautas saludables frente a conductas de riesgo. En medio del diálogo –que por momentos se hizo complicado por el comportamiento de algunos escolares–, se mencionó el cuidado y la integridad del cuerpo, así como la prevención del embarazo precoz. Todos los y las escolares reaccionaron rechazando la posibilidad de un EMA, y de inmediato, aludieron el caso de una de sus compañeras que estaría gestando. Luego ella misma confirmaría en privado su embarazo. Ella era una de las más pequeñas (y la más taciturna) del grupo, con 14 años de edad, y nos indicó que su familia no sabía de su gestación.

Posteriormente, durante la tercera visita al colegio, realizamos un grupo focal con los docentes, que fue complementado con una charla del CEM sobre prevención de la violencia de género en las adolescentes. Los docentes, mujeres y hombres, dicen saber que sus escolares enfrentan diversos factores de riesgo tanto en el espacio familiar como en el barrio. Saben que muchos de sus escolares han iniciado su vida sexual, que muchas alumnas están expuestas a conductas que pueden poner en peligro su salud sexual y reproductiva junto con su integridad personal. Además, se sabe que la mayoría de los escolares provienen de los alrededores, por lo que están en contacto constante con un entorno muy peligroso.

Por otro, los docentes manifiestan sentirse sobrecargados de tareas y responsabilidades. Indican que su trabajo es muy exigente, pues incluye preparar clases, tomar exámenes, realizar reportes, documentar el proceso de acreditación, reuniones de trabajo, etc. y que la jornada laboral muchas veces se extiende más allá del horario habitual, pues deben llevar las labores a casa. Además, deben enfrentar la variada problemática familiar e individual que traen los escolares al aula. Y estas complicaciones van más allá de sus posibilidades, recursos y responsabilidades.

Los docentes enfatizan su preocupación por la falta de comunicación en la familia y por la actitud negligente de madres y padres para con sus hijos, lo cual muchas veces determina el traslado de esta responsabilidad al colegio, específicamente a los maestros. Justamente, refieren el caso de la alumna embarazada de 14 años de edad, cuya familia solo asistió al colegio en busca de ayuda al enterarse del embarazo de su hija.

“La mamá (estaba) desesperada, nos dijo que ya no podía controlar a su hija, que no tenía autoridad sobre ella. Su hija ya no le obedece, solo le hace caso a la hermana mayor”. Docente.

Los docentes resaltan que la madre y el padre de esta adolescente han sido notificados, en diversas ocasiones, sobre el comportamiento errático y difícil de su hija, pero que no han respondido oportunamente al llamado de atención del colegio. Este es uno de muchos casos en que no se cuenta con el acompañamiento familiar para guiar el crecimiento del adolescente; la red familiar no funciona como tal y es más bien precaria, tampoco la comunidad ni el barrio son referentes de apoyo, autoridad o acompañamiento positivo para el adolescente.

En conclusión, lo que encontramos en el trabajo de campo, tanto en la visita al colegio como en las entrevistas, es que desde la escuela se están realizando esfuerzos para prevenir el EMA y facilitar que las alumnas no deserten de la escuela de enfrentarse a dicha situación. Se está facilitando información al adolescente del nivel Secundario. La escuela también está siendo útil en la detección temprana del embarazo, pues muchas veces la adolescente comunica su estado a sus compañeros o a uno de sus profesores antes que a sus familiares, y también los docentes pueden darse cuenta de algunas conductas de riesgo en las adolescentes antes de que lo haga la familia.

El curso de Relaciones Humanas y la orientación mediante la Tutoría recibidos por los escolares ayudan en algo, pero no son suficientes. Como ya hemos visto en páginas anteriores, la información sobre MAC no implica necesariamente la utilización adecuada y oportuna de los mismos. Por otro lado, en la escuela no solo se previene sino que también se atiende a las alumnas gestantes, a las que ya son madres y a sus bebés. Para la escuela y la plana docente, los casos de EMA implican una serie de demandas y la urgencia de ciertas atenciones especializadas, como orientación para la madre primeriza, la pareja y la familia, la protección del bebé, etc. Además, debe considerarse la necesidad de brindar cierto apoyo económico para el cuidado del niño y para la pareja, que por su

corta edad y escolaridad frecuentemente enfrenta carencias económicas; otro asunto de cuidado es la salud materno-infantil. La plana docente también plantea abordar una estrategia con escolares varones para prevenir el EMA, así como en el caso de que ya sean padres adolescentes o jóvenes.

La escuela no tiene todos los recursos ni las capacidades necesarias para afrontar la complejidad del EMA. De los testimonios, encontramos que la plana de profesores necesita diversos soportes para enfrentar sus desafíos en el aula y manejar el estrés laboral, así como contar con orientación y apoyo en el manejo de diferentes crisis y casos como EMA. Es evidente que la escuela necesita contar con una estrategia de atención del embarazo.

En la escuela del Callao existe motivación y preocupación por parte de autoridades y docentes, pero ellas y ellos enfrentan circunstancias difíciles derivadas del entorno familiar de los escolares, así como de la dura realidad de la zona. Como buena práctica, hemos encontrado que la escuela tiene una alianza estratégica muy positiva con el CEM del Callao, la cual le permite brindar cierto acompañamiento profesional y especializado a los y las escolares, en especial en relación con el EMA.

Centro de Salud

Todas las adolescentes entrevistadas suelen mencionar a los servicios de salud, sean postas, hospitales o incluso clínicas, pues acuden a estos desde el primer momento, ya sea para confirmar el embarazo, para conseguir MAC y para los controles médicos, entre otras prestaciones.

Como vimos en el primer subcapítulo, en Trujillo y Lima hay una buena cantidad de adolescentes que van al centro de salud para acceder a MAC, y dependiendo del método elegido esta demanda social estaría condicionada por facilidades de acceso, especialización y principalmente por la gratuidad del servicio (en el caso de las postas y los hospitales). En Lima, tenemos que catorce entrevistadas mencionaron haber asistido a centros de salud públicos (posta, centro de salud primario, hospital local), y una a la clínica, para sus primeros controles durante el proceso de gestación. Desagregando por distritos, tenemos que en el distrito de Villa El Salvador (VES) mencionan a las postas, la clínica,

el hospital y al Centro Materno Infantil Juan Pablo II. En el caso de San Juan de Miraflores (SJM), mencionan la posta de la zona; en el caso de Cantagallo, mencionan el Centro de Salud Piedra Liza (posta) y un caso indicó que, al salir embarazada, regresó a Ucayali.

Por otro lado, tenemos que de las doce adolescentes entrevistadas en Trujillo, la mayoría señala que, para sus chequeos, se acudió inicialmente a la posta u otro centro de salud primario; en un caso fue el Hospital Regional y en otro fue un centro de salud privado.

En Lima, las adolescentes mencionan que fueron atendidas para el parto en la Maternidad de Lima, el Hospital María Auxiliadora y el Hospital Hipólito Unanue. Un solo caso reporta haber dado a luz en su tierra natal, siendo atendida por su abuela partera. Los nueve casos de VES que se encontraban en las últimas semanas de gestación, se atendían al momento de la presente investigación en el Hospital Juan Pablo II. En Trujillo, las adolescentes fueron derivadas y dieron a luz en el Hospital Belén; luego asistieron por los controles de vacunas y, en algunos casos, en busca del apoyo del Servicio Social.

En Lima se visitó el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, ubicado en VES; se trata de un centro especializado materno perinatal con más de tres años de funcionamiento, y que ha sido renovado recientemente. Está ubicado en el Sector 3, en una zona céntrica del distrito. El área que suele atender a las madres adolescentes es Obstetricia y, cuando la situación lo amerita, las gestantes son atendidas también por el área de Servicio Social. De los datos proporcionados, tenemos que entre enero y agosto de 2106 se atendió a 28 madres adolescentes.

Cuenta con un pequeño auditorio donde se realizan actividades de orientación, información y consejería para las madres gestantes, entre las cuales está incluido el grupo de madres adolescentes. Las madres adolescentes van al CMI-JPII derivadas por las postas de salud locales, o directamente para hacerse sus controles prenatales. Para la atención del parto, todas las gestantes luego son derivadas al Hospital General María Auxiliadores (Lima Sur), para garantizar así una debida y adecuada atención médica.

El CMI-JPII no cuenta con un servicio diferenciado para madres adolescentes, pero por medio del área de Obstetricia se brinda a las adolescentes atención,

orientación y acompañamiento. Encontramos en dicha área a un equipo bastante motivado, que gestiona y consigue apoyo de otros servicios locales. Por su parte, las adolescentes entrevistadas muestran su conformidad y reconocen el trato cálido por parte del equipo de Obstetricia, y además porque en el Centro Materno Infantil participan en actividades en las cuales reciben información, materiales y a veces hasta donativos (como los que entregó el CEDIF).

Entre las buenas prácticas del CMI-JPII encontramos las alianzas con los servicios locales, como el CEDIF del MIMP, lo cual les permite contar con especialistas que brindan información y consejos útiles a las usuarias gestantes.

En Trujillo tenemos al Hospital Belén, ubicado en pleno centro de la ciudad. Es un establecimiento histórico (fundado en mayo de 1551) y actualmente es un hospital especializado referencial asistencial docente. Atiende a población de los alrededores, pero también casos de zonas alejadas y de la sierra de la región La Libertad. Las madres adolescentes asisten al hospital por sus controles, directamente o derivadas desde otros centros de salud. También acuden para el parto y suelen regresar para el control de vacunas, así como para recibir orientación. En 2016, se ha atendido unos 180 partos de madres adolescentes.

En este hospital, el servicio social cuenta con un equipo de doce trabajadores que suelen atender también al grupo de madres adolescentes, quienes tienen prioridad para la atención. También se realizan visitas domiciliarias. En los casos de madres de 14 años, lo usual es realizar una investigación. Las adolescentes se muestran conformes con este servicio, por el buen trato que reciben y también porque hacen lo posible por brindarles algún apoyo. Por ejemplo, uno de los casos a los que se está haciendo seguimiento es el de una madre adolescente cuya primera hija presenta un síndrome de retraso de crecimiento.

Entre todas las entrevistadas que dieron su opinión sobre la atención médica del hospital, tenemos por igual comentarios positivos y negativos. De los comentarios negativos, la principal queja es que las adolescentes sienten que la atención para el parto es hostil.

“Pedía a gritos que (me) ayudaran. Un practicante fue el que me cosió y me hizo llorar de dolor, el comentario fue ‘para eso sí no lloras (en alusión al acto sexual)’. Luego de que nos dieran de alta, tuve con volver por emergencia con mi hijita porque estaba amarilla; no debieron darle de alta a mi bebé”. (Blanci, 17, Trujillo).

“Fueron groseras. La atención por emergencia era lenta, querían que espere más tiempo, y al final se dieron cuenta de que estaba con dos días de dolor. A mi bebé se la estaban llevando para internarla sin avisarme, yo me di cuenta que algo pasaba; le hicieron análisis, tenía incompatibilidad de sangre. A los siete días le dieron de alta”. (Seni, 17, Trujillo).

Por otro lado, también hubo comentarios positivos sobre la atención médica durante el parto.

“Felizmente, me atendió muy bien el médico que me hizo la cesárea. Me sentía segura, era un doctor mayor y me trataba de ‘reina’”. (Ángi, 17, Trujillo).

“En el hospital (la atención) fue buena. La enfermera estuvo conmigo todo el día, chequeaba a cada rato cómo estaba; en cambio, en la posta a veces no te atienden bien, no pude usar la ambulancia, tuve que tomar taxi”. (Esther, 18, Trujillo).

Servicios locales aliados

En el Callao hemos encontrado que el CEM, servicio que depende del MIMP, ejerce cierto liderazgo y mantiene una intensa actividad extramuros, coordinando con y apoyando a otras entidades locales. El CEM realiza visitas domicilia-

rias, recorre todos los barrios del Callao para realizar actividades de prevención y de seguimiento a casos de violencia familiar, pero también está decidido a apoyar en la prevención del EMA. Justamente, una funcionaria del CEM nos informó que actualmente (al momento de la investigación) tenía reportados, en Callao Cercado, 17 casos de escolares embarazadas: tres en el Colegio Alcides Spelucin Vega, once en el Colegio Julio Ramón Ribeyro y tres en el Colegio Jorge Basadre.

El CEM es el aliado vital del Colegio Basadre y, frecuentemente, realiza visitas, reuniones y charlas para docentes y escolares en materia de derechos de la infancia, factores de riesgo en violencia de género, prevención del EMA, etc. El CEM también ha realizado una importante alianza con el Servicio de Orientación al Adolescente Infractor y con el Centro de Salud Sesquicentenario, entre otros. Nos informan que, en el ámbito de la Región Callao, se ha instalado una Mesa Multisectorial de Trabajo sobre Embarazo Adolescente, así como una Mesa Local sobre Violencia Familiar por una Salud Integral. De igual manera, en el Callao hemos encontrado representación de la Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza (MCLCP), espacio de concertación desde la sociedad civil para con el Estado, y que suele coordinar con los servicios públicos en temas de la agenda de inversión social. Sobre los retos, las principales preocupaciones giran alrededor de los recursos económicos y materiales, la necesidad de trabajar más intensamente con las familias en educación sexual integral, y el ambiente de alto peligrosidad que se vive en el puerto, el cual alcanza a las familias y a muchos jóvenes y adolescentes. La labor del CEM no es sencilla, porque atienden a familias bajo delicadas situaciones de pobreza y marginalidad; a su vez, el seguimiento de los casos y las actividades extramuros se dificultan por el grado de inseguridad del Callao.

En Villa El Salvador hemos visitado el Centro de Integración Familiar (CE-DIF) Villa Hermosa; se trata de un servicio del Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar – INABIF (el cual a su vez depende del MIMP). Este cuenta con un enfoque de intervención integral de la familia, atendiendo a niños y niñas desde la primera infancia, adolescentes y adultos mayores en situación de vulnerabilidad, dándole atenciones en estimulación temprana, seguridad alimentaria, recreación y talleres ocupacionales, entre otros. Cuenta con un servicio de desarrollo integral para adolescentes (en tres turnos). Los y

las adolescentes que estudian en las escuelas asisten, luego de clases, al CEDIF, donde reciben apoyo alimentario, y posteriormente asisten a actividades de refuerzo escolar, talleres de desarrollo personal y prevención de conductas de riesgo (incluyendo el EMA). Los adolescentes también tienen oportunidades de recreación y deporte, expresión artística, desarrollo de destrezas manuales, consejería al adolescente y talleres de fortalecimiento familiar. Al momento de esta investigación, asistían 48 adolescentes beneficiarios, entre mujeres y hombres.

Asimismo, el CEDIF Villa Hermosa mantiene un activismo local reconocido, apoyando a otras entidades en materia de prevención, como el caso del CMI-JPII, así como en la articulación entre servicios como otros CEDIF, y de estos con la red de Salud Lima Sur. Precisamente, asistimos a un taller coorganizado entre el CMI-JPII y el CEDIF, dirigido a madres gestantes (en el cual también participaron adolescentes) sobre temas de salud, pautas de autocuidado para la mujer embarazada, derechos de la infancia y problemática familiar. En esta oportunidad, el CEDIF entregó además un donativo para las madres asistentes, en vista de las necesidades por el friaje que afectaba a varios asentamientos humanos de VES. Este CEDIF, a su vez, coordina normalmente con otros servicios locales para derivar casos sociales y hacer seguimiento a los beneficiarios de sus servicios.

De las entrevistas a las madres adolescentes, en Lima y Trujillo encontramos que en general las que tienen niños pequeños y las gestantes, no conocen o no han tenido oportunidad de atenderse en otros servicios locales, salvo un caso de Trujillo que mencionó haber ido a la Beneficencia Pública y al Hospital del Niño, en Lima, y el Servicio Social del Hospital Belén; en otro caso, también de Trujillo, se menciona a la Casa de la Juventud Municipal. Y en Lima, las adolescentes gestantes mencionan haber recibido orientación, charlas y donativos del CEDIF de VES y del equipo de salud (en el pequeño auditorio del Centro de Salud Juan Pablo II).

