

DESAFÍOS Y PRIORIDADES:

política de adolescentes
y jóvenes en el Perú





DESAFÍOS Y PRIORIDADES:

política de adolescentes
y jóvenes en el Perú

© Desafíos y prioridades: política de adolescentes y jóvenes en el Perú
Primera edición, setiembre 2018

Hecho el depósito legal en Biblioteca Nacional del Perú 2018-XXXXX

Sistema de Naciones Unidas en el Perú

Av. Jorge Chávez 275, piso 3, Miraflores
onu.org.pe

Investigación a cargo de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH):

Andrés G. (Willy) Lescano, PhD, MHS, MHS. Consultor Principal

Daniel A. Antiporta, MSc, MPH, Consultor Asociado

Ariela Luna, MD, MPH, Politóloga Senior

Enrique M. Saldarriaga, MSc (candidato), Asistente de Investigación

Carlos A. Santibañez, MSc (candidato), Asistente de Investigación

Percy Soto-Herrera, Asistente de Investigación

C. Mahony Reátegui, Asistente de Investigación

Edición:

Hernando Clavijo

Diseño y diagramación:

Rodolfo Loyola

El estudio fue encargado a la Universidad Peruana Cayetano Heredia por el Grupo Interagencial de Adolescencia y Juventud del Sistema de Naciones Unidas en Perú, conformado por: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), ONU Mujeres (ONU Mujeres), Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), Organización Internacional del Trabajo (OIT), Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y Voluntarios de las Naciones Unidas (UNV), la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). El grupo Interagencial es liderado por UNFPA y UNICEF, y tiene como objetivo principal contribuir al desarrollo integral y al pleno reconocimiento de los derechos humanos de adolescentes y jóvenes considerando su diversidad, mediante la coordinación, armonización y trabajo conjunto entre las diferentes agencias.

1000 ejemplares de este libro fueron impresos el 10 de setiembre de 2018
en los talleres de Mantaraya S.R.L, Calle 28, N° 151, Independencia, Lima

Impreso en Perú / *Printed in Peru*

CONTENIDO

Presentación	9
--------------	---

PRIMERA PARTE: POLÍTICAS MULTISECTORIALES

1. Adolescencia y juventud: los desafíos de base	13
2. Naciones Unidas: compromiso con la adolescencia y juventud	15
3. El Perú: institucionalidad pública y políticas multisectoriales	17
4. Adolescentes y jóvenes: protagonistas del desarrollo	20
5. Propuestas transversales para políticas de adolescencia y juventud	23

SEGUNDA PARTE: TEMAS PRIORIZADOS

6. Selección de áreas y temas priorizados	27
7. No culminación escolar en edad normativa	30
7.1 Situación	