Otros servicios que demandan las madres adolescentes

Por otro lado las entrevistadas, de acuerdo a sus necesidades y expectativas, señalaron que quisieran contar con los siguientes servicios:

Lima

- Oportunidades de estudio (institutos, universidad).
- Posibilidades de trabajo con horarios que les convengan para poder cuidar al bebé.
- Apoyo económico, alimentos o alguna donación porque no les alcanza el dinero.
- Apoyo para tener un negocio, entrega de máquinas, insumos, talleres, etc.
- Apoyo para atenderse en salud (acceso a seguro, SIS, medicinas, etc.).
- Orientación, charlas en psicología, nutrición.
- Campañas prevención e información.
- Mejorar condiciones en el barrio (juegos, áreas verdes, etc.).
- Apoyo para el cuidado del bebé.
- Seguridad para las adolescentes, mujeres, etc.

Trujillo

- Apoyo económico para las madres solas.
- Ofertas de trabajo.
- Un centro de orientación y de encuentro para las madres adolescentes, charlas.
- Ayuda en el cuidado del bebé para que las madres puedan trabajar.
- Servicios de salud para las zonas más alejadas.
- Oportunidades de estudio, cursos cortos para poder trabajar.

Algunos testimonios resultan esclarecedores respecto de las demandas de las entrevistadas, como vemos en el siguiente recuadro:

“Mis compañeras del Municipio Escolar van a la Casa de la Juventud de la Municipalidad; yo quiero estudiar allí Cosmetología”. (Mary, 16, Trujillo).

“(Quisiera) un centro que nos explique cómo ser madres primerizas, donde vayan puras chicas adolescentes”. (Ángi, 17, Trujillo).

“(Que nos den) trabajo para las madres, que vean cómo nos ayudan en el cuidado del bebé (porque) cuando tenemos un hijito no podemos trabajar. Necesitamos apoyo económico; los padres nos abandonan, no se hacen responsables”. (Seni, 17, Trujillo).

Finalmente, en los hallazgos se constata en primer lugar que existen muchas necesidades, carencias y expectativas por parte de las madres y gestantes adolescentes, las cuales no están cubiertas. Sobre todo, llama la atención que en Lima y Trujillo, no tengan información y acceso (ellas ni sus familias) a los diferentes servicios y programas sociales que desarrollan los diferentes ministerios y otras entidades de los gobiernos subnacionales.

Por otro lado la escuela, a pesar de los avances en prevención (del EMA y de la deserción escolar) y del compromiso de la plana docente para apoyar a las alumnas en situación de EMA, se encuentra sobrepasada por la problemática que enfrenta día a día. Por ello, se necesita diseñar una estrategia de atención que fortalezca las capacidades de la comunidad educativa. En el caso de los servicios de salud, se ha avanzado en la atención al sector de madres precoces, se cuenta con espacios en los cuales se orienta y apoya a este grupo, se establecen sistemas de alerta en los casos de las madres de 14 años (por temas legales), y existe una alta motivación de funcionarios para dar especial trato a las madres precoces; pero aún faltaría reforzar el aspecto de la sensibilización del personal médico para dar una atención especial a las madres adolescentes en el momento del parto, teniendo en cuenta su edad y el hecho de ser madres primerizas. Quedaría pendiente fortalecer la prevención extramuros, pues ni la escuela ni el centro de salud pueden responder solos ante la complejidad de los casos de EMA, y tampoco cuentan con los recursos suficientes para hacer seguimiento de todos los casos, en especial aquellos más críticos (y que hemos encontrado durante el trabajo de campo).

Por otro lado, hemos visto que se viene estableciendo alianzas con otros servicios de la comunidad, pero que también falta establecer conexión con los servicios de diversos sectores que supuestamente atienden a la población en situación de EMA (siguiendo el mandato del PMEA); tampoco se hace visible un enfoque de red de servicios locales.

A partir del trabajo de campo, apreciamos que el EMA puede ser entendido también como expresión y consecuencia de entornos socioeconómicos con altos índices de violencia y marginalidad, con situaciones de violencia o en conductas de riesgo asociadas a espacios como las pandillas. En entornos con altos niveles de inseguridad, criminalidad y de anomia social, muchas adoles-

centes involucradas con conductas antisociales y espacios juveniles violentos se exponen a la precocidad de la maternidad, a veces como una especie de “rito de pasaje” o como parte de un conjunto de conductas ligadas al abuso del alcohol, drogas o de promiscuidad sexual por causa de la presión del grupo. Además, los hijos de las madres adolescentes, sin soporte familiar ni institucional, van a tener una alta exposición a estos entornos de exclusión y marginalidad.

CAPÍTULO II

Presupuesto y políticas públicas en torno al embarazo y maternidad adolescente:

Aproximaciones y perspectivas sobre gasto

1. GASTO PÚBLICO EN EL PLAN NACIONAL DE ACCIÓN POR LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA – GPNNA

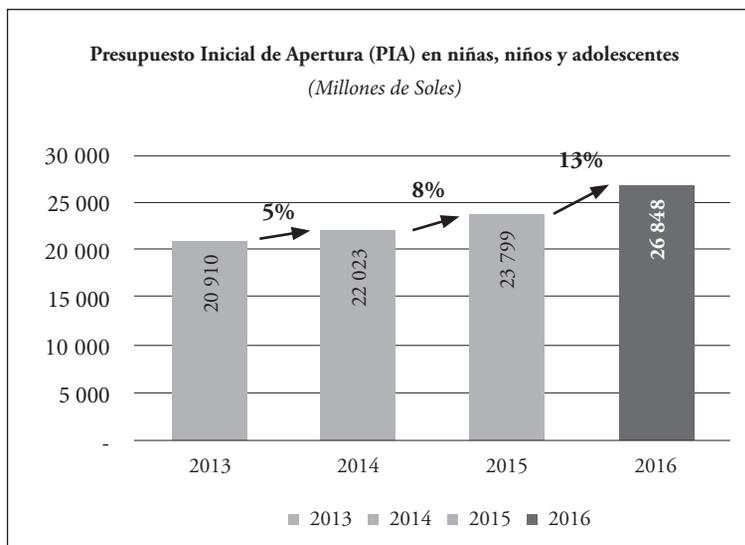
Durante el año 2012 se puso en vigencia el Plan Nacional de Acción por la Niñez y la Adolescencia – PNAIA 2012-2021, aprobado por D.S. N° 001-2012 del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP). Dicho Plan señala, en su Objetivo Estratégico N° 3, que busca “Consolidar el crecimiento y desarrollo integral de las y los adolescentes de 12 a 17 años de edad”. Asimismo, indica en el Resultado Esperado N° 9, que “Las y los adolescentes postergan su maternidad y paternidad hasta alcanzar la edad adulta”. El PNAIA contempla entre sus metas centrales, reducir la tasa de maternidad adolescente en 20%.

Posteriormente, desde 2013 se estableció el Gasto Público en el Plan de la Niñez y Adolescencia (GPNNA) como una herramienta innovadora para medir el presupuesto público destinado a la infancia y la adolescencia.³⁰ El GPNNA se acerca al gasto público contemplando un panorama amplio del presupuesto dirigido a dichos sectores de la población.

30 El GPNNA es un avance en términos de taxonomía del gasto para este sector de la población y la herramienta oficial de seguimiento al gasto público del PNAIA – MEF Proyecto de Ley Presupuesto Equilibrio y Endeudamiento Año fiscal 2017 (Setiembre 2016).

El MEF señala que la tendencia de la asignación presupuestal de apertura en la niñez y adolescencia ha ido en ascenso cada año, tal como nos lo muestra el Cuadro 17.³¹

Cuadro 17. Presupuesto Inicial de Apertura 2013-2016

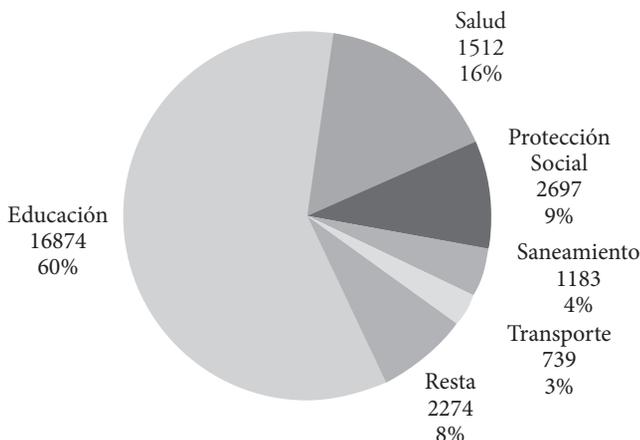


Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas (MEF).

Otra tendencia notoria en el GPNNA es que el gasto se concentra en la función Educación, según vemos en el Cuadro 18:³²

31 Fuente: MEF – SIAF, con información preliminar al 1 de junio de 2016. Elaboración: MEF – Dirección General de Presupuesto Público.

32 Fuente: MEF–SIAF, con información preliminar al 1 de junio de 2016. Elaboración: MEF– Dirección General de Presupuesto Público.

Cuadro 18. GPNNA 201**GPNNA 2015: Ejecución según función
(Millones de Soles)**

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas

Encontramos entonces que el 60% de la ejecución recae en la Educación; le sigue muy por debajo la función Salud (Nutrición y Materno Neonatal) con 16%. El gasto en Educación prioriza los logros en comunicación y matemáticas, el aumento del acceso a educación inicial y secundaria. Por su parte, como ya ha sido mencionado, el gasto en Salud enfatiza los ejes de Nutrición y Materno Neonatal, mientras que los de Protección Social se dirigen a transferencias condicionadas y alimentación en la escuela.³³

El GPNNA se distribuye principalmente entre los diferentes Programas Presupuestales. Así, en 2015 el GPNNA en el PP alcanzó 87% (S/. 24,686 millones), porcentaje que se replicó para 2016, y el saldo fue a las denominadas “Asignaciones presupuestales que no resultan en productos (APNOP)” según el MEF.³⁴

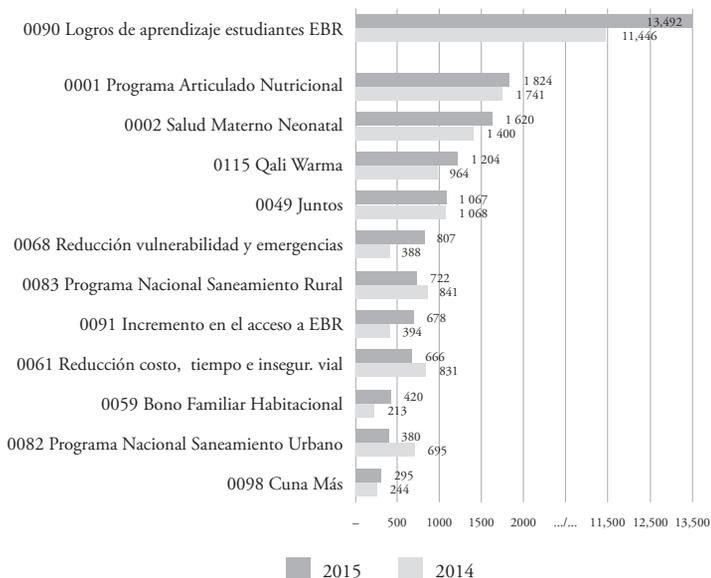
33 Beltrán Arias, Dante. “Presupuesto 2015: Presupuesto Público dirigido a Niñas, Niños y Adolescentes”. Dirección General de Presupuesto Público - MEF.

34 Fuente: MEF-SIAF, con información preliminar al 1 de junio de 2016. Elaboración: MEF-Dirección General de Presupuesto Público.

Cuadro 19. GPNNA: Ejecución de principales PP 2014-2015

GPNNA: Ejecución de principales PP 2014-2015

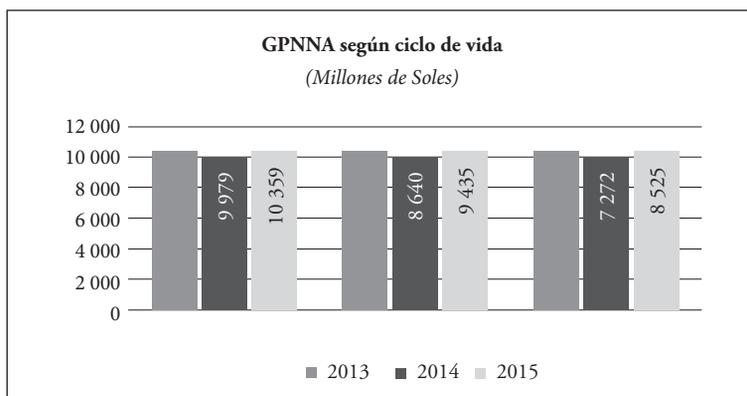
(Millones de soles)



Fuente: Ministerio de economía y Finanzas

Por otro lado, podemos ubicar cómo el GPNNA se distribuye en diferentes grupos etarios de la infancia y la adolescencia:³⁵

35 Fuente: MEF-SIAF, con información preliminar al 1 de junio de 2016. Elaboración: MEF-Dirección General de Presupuesto Público.

Cuadro 20: GPNNA según ciclo de vida

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas.

En el Cuadro 20 podemos apreciar que, de 2013 a 2015, la tendencia fue al mayor gasto dedicado al grupo etario de 0 a 5 años, y al menor gasto en el grupo de 12 a 17 años. Sin embargo, el MEF señala que en 2015, el GPNNA dirigido a la adolescencia (12 a 17 años) se incrementó en 17% respecto del año anterior. Y ello evidenciaría que se estaría emparejando el gasto en estos tres grupos etarios, pues el gasto en adolescentes pasó de representar 27% del GPNNA en 2013 a 30% en 2015.³⁶

Aproximándonos al GPNNA según los Objetivos Estratégicos del PNAIA, se tiene lo siguiente:³⁷

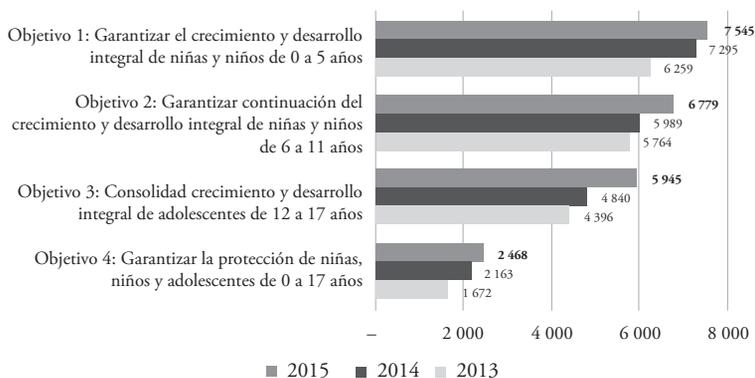
36 Beltrán Arias, Dante. "Presupuesto 2015: Presupuesto Público dirigido a Niñas, Niños y Adolescentes". Dirección General de Presupuesto Público - MEF.

37 Fuente: MEF-SIAF, con información preliminar al 1 de junio de 2016. Elaboración: MEF-Dirección General de Presupuesto Público.

Cuadro 21. GPNNA según objetivos estratégicos del PNAIA

GPNNA: Según objetivos estratégicos del PNAIA

(Millones de soles)



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas

Se encuentra entonces que el mayor gasto se ha encaminado al OE N° 1, dirigido al grupo etario de 0 a 5 años, luego al OE N° 2 que beneficia al grupo etario de 6 a 11 años; les siguen el OE N° 3, que va dirigido al sector de 12 a 17 años, y el OE N° 4 que transversalmente gasta en la protección de niños y adolescentes de 0 a 17 años.

Para 2017, de acuerdo al MEF,³⁸ se cuenta con una asignación de S/. 28,364 millones para financiar el GPNNA, lo que implica un incremento del 6% respecto del PIA de 2016, el cual era de S/. 26,848 millones.

38 MEF - Proyecto de Ley Presupuesto Equilibrio y Endeudamiento Año fiscal 2017. Setiembre 2016.

2. PROYECTO DEL PRESUPUESTO DEL SECTOR PÚBLICO PARA EL AÑO FISCAL 2017³⁹

El Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), en cumplimiento de los artículos 77° y 78° de la Constitución Política del Perú, elaboró y presentó en setiembre de 2016 el proyecto de Ley del Presupuesto Público 2017, para su aprobación en el Congreso de la República. Como se señala en la Exposición de Motivos del Proyecto de Ley, se hizo énfasis en las intervenciones dirigidas al aspecto social, con el fin de lograr un país igualitario, competitivo y moderno. Son cinco las prioridades señaladas: 1) seguridad ciudadana y anticorrupción; 2) agua y saneamiento; 3) calidad de la educación; 4) infraestructura para el desarrollo y la productividad; y 4) servicios de salud orientados hacia las personas.

Cuadro 22. Proyecto de Presupuesto 2017⁴⁰

FUENTES DE FINANCIAMIENTO / RUBRO	PROYECTO PRESUPUESTO 2017
I. RECURSOS ORDINARIOS	92,492 */
II. RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS	11,982
III. RECURSOS POR OPERACIONES OFICIALES DE CRÉDITO	19,093
IV. DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	395
V. RECURSOS DETERMINADOS	17,909
V.a CONTRIBUCIONES A FONDOS	4,167
V.b FONDO DE COMPENSACIÓN MUNICIPAL	5,234
V.c IMPUESTOS MUNICIPALES	2,889
V.d CANON, SOBRECANON, REGALÍAS, RENTA DE ADUANAS Y PARTICIPACIONES	5,619
TOTAL FUENTES	142,472
USOS DEL PRESUPUESTO	PROYECTO PRESUPUESTO 2017
I. GASTO NO FINANCIERO (EXCLUYE RESERVA) (A + B)	126,260
A. GASTOS CORRIENTES	92,028
B. GASTOS DE CAPITAL	34,232
II. SERVICIO DE DEUDA	12,487
III. RESERVA DE CONTINGENCIA	3,724
TOTAL USOS	142,472

*/ Considera incorporación de S/ 1 500 mm de saldos de balance de Pliegos del Gobierno Nacional

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas

39 MEF. Exposición de Motivos Proyecto de Ley Presupuesto Año Fiscal 2017.

40 MEF. *Ibid.* Considera incorporación de 1,500mm de saldos del Balance de Pliegos del Gobierno Nacional.

El Presupuesto para 2017 asciende a S/. 142,472 millones (equivalente al 20.1% del PBI) y tiene como referencia un crecimiento nominal del 4.7% de acuerdo al presupuesto de 2016.

Comparamos, en el Cuadro 23 la distribución del gasto de los recursos del Presupuesto Público en 2016 y 2017.⁴¹

Cuadro 23. Comparación de la distribución del gasto de recursos PP - 2016 y 2017

Usos del Presupuesto
(Variación 2017-2016, Milones de S/)

CATEGORÍA / GENÉRICA	PRESUPUESTO	PROYECTO DE	Variación 2017-2016	
	INICIAL	PRESUPUESTO	Mill. S/.	%
	2016	2017		
I.- GASTOS NO FINANCIERO NI PERSONAL (SIN RC)	107,662	115,230	7,568	7.0
5. GASTOS CORRIENTES	75,009	80,998	5,989	8.0
1. PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	37,135	40,693	3,558	9.6
2. PENSIONES Y OTRAS PRESTACIONES SOCIALES	1,110	1,211	101	9.1
3. BIENES Y SERVICIOS	28,500	30,853	2,353	8.3
4. DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	2,791	2,493	-298	-10.7
5. OTROS GASTOS	5,472	5,747	276	5.0
6. GASTOS DE CAPITAL	32,653	34,232	1,579	4.8
II. GASTO PREVISIONAL (PENSIONES)	10,883	11,030	147	1.4
III. GASTO FINANCIERO (SERVICIO DE DEUDA)	11,724	12,487	764	6.5
IV. RESERVA DE CONTINGENCIA	5,752	3,724	-2,028	-35.3
TOTAL GASTO	136,021	142,472	6,451	4.7

Incluye 2000 millones del Fondo Agua y Saneamiento y Salud

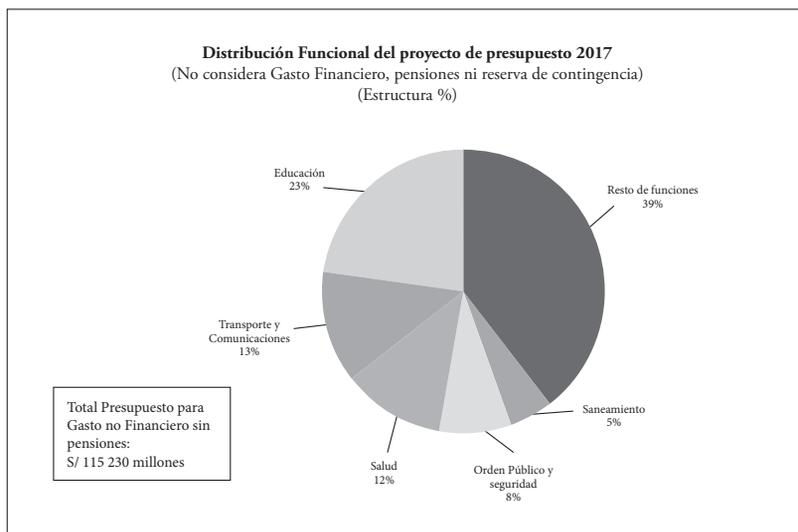
Incluye impacto 2016 política salarial: Defensa, interior, salud principalmente.

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas.

El Gasto No Financiero ni Previsional, visto en el Cuadro 23 anterior, asciende a S/. 115,230 millones, y es destinado en más de la mitad de la torta presupuestal (aproximadamente, 60%) a los rubros de Educación, Salud, Saneamiento, Seguridad y Transportes, mientras que aproximadamente el 39% va a otras funciones.⁴²

41 MEF. Proyecto de Ley Presupuesto, Equilibrio y Endeudamiento - Año Fiscal 2017. Setiembre 2016.

42 MEF. *Ibíd.*

Cuadro 24. Distribución Funcional del proyecto de presupuesto 2017

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas

En el Cuadro 24 encontramos que, del GNFNP, se destina a Educación el 23%, mientras que a Salud solo el 12%.

El Presupuesto Inicial de Apertura (PIA) asignado a Educación, el cual según señala el MEF asciende a S/. 26,179 millones para 2017, tiene destinados entre sus principales intervenciones y metas S/. 282 millones para garantizar la jornada escolar completa en educación secundaria,⁴³ S/. 246 millones para la implementación y creación de Colegios de Alto Rendimiento a nivel nacional,⁴⁴ y S/. 737 millones para materiales educativos. Asimismo, S/. 937 millones irían para Programa de Becas de pregrado, posgrado, de doble oportunidad y de capital humano.

En la función Salud, cuyo PIA para 2017 asciende a S/. 13,776 millones según el MEF, se tiene previsto entre las principales intervenciones y metas, destinar

43 En 1,602 colegios (40 horas semanales). MEF.

44 Implementación de la primera y segunda promoción de los 21 COAR a nivel nacional, y creación de tres nuevos COAR en los departamentos de Áncash, Tumbes y Lima.

S/. 1,783 millones para atender el Programa Articulado Nutricional, con el fin de reducir la desnutrición crónica infantil en 1.2% y, por otro lado, reducir la prevalencia de la anemia en 1.5%, entre 2016 y 2017.

También para 2017, la Protección Social (donde se encuentran los programas sociales fundamentales) tiene destinado un monto de S/. 5,780 millones, y de esta cantidad el 74.6% irá para los Programas Presupuestales, un 2.7% para las Acciones Centrales y 22.7% a APNOP.⁴⁵ En esta función encontramos programas sociales como Qali Warma, JUNTOS, Pensión 65 y Cuna Más, entre otros.

Presupuesto Por Resultados y Programa Presupuestales 2017

En la propuesta del Presupuesto Público para 2017, en relación con los avances y metas para dicho año, se resalta el enfoque de Presupuesto por Resultados (PpR) como estrategia de gestión liderada por el MEF en la búsqueda de una mayor eficacia y eficiencia del gasto público. Los principales instrumentos de esta estrategia son los denominados Programas Presupuestales (PP), los incentivos a la gestión, el seguimiento del desempeño y las evaluaciones independientes.

Cabe destacar que, en tanto los Programas Presupuestales han resultado una herramienta vital como unidades de programación de las intervenciones estatales de acuerdo a las funciones de impacto social, se está enfatizando su expansión y el fortalecimiento de su implementación.

En cuanto a la propuesta de presupuesto para 2017, se pretende contar con 90 Programas Presupuestales cuya sumatoria acumule el 71% del Presupuesto No Financiero Ni Previsional.⁴⁶

Teniendo en cuenta la relevancia de los PP, se intenta además mejorar su implementación. Por ello es que se plantea para 2017 una serie de avances en la estrategia de “articulación territorial”, teniendo como meta que 53 PP cuenten con dicha articulación entre los diferentes niveles de gobierno. Además, se está

45 Asignaciones presupuestales que no resultan en productos.

46 El cual no incluye la reserva de contingencia ni las acciones centrales.

promoviendo la programación multianual de los PP, incluir proyectos de inversión pública en ellos, así como mejoras en el seguimiento y en las evaluaciones independientes.

Programas Presupuestales dirigidos a la Niñez y Adolescencia

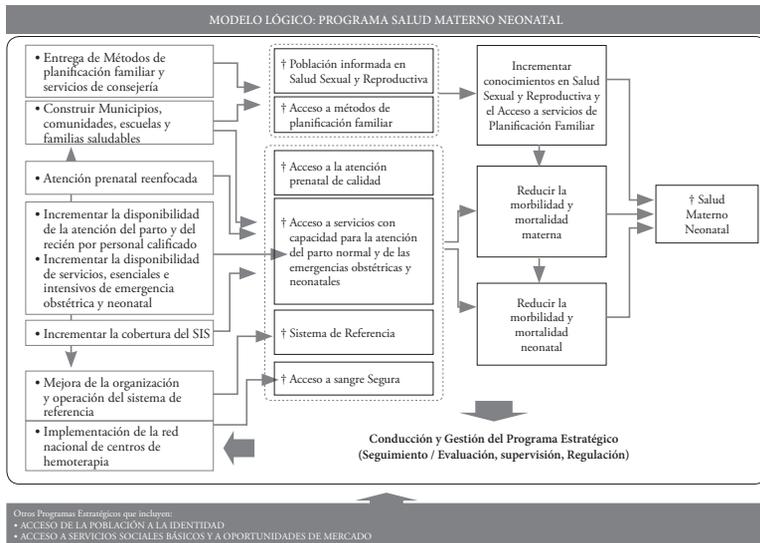
Como ya hemos visto, el Gasto Público del Plan Nacional de Acción por la Niñez y Adolescencia – GPNNA ascendería, para 2017, a S/. 28,364 millones. De dicho monto, el 86.7% del GPNNA se dirige a la categoría Programas Presupuestales, y el saldo va hacia las Asignaciones Presupuestales que no resultan en Productos (APNOP).

De acuerdo al GPNNA de 2017, los Programas Presupuestales de Salud se encuentran: en segundo lugar, el Programa Articulado Nutricional, con S/. 1,630 millones; y en cuarto lugar, el Programa Materno Neonatal con S/. 1,214 millones. La mayor parte de la torta presupuestal del GPNNA se dirige a la función Educación: Programa Logros de Aprendizaje de Estudiantes de la Educación Básica Regular, con S/. 15,646 millones. El MEF precisa que 54% del GPNNA está asignado al Gobierno Nacional, 41.1% a los Gobiernos Regionales y 4.6% a los Gobiernos Locales.

3. PROGRAMA PRESUPUESTAL 0002: SALUD MATERNO NEONATAL 47

El Programa Presupuestal 0002: Salud Materno Neonatal que depende del MINSA para su ejecución, abarca a toda la población femenina en edad fértil y también a los neonatos, desde una serie de perspectivas relacionadas con la salud sexual y reproductiva, según podemos ver en su marco lógico.⁴⁸

Cuadro 25. Marco lógico del PP Materno Neonatal



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas

47 Ver Documento Técnico: Definiciones operacionales y criterios de programación y de medición de avances de los programas presupuestales. Recuperado de: http://www.minsa.gob.pe/presupuestales2015/archivos_apelacion/definiciones/Definiciones_operacionales.pdf

48 Reporte de Balance del Año 2013 y Perspectivas en el Marco de los Acuerdos de Gobernabilidad 2015-2018. Grupo de Trabajo Salud Materno Neonatal - Seguimiento Concertado al Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal (SMN). Recuperado de: http://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2015/documentos/09/balance_smn_2013-2014_cen_10_07_14_vfinal.pdf

Como sostiene el Informe de Balance de Ejecución del Programa Presupuestal 0002: Salud Materno Neonatal 2009-2013,⁴⁹ este PP fue clave para potenciar la asignación presupuestal en el ámbito de la salud materna y neonatal; así, hubo un aumento importante del presupuesto, de S/. 428 millones a S/. 1,578 millones, significando el 1.18% del Presupuesto Público Nacional de 2013.

En este PP ubicamos algunos productos directamente focalizados en la problemática del EMA, a partir de servicios y prestaciones de diversa índole. Así tenemos:

PRODUCTO No 2.3 Adolescentes acceden a servicios de salud para prevención del embarazo

Definición Operacional: Conjunto de intervenciones costo efectivas normadas por el Ministerio de Salud que contribuyen a la prevención de riesgos en adolescentes, en especial a la prevención del embarazo.

SUBFINALIDAD (2.3.1) ATENCIÓN INTEGRAL PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

Definición Operacional: Comprende la provisión diferenciada, continua y con calidad de una atención orientada hacia la promoción, prevención recuperación y rehabilitación de la salud de las y los adolescentes.

La atención integral de las/los adolescentes es realizada en establecimientos de salud, prioritariamente en aquellos con servicios diferenciados para adolescentes.

La atención integral de salud es realizada por el equipo multidisciplinario de salud (médico, obstetra, psicólogo, enfermera, nutricionista, odontólogo y trabajador social) según normatividad vigente. 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 Etapa de Vida Adolescente.

La atención integral comprende las siguientes prestaciones de salud: evaluación médica básica, clínica orientada a búsqueda de patologías comunes de esta edad, salud mental, consejería integral (salud sexual, salud mental y salud física

49 Documento citado, pág. 28.

y nutricional), visita domiciliaria en caso de deserción, exámenes de laboratorio (entre otros, descartar de embarazo en adolescentes que han iniciado actividad sexual). Dichas prestaciones (sobre la base del plan de atención) se dan en un mínimo de tres atenciones al año.

PRODUCTO (2.5). Municipios saludables que promueven salud sexual y reproductiva (3033288)

Definición operacional: Municipio provincial o distrital que cuenta con un concejo municipal y comité multisectorial (con ordenanza municipal) a quienes se les brinda asistencia técnica por parte del personal de salud para estar informados, motivados y capacitados para la implementación y funcionamiento de dos estrategias: casa materna y el centro de desarrollo juvenil que contribuirán al desarrollo de acciones hacia la maternidad y recién nacido sano, así como la prevención del embarazo en adolescentes respectivamente.

Subfinalidad para el Gobierno Local: Implementación de Centros de Desarrollo Juvenil.

Definición operacional: Conjunto de actividades desarrollado por un Municipio provincial o distrital para la Implementación de un Centro de Desarrollo Juvenil.

Sin embargo, el informe de Balance de Ejecución del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal 2009-2013,⁵⁰ en el eje relativo al embarazo adolescente, señala que se mantiene la tendencia al incremento del embarazo adolescente (15 a 19 años), llegando al 13.9% en 2013, y a 11.9% en la zona urbana con una disminución en la ruralidad al 20.3% para el mismo año.⁵¹ Tenemos también que el sector de adolescentes es el que muestra la más alta mortalidad

50 A partir del análisis de la situación actual de la salud materna y neonatal, los principales nudos críticos y las acciones prioritarias en el marco de los Acuerdos Regionales de Gobernabilidad del proceso electoral 2014. Recuperado de: http://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2015/documentos/09/balance_smn_2013-2014_cen_10_07_14_vfinal.pdf

51 Según la información de la Encuesta Demográfica y Salud Familiar del Instituto Nacional de Estadística e Informática. Recuperado de: http://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2015/documentos/09/balance_smn_2013-2014_cen_10_07_14_vfinal.pdf

materna (la razón de mortalidad materna – RMM alcanza a 241), debido a la debilidad en el acceso a servicios integrales que incluyan educación sexual y MAC. Por otro lado, existían 456 casas maternas (387 operativas y 69 no operativas), siendo el principal obstáculo la insuficiencia de recursos económicos y materiales.

Finalmente, en este documento de Balance se subraya que la asignación presupuestal en planificación familiar y métodos anticonceptivos se aproxima al 4% del total del PP. En tanto el presupuesto en la prevención del embarazo adolescente, se acerca al 0.9% del PP, lo cual significa una partida per cápita de S/. 4 por adolescente (entre 12 -17 años).⁵²

52 Ello, a pesar de la aprobación del PMEA 2013-2021. Ver Informe de Balance de Ejecución del Programa Presupuestal Materno Neonatal. Pág. 30.

4. PLAN MULTISECTORIAL PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES 2013-202153

El Plan, como se sostiene en su prólogo, nace de un esfuerzo intersectorial y de un largo proceso de construcción entre Estado y sociedad civil, alineándose al marco internacional provisto por compromisos internacionales como la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo o Conferencia de El Cairo de 1994, la Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995), y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2001), entre otros. El compromiso para su implementación involucra a diversos sectores y actores.

Cuadro 26. Sectores competentes por el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes

SECTOR	Salud	Mujer	Educación	Justicia	Trabajo
INSTITUCIÓN A ANALIZAR	- Ministerio de Salud - EsSalud - Fuerzas Armadas y PNP - Instituciones Privadas y otras	Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables MIMP	Ministerio de Educación - MINEDU	Ministerio de Justicia y Derechos Humanos - MINJUS	Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo - MTPE

Fuente: Ministerio de Economía y Fianzas

Al mencionar al Plan Bicentenario 2021 en su introducción, este Plan Multisectorial resalta las propuestas de los Programas Estratégicos, tales como el Programa de Aseguramiento Universal –cuyo resultado es proteger a la salud de

53 MINSA, Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Perú 2013. Recuperado de <http://www.unfpa.org.pe/Legislacion/PDF/20131106-MINSA-Plan-Prevencion-Embarazo-Adolescente.pdf>

los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando a las poblaciones vulnerables–, así como el Programa de Salud Materno Neonatal –cuyo resultado es Reducir la morbilidad materna y neonatal–.

El Plan Multisectorial busca establecer acciones que desarrollen las diferentes instancias involucradas del sector público y sociedad civil, a nivel nacional, para prevenir y disminuir el EMA en el país. Empieza resaltando dos características del embarazo adolescente: la primera es que la fecundidad en adolescentes no ha disminuido con igual intensidad que la fecundidad global; y la segunda, que el porcentaje del embarazo adolescente se mantiene en la misma proporción, con un ligero incremento según ENDES – 2012.

En el acápite Evidencias de intervenciones efectivas (5.2.3) se señala:

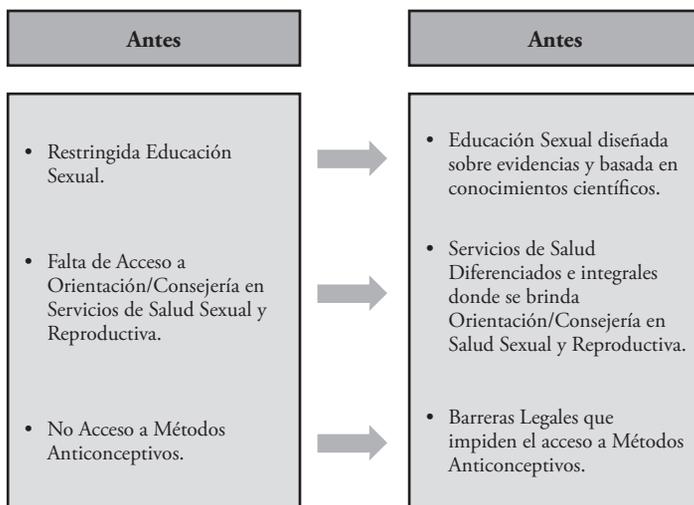
Salud: Una primera evolución de las intervenciones se da en el campo de los servicios de salud. Se ha pasado de concentrarse en ampliar la cobertura de los puntos de entrega de servicios diferenciados de salud sexual y reproductiva para adolescentes, a mejorar la calidad de estos, garantizando la orientación y consejería, así como la disponibilidad efectiva de los insumos anticonceptivos.

Educación: Se ha demostrado que, para reducir la prevalencia del embarazo en la adolescencia, es preciso realizar mayores esfuerzos para mejorar la respuesta del Sector Educación en cuanto a garantizar el acceso, la permanencia y la culminación de los estudios de educación básica, así como mejorar la calidad educativa en el marco de un enfoque de construcción de ciudadanía, según el cual el desarrollo de competencias para la autonomía, el desarrollo del juicio crítico y la puesta en práctica de un proyecto de vida resultan claves en el marco de la prevención del EMA.

El antes y después para las intervenciones que buscan reducir el embarazo adolescente, puede observarse en el Cuadro 27.⁵⁴

Cuadro 27. Evolución de las intervenciones para reducir el embarazo en la adolescencia

Ilustración 3. Evolución de las intervenciones para reducir el embarazo en la adolescencia



Fuente: PME A

El Plan tiene como OBJETIVO GENERAL: “Reducir la prevalencia del embarazo en las adolescentes” siendo su meta reducir esta prevalencia al 20%.⁵⁵

En cuanto Objetivos Específicos, el Plan se propone:

1. Postergar el inicio de la actividad sexual en la adolescencia;
2. Incrementar el porcentaje de adolescentes que concluyen la educación secundaria;
3. Asegurar la inclusión de la educación sexual integral (ESI) en el marco curricular nacional y en los programas de capacitación del Ministerio de Educación para que las regiones cuenten con condiciones institucionales para implementar la ESI;

⁵⁵ Teniendo como indicador de base el 13.2% de la ENDES 2012.

4. Incrementar la prevalencia de uso actual de métodos anticonceptivos modernos en los adolescentes sexualmente activos mayores de 18 años y en adolescentes que ya son madres;
5. Disminuir los diferentes tipos de violencia en los adolescentes poniéndose énfasis en la violencia sexual.

Presupuesto y Financiamiento del Plan

Es relevante resaltar que, en el capítulo de Presupuesto y Financiamiento del Plan, se precisa que las acciones previstas serán financiadas con cargo a los presupuestos institucionales de los pliegos presupuestales de los Sectores comprometidos, sobre la base de las Leyes Anuales de Presupuesto del Sector Público. Asimismo, la progresividad en la implementación de las actividades será prevista en la formulación presupuestal de cada Sector en el período comprendido del Plan (Ver ANEXO cuadro 42).

En cuanto al marco de referencia para el Presupuesto y Financiamiento,⁵⁶ el Plan contiene un análisis situacional que le permite estimar costos, presupuesto y financiamiento para la próxima década, en cada uno de los pliegos involucrados conforme a las Leyes Anuales de Presupuesto del Sector Público. Sobre la base de todo esto, ha sido estimado por cada Objetivo Específico:

OE1: Presupuesto estimado S/. 99'316,610.00

OE2: Presupuesto estimado S/. 10'407,792.00

OE3: Presupuesto estimado S/. 95'293,715.00

OE4: Presupuesto estimado S/. 85'895,257.00

OE5: Presupuesto estimado S/. 9'108,799.00

56 Elaborado con una metodología participativa que ha involucrado a funcionarios y expertos de diferentes sectores: Ministerio de Salud, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Ministerio de Educación; con todos ellos se ha acopiado la información de las actividades y tareas, así como los insumos necesarios a costear para llevar las mismas a la práctica, por lo que el presupuesto estimado se aproximaría a la realidad.

Se consideró que la población objetivo es aproximadamente de 1'047,286 adolescentes a nivel nacional.⁵⁷ En referencia a los “servicios diferenciados para adolescentes”, sobre la base de la norma técnica de criterios y estándares de evaluación de los servicios para la atención integral de salud de adolescente, se ha considerado necesaria la dotación de personal, así como un equipo integral de profesionales a nivel intramural y extramural, horarios diferenciados, materiales y equipamiento, capacitación, espacios exclusivos y especializados (en centros educativos y en los Centros de Desarrollo Juvenil).

57 Se ha considerado que, a nivel del país, se tiene una cifra estimada por el INEI (2013) de 3'490,954 adolescentes, de los cuales el 30% es considerada población a ser intervenida.

5. PRINCIPALES HALLAZGOS PRESUPUESTALES DEL MONITOREO DE IMPLEMENTACIÓN DEL PMPEA 2013-2021,

El Informe de Monitoreo de avances en la implementación del PMPEA 2013-2021, estudio realizado en 2015 por encargo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (en inglés UNFPA) y la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza (MCLCP),⁵⁸ contiene la evaluación de los avances de la Comisión Multisectorial Permanente encargada del Plan, así como de los avances en términos de actividades y presupuesto asignado por los sectores involucrados.

La aproximación al presupuesto, como se precisa en dicho Informe, se elaboró con la información de la base de datos de la cadena funcional del Presupuesto Público del MEF, para los niveles de Gobierno Nacional y Regionales, siendo el periodo de la información correspondiente a 2014 y a junio de 2015. Con esa data, se procedió a elaborar una clasificación de la “cadena funcional programática: obras, actividades y acciones de inversión”, con un total de 2,593 tipos para los niveles: Gobierno Regional y el Gobierno Nacional. Esta clasificación fue realizada en dicho reporte, sobre la base de los cinco objetivos específicos.

58 Quiñones, Nilton. Informe Final de la Consultoría “Monitoreo de Avances en la implementación del PMPEA 2013-2021, avances de las acciones de la Comisión Multisectorial Permanente, e identificación de actividades y de presupuestos asignados por parte de los Sectores participantes”, 14 de agosto de 2015. PROYECTO UNFPA – MCLCP PER0801A.

Cuadro 28. Clasificación por Objetivos Específicos – PMPEA 2013-2021

Objetivos específicos	Nomenclatura utilizada	Directo o indirecto
Objetivo específico 1: Postergar el inicio de las relaciones sexuales	1	D/I
Objetivo específico 2: Incrementar el porcentaje de adolescentes que concluyen la educación secundaria	2	D/I
Objetivo específico 3: Asegurar la inclusión de la Educación Sexual Integral en el Marco Curricular Nacional para que las regiones cuenten con condiciones y recursos educativos para implementar la ESI	3	D/I
Objetivo específico 4: Incrementar la prevalencia de uso de MAC en las/los adolescentes sexualmente activos/as y en madres adolescentes	4	D/I
Objetivo específico 5: Disminuir los diferentes tipos de violencia en las/los adolescentes poniéndose énfasis en la vida sexual	5	D/I

Elaboración propia: Fuente: Plan de Prevención del Embarazo Adolescente-PPEA

Como advierte el autor, en referencia al análisis presupuestal, este fue un ejercicio de aproximación para atribuir el presupuesto que se ha dirigido a los objetivos y actividades del Plan. Además, precisa que existen actividades en las que no se puede conocer con certeza cuánto del presupuesto ha beneficiado a los adolescentes, y por ello es que se ha catalogado como “intervenciones indirectas”. También ha sido difícil, como señala el autor, asociar de manera directa la planificación y el presupuesto en las intervenciones dirigidas a este sector de población. Asimismo, el autor resalta (sobre la base de entrevistas realizadas a funcionarios), que los Sectores están implementando diversas intervenciones difíciles de diferenciar en la cadena de presupuesto público (SIAF). Esto a su vez limita el seguimiento de la cadena de valor (o implementar un tablero de comando de control). Finalmente, se señala que los gastos considerados son aquellos vinculados al Gasto Corriente que viene a ser el presupuesto asignado a la provisión de servicios de manera directa en el corto plazo.⁵⁹

59 Los gastos no considerados son el pago de servicios de la deuda, el pago de pensiones y los orientados a inversión pública. UNFPA.

El primer hallazgo es que el presupuesto atribuible al PMPEA, para 2015, fue de S/. 4,778 millones, siendo el nivel de Gobierno Regional el de mayor aporte, con aproximadamente 60% para dicho año.⁶⁰

Cuadro 29. Presupuesto asignado por nivel de Gobierno

Nivel de Gobierno	Nuevos soles		Participación	
	2,014	2,015	2,014	2,015
GN	1,108,933,365	1,927,739,912	29%	40%
GR	2,751,527,455	2,850,319,655	71%	60%
Total general	3,860,460,820	4,778,059,567	100%	100%

Fuente: SIAF – MEF. Elaboración: N. Quiñones.

Nota: PIM al 30/06/2015

Acerca de que los Gobiernos Regionales destinan un mayor porcentaje, según el autor del estudio esto se debería a que aquellos gobiernos son los principales proveedores de servicios públicos a los adolescentes en las diferentes Regiones, salvo en el caso de Lima Metropolitana, donde no se ha avanzado con la descentralización de los servicios de educación y salud.

Analizando los objetivos específicos del PME A, el autor sostiene que menos de S/. 18 millones del presupuesto (es decir, menos del 0.5%) sería atribuible a un gasto directo en la prevención del embarazo adolescente, mientras el resto (que asciende a más de S/. 3,843 millones, es decir, aproximadamente el 95%) podría ser considerado como intervenciones indirectas. Sin embargo, el autor resalta que esto último no es menos importante, pues se estaría destinando a la conclusión de la educación secundaria (con el 90% del presupuesto del PME A), aun cuando es un reto precisar la efectividad de la intervención.

60 Quiñones, Nilton. Documento Resumen de Presentación del informe de la Consultoría – 25/08/2015.

Cuadro 30. PMPEA según objetivos específicos (y si es directo o indirecto)

Objetivo específico	2,014			2,015		
	Directo	Indirecto	Total	Directo	Indirecto	Total
1. Postergar el inicio de las relaciones sexuales en la adolescencia		4,333,557	4,333,557		6,080,025	6,080,025
2. Incrementar el porcentaje de adolescentes que concluyen la Educación secundaria		3,544,743,165	3,544,743,165		4,422,509,818	4,422,509,818
3. Asegurar la inclusión de la Educación Sexual Integral en el Marco Curricular Nacional para que las regiones cuenten con condiciones y recursos educativos para implementar la ESI.		9,090,760	9,090,760		6,243,317	6,243,317
4. Incrementar la prevalencia de uso actual de métodos anticonceptivos modernos en las y los adolescentes sexualmente activas/os y en madres adolescentes	17,118,653	172,058,129	189,176,692	17,478,369	201,456,082	218,934,451
5. Disminuir los diferentes tipos de violencia en las y los adolescentes poniéndose énfasis en la violencia sexual		113,116,646	113,116,646	275,842	124,017,114	124,252,956
Total general	17,115,563	3,843,342,259	3,560,460,820	17,754,211	4,760,305,356	4,778,069,567

Fuente: N. Quiñones

Las acciones directas identificadas a favor del adolescente llegan a S/. 17'118,563 para 2014, y S/. 17'754,211 millones en 2015. En el primer año, corresponde exclusivamente al Objetivo 4: “Incrementar la prevalencia de uso actual de métodos anticonceptivos modernos en las y los adolescentes sexualmente activas/os y en madres adolescentes”. El 2015, además del Objetivo 4 aparece el Objetivo 5: “Disminuir los diferentes tipos de violencia en las y los adolescentes poniéndose énfasis en la violencia sexual”, con un presupuesto menor.

Cuadro 31. PMPEA - Presupuesto atribuible directo según Objetivos Específicos y Actividades

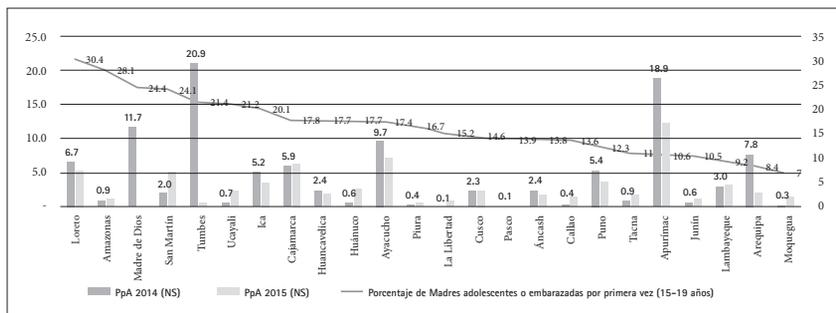
	2,014		2,015			
	Total	Directo	Total	Directo	Total	Directo
4. Incrementar la prevalencia de uso actual de métodos anticonceptivos modernos en las y los adolescentes sexualmente activas/os y en madres adolescentes	3,996,519	13,122,044	17,118,563	6,286,447	11,191,922	17,478,369
5000070. Entregara población adolescente información sobre infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA.	1,949,903	5,313,284	7,263,187	3,640,324	4,670,339	8,310,663
5. Disminuir los diferentes tipos de violencia en las y los adolescentes poniéndose énfasis en la violencia sexual				52,144	223,698	275,842
5005200. Prevención familiar de conductas de riesgo en adolescentes familias fuertes: amor y límites				52,144	223,698	275,842
Total general	3,996,519	13,122,044	17,118,563	6,338,591	11,415,620	17,754,211

Fuente: MEF - Elaboración propia

Asimismo, el autor del informe resalta que al analizar el Producto Presupuestal 3000005 - Adolescentes acceden a servicios de salud para prevención del embarazo, la asignación presupuestal por adolescente (de 2014 y 2015) no mostraría relación con los resultados respecto de la tasa de embarazo adolescente (2014).⁶¹

61 Es así que de las cinco Regiones con las más altas tasas de embarazo adolescentes son: Loreto (30.4%), Amazonas (28.1%), Madre de Dios (24.4%), San Martín y Tumbes (24.1%). Para 2015: en las regiones de Amazonas, Madre de Dios y Tumbes, los Gobiernos Regionales presentan los menores (o nulos) presupuestos por adolescente (PpA), en el producto presupuestal en mención.

Cuadro 32. Resultados obtenidos en la tasa de embarazo adolescente (2014) y producto presupuestal 3000005 para adolescente por Región



Fuente N. Quiñones

En el Informe Final encontramos que, en cuanto a los desafíos planteados para la implementación, tanto para la Comisión Multisectorial como para el ente rector, estos apuntan a la necesidad de visualizar mejor las articulaciones intrasectorial e intersectorial de los procesos de gestión y de los sistemas de información (Seguro Integral de Salud – SIS, Sistema de Información en Salud – Registro diario de actividades de Salud – HIS, Sistema Integrado de Gestión Administrativa – SIGA, Sistema Integrado de Administración Financiera – SIAF, entre otros). También se alude a la necesidad de revisar la estructura del gasto y del financiamiento del presupuesto institucional, buscando reasignaciones de gastos no prioritarios hacia las actividades priorizadas, de tal forma que se cuente con los recursos necesarios que permitan lograr todas las metas establecidas.

En el corto plazo, se recomienda perfeccionar el diseño del Plan de Prevención de Embarazo Adolescente, mejorando las relaciones de causalidad que deben existir entre los factores y el problema específico. En el mediano plazo, se sugiere implementar un programa presupuestal de prevención del embarazo adolescente.

Finalmente, cabe precisar que en el Informe Final se reconocen los esfuerzos de los sectores en cuanto a normativa, sensibilización, difusión, cambios en la

mallas curriculares y aumento de la cobertura de aseguramiento del SIS (lo que a su vez permite acceder a los adolescentes a servicios de salud), entre otros. Sin embargo, del análisis de los avances en cuanto al Objetivo General del PMEA propuesto como meta, “Reducir la prevalencia del embarazo en adolescentes en 20%” (con la meta de reducirlo a 10.56% para 2021), teniendo como indicador base el 13.2% (ENDES 2012), el investigador encuentra que la prevalencia del embarazo adolescente se viene incrementando, alcanzando 14.6% en 2014.

6 MARCO DEL PRESUPUESTO MULTIANUAL 2016-2018⁶²

La Programación Multianual del Presupuesto 2016-2018⁶³ se basa en lo estipulado por el artículo 85° de la Ley N° 28411 – Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto, la cual señala que esta programación multianual es un proceso colectivo de análisis técnico, así como una toma de decisiones sobre las prioridades respecto de objetivos y metas que la entidad planea realizar para lograr los resultados esperados a favor de la población, además de considerar la estimación de los recursos necesarios para dicho logro.

Cabe señalar que dicho instrumento de gestión pública, formula las prioridades de gasto de las entidades estatales para un periodo de tres años, en el marco de las políticas públicas y las proyecciones del Marco Macroeconómico Multianual. Con ello, se asegura un escenario previsible de financiamiento en tres años, el cual no implica el compromiso definitivo de los recursos señalados, pues la programación se ajusta cada año, siendo de carácter referencial.

Esta programación multianual se elaboró sobre la base de la información del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2016.⁶⁴ Contiene las estimaciones de ingresos y gastos para la adquisición de bienes y la prestación de servicios a la población para el periodo 2016-2018. En la programación multianual están contenidas las intervenciones sociales del Estado dirigidas a la inclusión de las poblaciones vulnerables, canalizadas mediante los siguientes programas sociales:

CUNA MÁS: Niñas y niños menores de tres años y familias mediante el acompañamiento en el hogar.

62 Elaborado en el marco del artículo 85° de la Ley N° 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto, y modificatorias, que dispone que “El Ministerio de Economía y Finanzas elabora un informe de la Programación Multianual, en base al Presupuesto Anual del Sector Público, los topes establecidos en el Marco Macroeconómico Multianual y la Programación Multianual elaborada por las entidades del Gobierno Nacional, Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales”.

63 Programación Multianual del Presupuesto 2016-2018¹ DIRECCIÓN GENERAL DE PRESUPUESTO PÚBLICO MEF Enero 2016.

64 Aprobado mediante Ley N° 30372.

QALI WARMA: Desayunos y almuerzos escolares de niveles Inicial y Primaria a nivel nacional (nivel secundario solo en los pueblos amazónicos).

JUNTOS: Hogares de extrema pobreza con incentivo monetario por cumplir compromisos en salud, nutrición y educación, de sus hijos e hijas afiliados hasta los 19 años de edad.

Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual: Atención de víctimas de violencia familiar vía los Centros de Emergencia Mujer.

Sistema de Atención Médica Móvil de Urgencia – SAMU: Atención prehospitalaria y emergencias médicas a nivel nacional.

TRABAJA PERÚ: Personas desempleadas pobres y en extrema pobreza con empleos temporales.

PROEMPLEO: Formación y certificación de competencias laborales de jóvenes de escasos recursos económicos.

PENSIÓN 65: Adultos mayores de 65 años en situación de extrema pobreza.

VIDA DIGNA: Adultos mayores en situación de abandono.

SERVICIO VIDAS: Atención integral al niño recién nacido y mujeres embarazadas víctimas de violencia sexual o familiar.

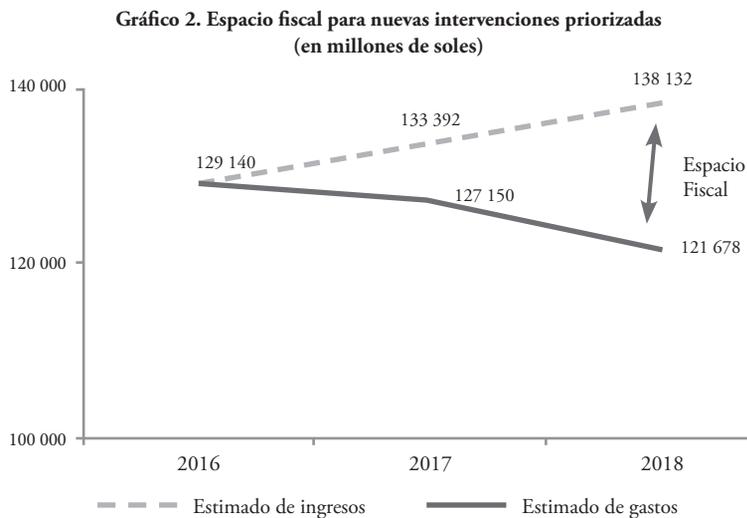
Programa Nacional de Becas y Crédito Educativo: Becas de pregrado, especiales y de posgrado.

Programa Pensión por Discapacidad Severa: Pensión a personas discapacitadas en situación de pobreza.

Debe tenerse en cuenta que en la programación multianual se establece el denominado “espacio fiscal”, el cual permite financiar mayores metas para los Programas Presupuestales, otras iniciativas de inversión y el mantenimiento de infraestructura construida, todo lo cual será evaluado en las fases de programación y formulación presupuestal de 2017 y 2018.

De esta manera, si se compara el estimado de ingresos con el estimado de gastos proyectados en el presupuesto de 2016, el espacio fiscal para 2017 y 2018 ascendería a S/. 6,242 millones y S/. 16,454 millones, respectivamente.

Cuadro 33. Espacio fiscal para nuevas intervenciones priorizadas



Fuente: MEF - Proyecto Presupuestal 2017

Como se señala, aquellas mayores metas y nuevas iniciativas de inversión que surjan en los años subsiguientes, deberán priorizar intervenciones dirigidas a la inclusión social, educación, generación de oportunidades, reforma de la salud, seguridad, orden público defensa nacional y justicia, infraestructura pública y modernización del Estado.

7 ALINEANDO LOS DESAFÍOS PRESUPUESTALES CON EL MARCO GLOBAL

ARTÍCULO 2 DEL PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES

El Artículo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado por Naciones Unidas en 1966, se ha convertido en un referente fundamental para la definición de políticas públicas, en especial de aquellas vinculadas al manejo de la economía y la inversión social, al establecer como marco de acción el “máximo de recursos disponibles”:

“Cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos.”

El máximo de recursos disponibles se convierte así en un principio fundamental de la política económica y social, y el avance de los derechos programados en el marco de este principio (DESC) es una obligación de los Estados que va más allá de su nivel de desarrollo, obligándolos a hacer todos los esfuerzos posibles para conseguir recursos en el ámbito del país, o por medio de la ayuda internacional. La falta de recursos adecuados no puede ser invocada como excusa por ningún Estado.⁶⁵

Por su parte, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas interpreta también que el “máximo de los recursos disponibles” del Art. N° 2 del Pacto, implica que el Estado debe desplegar todos los

65 Saiz, Ignacio. “Dotar de recursos a los derechos: Combatiendo la injusticia fiscal desde una perspectiva de derechos humanos”. En Nolan, Aoife, O’Connell, Rory y Harvey, Colin: *Derechos Humanos y Finanzas Públicas, Presupuestos y la Promoción de los derechos Económicos y Sociales*. Hart Publishing Oxford & Portland Oregon. 2013.

recursos nacionales posibles para contar con fondos que le permitan “concretar progresivamente los DESC”.⁶⁶

En esa ruta, el presupuesto del sector público se convierte en la herramienta más visible y concreta para garantizar el ejercicio pleno de los derechos económicos, sociales, y culturales. Adicionalmente, se debe examinar las partidas presupuestales orientadas hacia las funciones vinculadas con los DESC, así como priorizarse el gasto en los ejes especialmente sensibles, o como los denomina el Comité, las “obligaciones vitales del gobierno”. En el ámbito de la Salud, se puede considerar una prioridad atender la salud reproductiva y la inmunización.⁶⁷

Dos obstáculos que se pueden presentar para concretar los DESC al intentar conseguir el “máximo de recursos disponibles”, son los siguientes: 1) bajo la premisa de la “realización progresiva”, se puede extender los plazos ilimitadamente para la concreción de los DESC; y 2) las condiciones macroeconómicas y las coyunturas de crisis que influyen de hecho en la disponibilidad de recursos para sostener servicios públicos e intervenciones en materia de políticas sociales. Sin embargo, como señala el Comité, **aún en contextos difíciles los Estados deben actuar expedita y eficazmente para garantizar la realización de los DESC**; por otro, los Estados tienen a la mano la política fiscal, que consiste en usar la recaudación de ingresos y el gasto para influir en la economía, lo cual constituye el instrumento básico de la política estatal para impulsar el cumplimiento de los DESC.⁶⁸

ART. 4 DE LA CONVENCION SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO

La Convención sobre los Derechos del Niño, aprobada por Naciones Unidas en 1989, contiene el Art. N° 4, que resulta de especial interés para el impulso de políticas a favor de las personas menores de 18 años de edad. Dicho artículo estipula que los Estados Partes deberán adoptar todas las medidas administra-

66 El Comité es la entidad con la interpretación más autorizada del Art. N° 2 del Pacto. Ver Blyberg, Ann, y Hofbauer, Helena: Proyecto Art. N° 2 – Manual de difusión. Febrero 2014. Recuperado de www.internationalbudget.org/publications/ESCRArticle2.

67 Proyecto Art N° 2 - Economic, Social and Cultural Rights.

68 Saiz Ignacio, “Dotar de recursos a los derechos: Combatiendo la injusticia fiscal desde una perspectiva de derechos humanos”. Op Cit.

tivas y legislativas (entre otras) para concretar los derechos reconocidos en la Convención. Asimismo, en lo referente a los derechos económicos, sociales y culturales, se introduce el término “hasta el máximo de los recursos disponibles”, aludiendo al compromiso de los Estados Partes de implementar las medidas haciendo uso de todos los recursos posibles y, de ser necesario, contar con el apoyo de la cooperación internacional. Ello lleva a la exigencia de los Estados a gestionar y procurar recursos para implementar políticas dirigidas a atender a este sector de población.

Por otro lado, en referencia a los derechos de los adolescentes a la salud y el desarrollo, en el marco del Art. N° 4, el Comentario General del Comité de los Derechos del Niño⁶⁹ plantea que los Estados Partes deben establecer la normativa respecto de la edad mínima para tratamientos médico sin consentimiento de los padres (así como otros aspectos de la vida de los adolescentes),⁷⁰ y garantizar mecanismos de denuncia individual, de reparación no judicial y judicial, para asegurarles el acceso a servicios con una atención que proteja su derecho a la intimidad y confidencialidad.

69 Observación General No. 4, Comité de los Derechos Niño, La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño, U.N. Doc. CRC/GC/2003/4 (2003). Recuperado de: <http://hrlibrary.umn.edu/crc/spanish/Sgeneralcomment4.html>

70 Arts. 5 y 12 a 17. También se habla de la edad mínima para el consentimiento sexual y el matrimonio. Estas edades mínimas tienen que asumir que los menores de 18 años pueden ser titulares de derecho en concordancia con la evolución de sus facultades, madurez y en función de su edad.

CAPÍTULO III

Conclusiones

1. Las adolescentes tienen distintos perfiles. Algunas cuentan con educación Primaria, otras con nivel Secundario y/o educación Superior; muchas tienen pareja, otras son conviviente, algunas son madres solteras. Sus familias pueden ser urbanas o de origen rural; algunas tienen un entorno social saludable, otras enfrentan serios peligros y dificultades. Hay adolescentes que inician su vida sexual a los 12 años, otras son madres a los 14 años. Muchas madres adolescentes tienen afán de progreso, terminar sus estudios y tener un trabajo, otras están colaborando en los emprendimientos familiares. Algunas son “escolares-madres” y otras son amas de casa. Ello hace que las necesidades e intereses de las madres adolescentes sean notablemente diversos. Si a ello sumamos la dimensión intercultural, que habla de claves culturales desde comunidades indígenas y campesinas, pero también de las subculturas urbanas de las nuevas generaciones, tenemos entonces que el perfil del de las adolescente embarazadas y madres se hace más complejo y ello implica que la demanda social de este sector necesita de una respuesta estatal creativa, dinámica e innovadora en sus intervenciones, prestaciones y servicios. Reconociendo las competencias y recursos que existen en los distintos niveles de Gobierno desde un esquema de alianzas estratégicas, incentivando la participación comunitaria y rescatando las buenas prácticas que pueden encontrarse en el ámbito local, nacional y desde la experiencia internacional.
2. Las adolescentes tienen acceso a cierto nivel de información sobre métodos anticonceptivos (MAC), pero esto no implica necesariamente su

utilización. La renuencia a usarlos responde a una serie de ideas y circunstancias, como el temor de las adolescentes frente a los supuestos efectos negativos en su salud, actitudes indolentes, dificultades en la comunicación con los padres, brechas de género y brechas socioeconómicas, anhelo de disfrute sexual, inadecuada información sobre MAC, el deseo de ser madre y de asumir lo que es entendido como “responsabilidades adultas”. Como vemos, no basta solo con conocer cuáles son los MAC; las adolescentes tienen un conocimiento y manejo insuficientes de su sexualidad y de su cuerpo. Muchas veces no saben cómo detectar un posible embarazo. Sumado a esto, las adolescentes acogen ideas erróneas o mitos sobre los posibles o supuestos efectos de los MAC, o sobre los riesgos de tener relaciones sin protección, entre otras informaciones básicas que deberían quedar esclarecidas desde el primer momento. Por ello, la prevención necesita más y mejor calidad de información, trabajando las brechas de género, fortaleciendo la autonomía de las chicas, especializando la consejería, considerando su derecho a la privacidad y a la confidencialidad. Las y los adolescentes de todos los sectores socioeconómicos deberían contar con información sobre MAC y la forma cómo usarlos, así como acceder a ellos, para que puedan tomar decisiones libres, informadas y pensadas sobre su uso y la prevención del EMA.

3. El embarazo adolescente se produce también por “conductas displicentes”, de descuido o de riesgo, y ello lleva a un manejo inadecuado de los métodos de emergencia (AOE), así como a una potencial práctica de abortos clandestinos. Como hemos encontrado, se reporta además el inicio de la vida sexual desde los 12 años, y tenemos adolescentes menores de 14 que usan la AOE con frecuencia; esto marca una ruta esclarecedora de los temas pendientes en la implementación de la recientemente aprobada Nueva Norma Técnica sobre Planificación Familiar, con el fin de asegurar su acceso a las adolescentes.
4. Las adolescentes suelen acudir a las farmacias, así como a servicios de salud públicos y privados, para acceder a MAC y realizarse el despistaje del embarazo. El test de embarazo que se adquiere en las farmacias se convierte en el de más fácil acceso, el más rápido y de menor costo; sobre todo, permite confidencialidad a las adolescentes. En los Centros

de Salud, las adolescentes por lo general han asistido acompañadas de un familiar adulto para confirmar su embarazo o para acceder a MAC cuando ya han sido madres. Con menos frecuencia van a clínicas de sus barrios; la mayoría de estos casos se dan entre quienes viven en Lima. Debemos tener en cuenta que el acceso adecuado a MAC y a la atención de la salud sexual y reproductiva no está condicionado solo por la gratuidad; también depende de la oportunidad, y esta varía según el proveedor. Si una usuaria recurre a la farmacia, esto puede devenir en un trámite fácil y rápido, pues solo sería cuestión de comprar los MAC; de igual modo resulta si se va a un centro de salud privado, pues es solo cuestión de contar con el dinero. Pero si se trata de un centro de salud público, puede haber algunas complicaciones debido a los trámites y procedimientos, y esto también debe tomarse en cuenta con motivo de la aprobación de la nueva Norma Técnica de Planificación Familiar. En este punto, también debemos reconocer que, como parte de las políticas públicas, se debe tomar en cuenta al sector privado como proveedor de bienes y servicios (clínicas y farmacias), para optimizar la atención a las y los adolescentes.

5. Las adolescentes suelen enfrentar embarazos no planificados, y cerca de la mitad de ellas contempla la posibilidad de interrumpirlos (aunque, en los casos investigados, no lo hicieron). En este punto debe tenerse en cuenta que la penalización del aborto, implica que las adolescentes no tengan posibilidades de acceder a servicios especializados ni gratuitos. Sólo les queda como alternativa realizarse abortos clandestinos (con los riesgos que esto representa), o simplemente resignarse a tener el bebé.
6. Hemos encontrado que el embarazo adolescente en algunas situaciones, obedece al deseo (a veces explícito) de tener hijos, de ser madres, y de “adelantar la adultez”. Quizás se dé como una respuesta resiliente a contextos adversos en sus entornos más cercanos. Para algunas adolescentes, la maternidad temprana son una ruta de escape ante una realidad dura, una compensación a las carencias de afecto y cuidado familiar, les da un motivo para salir adelante y cierto estatus social en su comunidad. Teniendo en cuenta que para un sector de adolescentes la maternidad y la vida marital precoz no solo es parte de una circunstancia de la historia

personal, sino que forma parte de un proyecto de vida, habría que enfocar estas dimensiones del fenómeno en el marco de las políticas públicas para garantizar la atención de las madres adolescentes y sus nuevas familias.

7. Encontramos también que el embarazo adolescente está vinculado a una apuesta por el disfrute sexual, la búsqueda de placer y el goce inmediato sin medir las consecuencias. Con todo, debemos considerar que, mientras el sector de adolescentes en nuestras ciudades enfrentan mensajes de muerte y episodios de violencia descarnada, la decisión de ejercer la sexualidad más bien es una opción distinta, es optar por el impulso vital. Eros y Tánatos, las dos pulsiones básicas del ser humano, están presentes en el día a día de los y las adolescentes que enfrentan circunstancias precarias. La sociedad permanentemente les muestra que no hay un futuro para ellos y ellas, así este érotismo temprano se presenta como una forma de conectarse con la vida.
8. Vemos que una mayoría de madres adolescentes se encuentra en una relación sentimental con el padre de sus hijos, ya sea esta una relación de pareja (aunque no vivan juntos) o una situación de convivencia. Para estas adolescentes, tener pareja significa contar con cierta ayuda y vínculos con el padre y la familia paterna, contar con una compañía y poder mostrar socialmente la aceptación de la paternidad. Por otro lado, ser conviviente, les permite formar una nueva familia, contar con cierto sustento económico, tener apoyo en el cuidado del bebé por parte del padre y de la familia paterna, poder pensar en un proyecto de vida conjunto, además de otorgarles cierto estatus social de familia establecida. Encontramos muchos padres adolescentes y jóvenes que se comprometen con la madre y con el bebé. En el caso de la comunidad nativa migrante abordada (Shipibo-conibo), al parecer siguen vigentes las tradiciones originarias relacionadas con el consentimiento de la maternidad adolescente y la expectativa de la comunidad sobre la formación de nuevas familias. Por todo ello, las intervenciones sobre embarazos adolescentes necesitan considerar la dimensión de la paternidad, para que esta sea activa y gratificante. Asimismo, visualizar como beneficiarios a estas nuevas familias, para que tengan las condiciones necesarias para sostenerse a

futuro, siempre que se tome en cuenta la integridad de la adolescente y sus oportunidades de desarrollo. En un país como el nuestro, en el cual la ausencia paterna y la negación del reconocimiento de paternidad son problemas de larga data, este debe ser un aspecto clave a considerar para las políticas públicas.

9. Debemos enfatizar las evidencias recogidas que nos muestran a adolescentes con menos de 14 años de edad, iniciando su vida sexual con hombres mayores de edad, situación que infringe la ley, y por otro lado, tenemos adolescentes de 14 años y más que con consentimiento o propia voluntad, inician su vida sexual y establecen relaciones estables con hombres adultos, que en algunos casos les llevan muchos años de edad. En estos casos, no hemos encontrado una sanción social o moral, tampoco judicial (en las situaciones en que podría configurarse un tipo penal por acceso carnal con adolescente de menos de 14 años). Se debe reconocer que no es lo más saludable ni ético que un hombre adulto tenga relaciones sexuales con una adolescente de 14 años, más aún cuando este le lleva una gran diferencia de edad. La convivencia con un hombre mayor no es la mejor opción para una menor de edad. Nos llama la atención la normalidad que rodea estas situaciones, la tolerancia de la familia y la aceptación del entorno social más cercano. Ello nos muestra que lo que estaría activándose es una estrategia familiar y social destinada a “reparar” lo que se ha “dañado” y de resolver el problema del sustento de la madre y el bebé. Por otro hace visible la distancia entre la Ley y la dinámica social, y así por ejemplo en el caso de las adolescentes de origen nativo, estaría funcionando la preeminencia de la costumbre sobre la ley.
10. En sectores populares urbanos las familias, a pesar de las limitaciones, están teniendo una respuesta apropiada a la crisis que suele desencadenarse frente al EMA. Se produce un despliegue de la red de soporte parental para resolver la problemática; todo parece indicar que no se opta por “medidas extremas”, como podría ser expulsar a la adolescente de la casa u obligarla a interrumpir su embarazo. Aun con dificultades económicas o de otra índole, las familias de origen de la menor (o la familia del padre del bebé) brindan soporte emocional, moral y económico, entre otros. La red parental para el EMA es vital en la medida que suele ser

insuficiente la oferta de servicios locales, o en tanto la adolescente y su familia desconocen o no pueden acceder a los servicios públicos que les brinden algún tipo de apoyo, más allá de la escuela o el centro de salud. Sin embargo, el EMA implica una sobrecarga de tareas asumidas por la familia, y estas suelen recaer sobre las mujeres de las familias, usualmente en las abuelas de los bebés, y ello puede conllevar a una triple jornada de trabajo. La red parental de los hogares en barrios populares se moviliza, pero es obvio que necesitan también un soporte adicional que les ofrezca asesoría especializada y otros apoyos concretos, más aún si los abuelos son adultos mayores o si no tienen recursos suficientes. Durante el estudio encontramos entornos familiares con alta precariedad o de alto riesgo, y también casos de madres solteras sin apoyo familiar; en estos casos, la intervención se hace más compleja, así como más probable la posibilidad de la institucionalización de la adolescente y su bebé.

11. Los principales cambios experimentados por las adolescentes en su vida cotidiana como producto del embarazo y la maternidad, están relacionados con sus condiciones materiales (principalmente, vivienda y recursos económicos), su desempeño educativo, el uso del tiempo libre y también el trabajo productivo. El uso del tiempo libre (mencionado por las entrevistadas en Lima) se ha visto reducido debido a las exigencias de la maternidad. Para algunas de ellas, la maternidad implicó dejar de trabajar, cambiar de trabajo por uno más precario o empezar a trabajar para sobrevivir. La mayoría hizo mención a la carga de tareas domésticas, sobre todo aquellas que ya son madres y conviven, lo cual las afecta en otras dimensiones de su cotidianeidad como la educación, el trabajo y su recreación. Las adolescentes enfrentadas al embarazo precoz realizan grandes esfuerzos para que su vida diaria se adapte a una realidad contundente y definitiva como la maternidad.
12. Las escuelas también vienen desplegando grandes esfuerzos, facilitando información y orientando a las y los escolares (esto, mediante cambios en la currícula y el programa de Tutoría), dando facilidades para evitar la deserción escolar de las alumnas durante su embarazo y cuando ya son madres. La escuela también funciona en la detección temprana del embarazo (suelen conocer el embarazo aun antes que

la familia). La escuela avanza en cuanto a prevención, pero es evidente que está sobrepasada por las circunstancias y complejidades de los casos de EMA. Necesita, por otro lado, fortalecer sus capacidades, recursos y metodologías para mejorar la atención de las alumnas que son madres. La complejidad de los casos de EMA hace imposible que la comunidad educativa en las actuales condiciones pueda responder oportuna y eficazmente. Respecto de los servicios de salud, hemos ubicado avances en aspectos como sensibilidad y motivación del personal al atender a las madres adolescentes, o coordinar con otras entidades locales en búsqueda de apoyo; también gestionan eficazmente la provisión de una serie de orientaciones y apoyos a este grupo de adolescentes. Pero aún faltaría reforzar el aspecto de la atención especial a las adolescentes en el momento del parto, teniendo en cuenta su edad y el hecho de que son madres primerizas. Tanto en la escuela como en el centro de salud se necesita fortalecer la prevención a nivel local. Un aspecto clave es que ambas instancias no cuentan con los recursos suficientes para brindar atención integral y seguimiento a todos los casos, sobre todo los más críticos. Otro factor pendiente es mejorar la formación de capacidades del personal, tanto docente como personal de salud.

13. Otros servicios con muchas posibilidades de actuar y liderar a nivel local en el marco de esta problemática, son los servicios que dependen del MIMP. Por ejemplo el CEM, que lidera iniciativas de trabajo coordinado con otras entidades, y de prevención con el apoyo de sus especialistas. La Mesa Multisectorial sobre Embarazo Adolescente también cumple una función de acercamiento y coordinación. Por otro lado, el Centro de Integración Familiar (CEDIF) del INABIF muestra un modelo de servicio que viene funcionando eficazmente, que cuenta con infraestructura adecuada y que, según nos parece, puede ser empleado como un referente de servicio integral que ayudaría en la prevención del embarazo adolescente desde un enfoque integral, de acercamiento a la familia y de intervención en todos los grupos etarios. Aquí se realizan estrategias de prevención y atención, brindando una serie de prestaciones y servicios a los adolescentes en situación de vulnerabilidad o riesgo social; sin embargo, es evidente que resultan insuficientes los recursos humanos y

materiales con los que cuentan estos servicios para el trabajo extramuros, visitas domiciliarias, campañas de difusión, actividades de capacitación a agentes locales, etc. Asimismo, el reto es fortalecer con ellos una red de servicios locales para la atención del EMA, que aborde de manera integral todas las dimensiones de los casos atendidos y de la problemática local. Unido a esto, es definir un modelo de servicio especializado, teniendo en cuenta que hay propuestas como el Centro de Desarrollo Juvenil y la Casa Materna; además, a nivel local ya vienen funcionando servicios como la Casa Municipal de la Juventud y la DEMUNA, entre otros esfuerzos desde los diferentes niveles de Gobierno.

14. Un punto crítico es que las madres precoces entrevistadas (en Lima y Trujillo) y sus familias mantienen un nivel de desinformación considerable y debido a esto, no tienen acceso a programas sociales que podrían ayudarlas a resolver problemas cotidianos. También tienen un limitado de acceso a los servicios locales. Aun cuando, a través del Plan PMEA se trazan distintas coberturas de servicios desde los distintos sectores. Vinculado a lo anterior, las madres adolescentes han señalado que necesitan una serie de apoyos y servicios para resolver sus problemas cotidianos e impulsar sus metas a futuro, tales como conseguir apoyo para cursar estudios superiores, ayuda en alimentos y otros donativos, apoyo económico directo, ayuda en aspectos de salud, entrega de insumos y bienes para poner sus propios negocios, apoyo para el cuidado de su bebé y condiciones laborales que les permitan alternar con sus tareas de maternidad, orientación e información (psicología, nutrición), espacios de reunión de madres adolescentes, cursos cortos y mejora de las condiciones del barrio (seguridad, áreas verdes, áreas recreativas). Todo ello habla de la urgencia e acercar la oferta estatal a la demanda social, generar alianzas estratégicas, y sistematizar y compartir registros de usuarios potenciales, entre otros retos.
15. Consideramos que el EMA debe ser considerado también como síntoma de un entorno altamente violento y con anomia social, y a su vez como prioridad en una estrategia de enfrentamiento de la violencia y la delincuencia, desde un enfoque de seguridad humana. Por ello, debe tenerse en cuenta al sector de adolescentes embarazadas o madres infractores de

la Ley Penal, conectar con los servicios que atienden a las adolescentes infractoras, así como con las entidades donde están internadas las adolescentes y sus hijas e hijos.

16. Vemos que existe una fuerte motivación en las madres adolescentes por la superación personal. Sin embargo, el logro educativo y la concreción de sus metas necesitan del soporte familiar, del apoyo del padre de sus hijos y, muy en especial, de una red de servicios locales que les den oportunidades en el corto y mediano plazo para que culminen la educación básica, la superior técnica o universitaria. Esto las ayudará a tener mejores perspectivas de inserción laboral o de organizar un propio negocio, según lo deseen o requieran. Estos primeros esbozos de proyectos de vida se han ido acoplado a las exigencias del cuidado de la prole y su nueva vida familiar. Obviamente, este afán de progreso va unido a una motivación particular que, además de ser expresión de una actitud resiliente, estaría influenciada por un entorno de relaciones de género menos tradicionales y por modelos femeninos exitosos.
17. En materia presupuestal y de políticas públicas, tenemos que la tendencia ha sido que el sector etario de 12 a 17 años y la problemática del, Salud y Protección Social (más del 80%), se concentra en la función Educación y se distribuye en otros PP tan variados como los de Saneamiento Rural, Saneamiento Urbano, Bono Habitacional, Materno Neonatal, JUNTOS y Cuna Más, entre otros. El GPNNA para 2017 asciende a S/. 28,364 millones. En el proyecto de Ley del Presupuesto Público 2017, la suma asciende a S/. 142,472 millones, y tiene entre sus prioridades la Educación y la Salud; aquí el GPNNA sigue la tendencia de contar con un mayor presupuesto para el PP de Logros de aprendizaje de estudiantes de la educación básica regular. Por otro lado, al analizar el Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal, en el cual se incorporan algunos productos dirigidos a intervenir directamente en el embarazo adolescente, como se ha visto, ha sido mínimo el porcentaje de gasto (0.9%) del PP con una partida per cápita de S/. 4 por adolescente (entre 12 y 17 años). Por su parte, el Plan Multisectorial de Prevención del Embarazo Adolescente – PMEA 2013-2021, es sin duda un avance en materia de políticas públicas, pues ayuda en la visibilidad de esta problemática. Sin embargo,

como señala el Informe de Monitoreo del PMEA, a la fecha no se notan avances en el Objetivo Central, el cual consiste en reducir la prevalencia del embarazo adolescente. Se observa que su implementación se basa en diferentes partidas presupuestales de los distintos Sectores comprometidos, con diversidad de metas, objetivos, productos, y grupos etarios, y se identifica que menos de S/. 18 millones (a 2015) pueden ser atribuidos a un gastos directos, mientras que el resto (más de S/. 3,843 millones) son intervenciones indirectas. Como vemos, en estos instrumentos de gestión de políticas y asignación presupuestal hace falta definir una intervención directa integral, así como asignar un mayor presupuesto para enfrentar los retos pendientes, tales como mejorar el acceso a MAC, brindar una educación sexual integral, proveer servicios especializados para con ello reducir la prevalencia del EMA, etc. Resulta pertinente resaltar los planteamientos del Informe de Monitoreo y abrir el debate a las alternativas de rediseño del Plan, así como a la reestructuración del gasto y del financiamiento presupuestal institucional, hasta proponer el diseño de un Programa Presupuestal de prevención del embarazo adolescente.

18. Entre las oportunidades que nos muestra el contexto, primero debemos rescatar el denominado “espacio fiscal” de la Programación Multianual del Presupuesto – 2016-2018, pues permite entrever la posibilidad de financiar mayores metas respecto de los Programas Presupuestales y otras inversiones. Por otro lado, debemos tener en cuenta que, entre las prioridades para el período mencionado están la inclusión social, la generación de oportunidades y la reforma de la salud. Asimismo, el enunciado del Artículo 2° del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, acerca del “máximo de recursos disponibles”, al igual que el Art. N° 4 de la Convención sobre los Derechos del Niño, resultan de suma utilidad para guiar los esfuerzos de los diferentes niveles de Gobierno con el fin de mejorar la asignación presupuestal, focalizando así esfuerzos en el grupo etario de los adolescentes y en especial en la problemática del EMA. Finalmente, se debe considerar los Objetivos de Desarrollo Sostenibles a 2030, recientemente aprobados por Naciones Unidas, los cuales marcan el derrotero de las metas que los Estados deben priorizar para los próximos 15 años.

CAPÍTULO IV

Recomendaciones

1. Frente a una demanda social notoriamente diversa y compleja, la oferta estatal debe estar dispuesta a renovar enfoques, conceptos, metodologías de intervención y acondicionar, de acuerdo al perfil de la usuaria, las prestaciones y servicios. Ello requiere de un sistema de indicadores, monitoreo de actividades y evaluación de impactos, de un levantamiento de data cuantitativa y cualitativa, junto con un trabajo de campo que pueda identificar dónde están los grupos más vulnerables, cuáles son los entornos de mayor riesgo, donde están los puntos críticos de la respuesta estatal, y cuál es el nivel de satisfacción de las usuarias: tanto las madres adolescentes como sus nuevas familias y sus familias de origen. La respuesta estatal debe ser dinámica, innovadora, creadora de modelos nuevos y receptora de buenas prácticas. Un factor fundamental es fortalecer el trabajo articulado entre los distintos niveles de Gobierno (especialmente entre los Locales), entre Ministerios, entre el sector público y el privado, y la sociedad civil. Esta perspectiva multisectorial debe fortalecerse desde el nivel local.
2. Se necesita que, en la estrategia de prevención del embarazo adolescente, se enfatice contenidos y metodologías dirigidas a fortalecer la autonomía de niñas y adolescentes, entendida como la capacidad de tomar decisiones, de defender la integridad de su cuerpo y su sexualidad, de tener el poder de decir que “no”, así como de asumir responsablemente la sexualidad y salud reproductiva. En segundo término, es prioridad que las adolescentes tengan las habilidades para construir su propio proyecto de vida, en el cual el progreso personal y el bienestar sean prioritarios.

En tercer término, se debe empoderar a las adolescentes en el ejercicio de la ciudadanía; esto implica movilizar recursos en los espacios donde las adolescentes normalmente socializan, tales como la escuela, las organizaciones de barrio, las parroquias, etc.

3. La prevención del embarazo adolescente debe combinar la información con la formación. Se necesita de un aspecto formativo que enfatice la sexualidad y la reproducción como derechos que también implican responsabilidades, y que tienen una dimensión ética que los conecta con la esencia del ser humano. La prevención debe considerar enfáticamente las brechas de género, revalorando la paternidad y abordando los imaginarios colectivos que suelen despreciar lo femenino (sobrevalorando la sexualidad masculina, menospreciando la paternidad, idealizando de la maternidad, etc.). La prevención debe reconocer que es distinto abordar a adolescentes que tienen conductas antisociales y que se desenvuelven en espacios peligrosos; con ellas y ellos, la estrategia deberá ver en simultáneo posibilidades de intervenir en las familias, o en caso de no ser posible, institucionalizarlas.
4. Se debe mejorar la estrategia de prevención en la escuela, capacitando y sensibilizando a la plana docente para fortalecer sus habilidades de detección temprana de factores de riesgo y de situaciones de embarazo en las escolares. A la plana docente se le debe brindar facilidades para que cuenten con espacios de debate e intercambio sobre la problemática de sus escolares, con la finalidad de que puedan apoyarlos en el seguimiento de sus proyectos de vida, con asesoría y acompañamiento en temas de salud sexual y reproductiva, así como de embarazo adolescente. Asimismo, se necesita orientar a las familias, a las madres y padres de los y las escolares, y en casos de disfuncionalidad familiar se debe tener la posibilidad de derivarlos a los servicios especializados de la localidad. Creemos que, si bien son importantes el curso de Relaciones Humanas y el programa de Tutoría, la prevención en la escuela necesita de un equipo de especialistas en el tema y en consejería para adolescentes, que de preferencia no pertenezcan a la plana docente, y que puedan garantizar la confidencialidad y la privacidad de los escolares. La prevención debe entender que las brechas de género implican, entre muchas otras cosas, el tabú de hablar

de sexualidad y de salud reproductiva entre las adolescentes, así como el desprestigio social si ellas se muestran muy interesadas o activas en estos aspectos. Por eso, cualquier iniciativa de información debe prever espacios propios para chicas, grupales e individuales. Igualmente, si se aborda a varones escolares, se deberá tener en cuenta que los imaginarios y discursos sobre sexualidad, que suelen basarse en el desprecio de las mujeres, en la legitimación de la violencia y el acoso sexual contra sus compañeras y en el descrédito de aquellas compañeras que tienen una vida sexual activa. La prevención en la escuela necesita más y mejor calidad de información; además debe ir acompañada de una dimensión formativa que además de las brechas de género, fortalezca la autonomía y empodere a las escolares.

5. Además de trabajar en la prevención, la escuela necesita diseñar una estrategia de atención a la escolar gestante y a la escolar madre. Con la normativa que evita la deserción escolar, tenemos que las escuelas vienen desarrollando una serie de medidas, como por ejemplo dar “licencias de maternidad” antes del parto para que las escolares no pierdan el año y sigan con sus clases en casa; luego, cuando regresan a clases, se les da permisos especiales por algún motivo vinculado con el bebé, y en algunos casos las escolares van con sus hijos al colegio. Tenemos también algunas escolares que abandonan el colegio por la vergüenza que les causa la gestación o cuando dan a luz. Todo ello configura una serie de circunstancias y exigencias que sobrepasan largamente las capacidades de la escuela y la plana docente. En este sentido la escuela, con el apoyo y asesoría de especialistas, debe plantear una estrategia de atención del EMA que implique contar con un registro de las escolares en esta situación, su derivación a servicios locales, el seguimiento de su desempeño escolar en el domicilio, el monitoreo de su entorno familiar, contar con un espacio apropiado para atención de emergencias y la atención del bebé en el colegio, así como campañas e iniciativas que movilicen a toda la comunidad educativa, docente y familiar, para fortalecer capacidades, recursos y metodologías de cara a mejorar la atención de la alumna madre. La complejidad de los casos de EMA en entornos de alta peligrosidad vuelve urgente que, en la estrategia de atención, se incorpore la dimensión de seguridad en la escuela, para aportar en el control de los factores de

- riesgo que afectan a los escolares dentro del colegio y alrededores.
6. Desde los servicios de salud, aún falta reforzar la oferta de servicios especializada en madres adolescentes, fortalecer recursos humanos y materiales para el seguimiento y brindar apoyo a los casos sociales, así como mejorar la atención en el momento del parto teniendo en cuenta su edad y el hecho de ser madres primerizas.
 7. Para el Sector Salud sigue siendo un reto el acceso a MAC, por ello fortalecer una estrategia de itinerancia en las prestaciones y servicios de salud puede resultar de suma utilidad. De esta manera se llegaría frecuentemente a todos los barrios urbanos, así como a las poblaciones más alejadas y pobres en la zona urbana y rural, garantizando la atención a quienes por diferentes razones (falta de recursos, discapacidad, prohibición de los padres, etc.) no pueden asistir a un centro de salud. Se tendrá que conectar esto con otros espacios de organización de base vecinales, fortaleciendo las redes y las iniciativas de trabajo comunitario que existen en todos los barrios. Un aspecto relacionado con esto es avanzar en la cobertura del SIS para el acceso universal de las y los adolescentes pobres. A esto debe sumarse una estrategia mediática que incida en los costos del embarazo adolescente, la paternidad responsable, la maternidad segura y los derechos y deberes sexuales y reproductivos.
 8. Un punto de inflexión y una oportunidad única para el Sector Salud de mejorar y ser innovadores, se abre en la coyuntura de la implementación de la recientemente aprobada Nueva Norma Técnica sobre Planificación Familiar, para asegurar el acceso de los adolescentes. En los procedimientos y protocolos se debe tomar en cuenta que la edad de inicio de la vida sexual es cada vez menor, que se está dando un uso inadecuado de la AOE, que las adolescentes no suelen ir solas al centro de salud, y que si van acompañadas de un familiar es para confirmar el embarazo, para sus controles de gestante y para colocarse un MAC, mas no para prevenir un posible embarazo. Por otro lado, en el centro de salud público puede haber algunas complicaciones debidas a los trámites, demoras y procedimientos; esto también debe tomarse en cuenta. El aspecto de la institucionalidad a veces juega en contra de ellas. Por otro, como parte de las políticas públicas se debe tomar en cuenta al sector privado proveedor

de bienes y servicios, para trabajar con estas entidades y se optimice la atención al sector adolescente.

9. Debe abrirse espacios de debate y reflexión multisectoriales, a fin de ofrecer alternativas para la madre adolescente frente a un embarazo no deseado (como, por ejemplo, procesos de adopción). La adopción en el Perú enfrenta serias dificultades, por lo cual debería ser replanteada para que los procesos sean más rápidos y la madre adolescente reciba una consejería oportuna, contando con servicios gratuitos para la asesoría especializada. Este punto cuenta con una oportunidad valiosa, en tanto el MIMP ha anunciado la reestructuración de su oficina competente en adopciones. Junto con ello, debe retomarse el debate sobre la interrupción del embarazo en casos de violación o de embarazo no deseado, considerando las pocas posibilidades que tienen las menores de edad al tomar estas decisiones cuando se vinculan a hombres de mayor edad, o en el caso de menores que han sido captadas para crímenes como la trata y la explotación sexual. Se debe garantizar también el acceso oportuno y gratuito de la AOE en los servicios públicos de salud y en cualquier otra dependencia donde la menor reciba la primera atención médica.
10. Teniendo en cuenta las expectativas de superación y las necesidades urgentes de las madres adolescentes y de sus entornos familiares, se hace indispensable un soporte institucional, más aún si la familia de origen de la menor son adultos mayores, si hay algún caso de enfermedad grave o discapacidad, o si la familia no cuenta con recursos suficientes. En ese sentido debería impulsarse el acceso a los programas sociales que ya existen (JUNTOS, Qali Warma, Vida Digna, Pensión 65, Beca 18, etc.). También debe barajarse la posibilidad de institucionalización de la adolescente y su bebé, en las entidades respectivas, en caso de darse una situación de alto riesgo.
11. Por otro lado, si la demanda social no puede ser satisfecha vía estos programas sociales, debería pensarse en una iniciativa estatal de apoyo económico condicionado a la madre adolescente y su bebé. Condicionado, por ejemplo, a terminar la escuela y continuar sus estudios, ir al servicio de salud, inscribir al bebé en el SIS, entre otros.
12. Para madres y padres adolescentes, debería enfatizarse el acceso a Pro-

gramas de Formación Laboral y becas educativas. Las madres adolescentes necesitan acceder a servicios de cuidado diurno, para que puedan estudiar, trabajar o formarse laboralmente. También debe promoverse el soporte a la paternidad activa, permisos neonatales y licencias de paternidad

13. Asimismo, en las iniciativas de desarrollo urbano, hábitat y vivienda, debería brindarse especial apoyo al sector de madres adolescentes para que ellas puedan construir, mejorar o acceder a una vivienda social. Las madres adolescentes y sus nuevas familias, necesitan también espacios para su recreación, socialización y cultura, los cuales deberían ser accesibles en el ámbito local. Se debe promover en coordinación con las Municipalidades, campañas de matrimonio masivo, de reconocimiento de la paternidad, pensión de alimentos, partidas de Nacimiento, acceso al DNI, entre otros.
14. Es urgente la difusión de la normativa penal que castiga las agresiones sexuales y acceso sexual con menores de edad, trata y explotación, tanto en el ámbito de las autoridades locales, escuelas, iglesias, etc. Se debe generar un espacio de debate sobre la normativa respecto de la integridad sexual de las menores de edad, así como del balance de las consecuencias de la sentencia del Tribunal Constitucional de 2012 (que despenaliza las relaciones sexuales con menores entre 14 y 18 años). Debe realizarse un acercamiento a las instituciones representativas de las poblaciones indígenas para abrir el diálogo sobre EMA, así como coordinar con las Comisiones de la Mujer, de Poblaciones Indígenas, de Salud, de Trabajo y de Economía del Congreso para desarrollar Audiencias Públicas, realizando incidencia para propuestas legislativas y de fiscalización.
15. Es imprescindible implementar la red de servicios locales de prevención y atención del EMA. Esta red debe articular planes, intervenciones y productos, así como garantizar la atención integral y la derivación oportuna. El registro único de madres adolescentes se hace indispensable para que cada caso, según su situación, pueda acceder a las diversas prestaciones según la oferta de servicios locales. Si la red funciona como sistema de referencia y contrarreferencia, podría asegurar el seguimiento de la madre y el niño, garantizando resultados para la intervención

multisectorial. Además de contar con data actualizada, debe procurar la posibilidad de colocar a las usuarias en albergues temporales y accionar el sistema judicial cuando sea necesario.

16. Además de lo anterior, se debe definir un modelo de servicio local que asuma la prevención y la atención del embarazo adolescente. Hemos encontrado un referente importante en el CEDIF del MIMP, que brindan atención integral a la familia. Debemos revisar otras propuestas, tales como la creación de los Centros de Desarrollo Juvenil, la Casa Materna, entre otros que ya figuran en los diferentes planes y programas. Resulta oportuno recoger las experiencias municipales dirigidas a atender menores de edad y jóvenes, tales como las DEMUNA y las Casas Municipales de la Juventud. Desde el enfoque de seguridad humana, debe tenerse en cuenta al sector de adolescentes embarazadas o madres infractoras de la Ley Penal, considerando aquellas entidades donde se encuentran internadas las madres privadas de su libertad y sus hijas e hijos. Debe rescatarse la importancia de generar alianzas estratégicas entre el sector público, las empresas, universidades, organismos de cooperación y la comunidad organizada, a fin de canalizar recursos humanos y materiales en el ámbito local.
17. Urge desarrollar una estrategia de incidencia política para posicionar la agenda de la adolescencia y sensibilizar a los decisores públicos acerca de la problemática del EMA, haciendo visible los “costos de oportunidad de por vida”, lo cual mide el ingreso anual no percibido por la madre adolescente en el transcurso de su vida; así como haciendo alusión a “los años de vida perdidos” en razón de la mortalidad materna y la esperanza de vida. Resulta clave sustentar dicha estrategia de la mano de herramientas como el Art. 2° del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y la noción de “máximo de recursos disponibles”, y el marco provisto por los Objetivos de Desarrollo Sostenibles a 2030.
18. Es indispensable repensar los alcances de los planes y presupuestos con los que se ha pretendido abordar la problemática del EMA. Por ello, se debe avanzar en la preparación de una propuesta de Programa Presupuestal, la cual defina una intervención que tenga por objetivo central la

prevención y la atención del EMA. Dicho PP deberá focalizarse en los aspectos críticos, tales como el acceso a métodos anticonceptivos, prevención y educación sexual integral, atención especializada de la salud de la adolescente embarazada y madre, consejería en temas de violencia familiar, pautas de crianza para la primera infancia, servicios de salud mental, detección temprana de posibles discapacidades, y proveer otros servicios especializados para la nueva familia. entre otros.

BIBLIOGRAFÍA Y OTRAS FUENTES

- Beltrán Arias, Dante. PERÚ 2015: Presupuesto Público dirigido a Niñas, Niños y Adolescentes. Dirección General de Presupuesto. MEF. Lima, 2015.
- Blyberg, Ann y Hofbauer, Helena. Proyecto Art. 2°. Manual de difusión: “El uso máximo de los recursos disponibles”. Febrero, 2014. Recuperado de: www.internationalbudget.org/publications/ESCRArticle2
- Castro Avilés, Fátima. “El consentimiento sexual de menores”. En: Cuadernos de Investigación. Instituto de Investigación Jurídica. Facultad de Derecho, Universidad San Martín de Porres. Año I, N° 1. Lima, marzo 2013.
- Comité de los Derechos Niño. Observación General N° 4 – La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño. Doc. CRC/GC/2003/4. UN, 2003. Recuperado de: <http://hrlibrary.umn.edu/crc/spanish/Sgeneralcomment4.html>
- Diario El Peruano. Normas Legales – Aprueban Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar, Resolución Ministerial N° 652-2016/MINSA. Viernes 2 de setiembre de 2016. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/323029547/NORMA-TECNICA-DE-SALUD-de-Planificacion-Familiar>

- Dirección General de Presupuesto Público – MEF. Programación Multianual del Presupuesto 2016-2018. Enero 2016. Recuperado de: https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_public/pres_multi/Presupuesto_Multianual_2016_2018.pdf
- Encuesta Demográfica y Salud Familiar del Instituto Nacional de Estadística e Informática. Recuperada de: http://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2015/documentos/09/balance_smn_2013-2014_cen_10_07_14_vfinal.pdf
- Grupo de Trabajo Salud Materno Neonatal. Reporte de Balance del Año 2013 y Perspectivas en el Marco de los Acuerdos de Gobernabilidad 2015-2018 – Seguimiento Concertado al Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal (SMN). Versión aprobada por el CEN 10 de julio de 2014.
- Melgar, Lucía. “Adolescentes traicionadas: derecho a la salud, el bienestar de las jóvenes y las omisiones del Estado”. En: *Violencia de género, Juventud y Escuelas en México*. Pág. 137-144. Cámara de Diputados-CEAMEG. México DF, 2014.
- Mendoza, Walter y Subiría, Gracia. *El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas*. UNFPA. Lima, 2013.
- Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza. Reporte de Balance del año 2013 y Perspectivas en el marco de los Acuerdos de Gobernabilidad 2015-2018. Grupo de Trabajo Salud Materno Neonatal seguimiento concertado al Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal (SMN). Recuperado de: http://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2015/documentos/09/balance_smn_2013-2014_cen_10_07_14_vfinal.pdf
- Ministerio de Economía y Finanzas. *Proyecto de Ley Presupuesto, Equilibrio y Endeudamiento Año fiscal 2017*. Setiembre de 2016.

- Ministerio de Salud - DISA LIMA SUR. Boletín Epidemiológico de la Dirección de Salud Lima Metropolitana. SE N° 27 - 2016 (del 03/07/2016 al 09/07/2016). Recuperado de: <http://disalimasur.gob.pe/administrador/application/views/templates/uploads/1470167778.pdf>
- Ministerio de Salud. Plan Multisectorial de Prevención del Embarazo Adolescente 2013-2021. Recuperado de: <http://www.unfpa.org.pe/Legislacion/PDF/20131106-MINSA-Plan-Prevencion-Embarazo-Adolescente.pdf>
- Ministerio de Salud. Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal. Recuperado de: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd045364/PlanEstrate09.pdf>
- Ministerio de Salud. Programa Presupuestal 0002 Materno Neonatal. Recuperado de: <http://www.minsa.gob.pe/presupuestales2015/index.asp> y de: http://www.minsa.gob.pe/presupuestales2015/archivos_apelacion/definiciones/Definiciones_operacionales.pdf
- Nuevo Código de los Niños y Adolescentes (Perú). Aprobado en el Congreso el 21 de julio del 2000 mediante Ley N° 27337, promulgado el 2 de agosto del 2000 y publicado en el Diario oficial “El Peruano” el 7 de agosto del 2000. Recuperado de: <http://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dga/nuevo-codigo-ninos-adolescentes.pdf>
- Quiñones, Nilton. Informe de monitoreo de avances en la implementación del Plan Multisectorial de prevención del embarazo en adolescentes 2013-2021: Avances de las acciones de la Comisión Multisectorial Permanente e identificación de las actividades y presupuestos asignados por parte de los Sectores Participantes. UNFPA-MCLCP. Presentado el 25/08/2015.
- Quiñones, Nilton. Resumen de Presentación del informe de la consultoría: Informe de monitoreo de avances en la implementación del Plan Multisectorial de prevención del embarazo en adolescentes 2013-2021. 25/08/2015

Saiz, Ignacio. “Dotar de recursos a los derechos: Combatiendo la injusticia fiscal desde una perspectiva de derechos humanos”. En: Nolan, Aoife, O’Connell, Rory y Harvey, Colin. Derechos humanos y finanzas públicas, presupuestos y la promoción de los derechos económicos y sociales. Hart Publishing, Oxford & Portland. Oregon, 2013.

Otros enlaces:

Resolución Directoral 0343-2010 MINED.

<http://es.slideshare.net/Ipanaque/rd-0343-2010ed>

Ley que fomenta la reinserción escolar por embarazo.

<http://www.minedu.gob.pe/ditoe/xtras/DS-002-2013-ED.pdf>

Reglamento de la Ley de Embarazo Adolescente.

<http://tutoria.minedu.gob.pe/assets/ley-29600.pdf>

Lineamientos educativos y orientaciones pedagógicas para la ESI.

<http://tutoria.minedu.gob.pe/assets/lineamientos-educativos-y-orientaciones-pedagogicos-para-educacion-sexual-integral.pdf>

ANEXO Casos críticos

Caso Yami, SJM ausencia de padres

Yami es una adolescente, de 15 años (y 11 meses), con un bebé de 1 año, madre soltera, vive alojada con su hermana en la casa de la abuela materna. De sus padres biológicos, señala que su padre vive fuera del país (Argentina) tendría hijos y familia formada allá, y de su mamá no indica donde está, solo comenta que tiene un hermanito menor. Fuera de la entrevista en el entorno barrial, el rumor es que la mamá (36) de Yami, está purgando condena por un delito cometido.

De la entrevista vemos que la corta vida de Yami, antes del embarazo ha sido complicada. Nos cuenta que “dejo el colegio, me portaba mal, andaba en la calle con malas juntas”. La adolescente a los 12 años inicio su vida sexual y a los 15 salió embarazada, recién a los 6 meses supo que estaba embarazada. Del papá del bebé no sabe mucho, sólo indica que es mayor (25 años aprox), que firmó al bebé, y le pasa esporádicamente 20 soles y algunos pañales. Durante la entrevista, por un comentario de su abuela, Yami admite que el papá del bebé le pegaba. Fuera de la entrevista, hay un rumor que ella habría sido violada, y que fruto de ese episodio salió embarazada.

Ahora Yami, con su bebé, tiene urgencias económicas, pero la menor ha regresado al colegio, su casa está en un asentamiento humano pobre pero la vivienda es de material noble y con servicios básicos. Dice sentirse más tranquila y que hubo un cambio favorable en su vida con el embarazo. Yami, es una adolescente vivaz y sociable, cuya abuela (y su marido) han asumido el cuidado del bebé y de la adolescente.

Caso Eliani VES madre psiquiátrica

Eliani es una adolescente, de 15 años, embarazada, que convive con el padre de su bebé (también de 15 años) en casa de la abuela materna. Eliani es hija única, nos dice que vivió un tiempo en casa de su tía y luego volvió a la casa de la abuela.

Por el comentario de su abuela que la acompaña en la entrevista, nos enteramos que la mamá (40) de Eliani es paciente psiquiátrica, que ha estado internada varios años, ha seguido en tratamiento, está mejor y viviendo en la casa familiar. La abuela menciona que por el “mal comportamiento” de Eliani “la mandó a vivir donde su tía”. Y que estaba muy preocupada por su nieta “porque pensé que tenía el problema de su madre”

Eliani nos dice que ha dejado la secundaria por “vergüenza” en estos meses. Está conviviendo con el papá del bebé también adolescente. La abuela acota “el chico le dijo que aborte, porque no le cuentas lo que te dijo?” y hace una narrativa sobre la reacción grotesca del chico. Eliani es una adolescente bastante tímida, se le ve triste, avasallada por una abuela (que la acompaña) quién aparece desbordada, en parte por la situación (nos dice que necesitan ayuda para la menor y el bebé), y no tiene algún reparo en sus expresiones enfrente de la menor, para comentar sus temores que la adolescente tenga la enfermedad de la madre, la conducta de la madre, la reacción del padre adolescente, etc.

Caso Berti VES enfermedad del padre

Berti tiene 18 años, está embarazada. Esta conviviendo con el padre de su bebé (18) en su casa familiar. Dice que en el período que salió embarazada estaban pasando por una crisis familiar. Su papá estaba hospitalizado, en coma, por un problema de encefalitis. Su papá trabajaba en una empresa panadera. Toda la familia estaba preocupada por la situación. Ella estaba estudiando en la Universidad Administración de Empresas

(hasta fines del 2015) y tuvo que dejar de estudiar porque ya no había para pagar los estudios.

En esas circunstancias familiares, es que Berti sale embarazada, si bien ella y su pareja aceptaron positivamente el embarazo, ella dice “quisimos celebrar pero mi papa estaba aún en coma, mi hermana mayor aún no acepta mi estado, siento que a ella no le importa claro que mis demás familiares, mi familia me apoya y la familia de él”.

Caso Nayi Trujillo historia familiar de embarazo precoz

Nayi tiene 14 años, y un bebé de dos meses. Es madre soltera, y vive en casa familiar. Ella inició su vida sexual a los 13 años, ha usado anticonceptivos y también el AOE.

Dice haber estudiado hasta el 1ero de secundaria, y hace dos años “tuve que dejar el colegio, por problemas familiares”. Sobre retornar a los estudios dice solo que “piensa retornar al colegio” pero no se le nota muy convencida.

La mamá de Nayi tiene 29 años y 4 hijos, el menor de 1 año con su actual pareja.

Respecto al padre (17) de su bebé, Nayi nos dice que no tienen ninguna relación. Él no quería tenerlo.

Nayi dice que su mamá “me ayuda con la crianza del bebé”, en todo caso comparten ambas la crianza de dos niños pequeños.

Vive en Virú región La Libertad, y que vino a Trujillo, para dar a luz en el Hospital, fue cesareada y se quedó 5 días internada con su bebé. La situación económica en la casa familiar, al parecer es difícil, pero al menos la abuela paterna del bebé la apoya trayéndole leche y pañales.

Caso Rosy Trujillo pobreza y exclusión rural

Rosy es una adolescente de 17 años, tiene un bebé de dos meses. Conviene con su pareja en la casa familiar. Nos dice que este fue su segundo embarazo. A los 14 años tuvo su primer embarazo, pero el bebé no sobrevivió al parto.

Rosy proviene de una zona de la serranía en la Provincia de Otuzco (La Libertad), vivía allí con su familia, pero su papá falleció, y las dejó huérfanas a temprana edad, a ella y a su hermana. La mamá de Rosy luego tuvo otra pareja e hijos. En su pueblo Membrillar, logró estudiar la primaria hasta los 11 años, y nos dice “ya no quise estudiar, no tenía papá” haciendo alusión a problemas económicos. A los 13 migró a Trujillo y se puso a trabajar, a los 14 se fue a Chiclayo también en busca de trabajo.

Cuando tenía 14 años, se dio cuenta que estaba embarazada porque me empezó a crecer la barriga, me fajaba para que no se den cuenta, su prima es la que se enteró. Su primer enamorado, pensó en no tenerlo pero como estaba avanzado su estado ya desistió. Al final vino a dar a luz al Hospital Regional, la operaron de urgencia, pero el bebé no resistió.

Este segundo embarazo también no fue planificado, ella y su conviviente (21) se cuidaban, ambos trabajaban, ella en una tienda y por el embarazo tuvo que retirarse. Quería juntar dinero para tener su casa, ahora viven alojados en la casa de su suegra.

- 1 Blanci, VES. Ella quisiera volver a la universidad, pero por ahora no cuenta con recursos suficientes.
- 2 Quiere ingresar a la universidad para estudiar educación inicial.
- 3 Ella estaba dispuesta a reincorporarse a clases en octubre del año en que se realizó esta investigación (2016). A la fecha, ha obtenido un permiso especial por parte del colegio para no interrumpir sus estudios.
- 4 Madre de 17 años, estudió en la universidad pero retomaría en instituto superior.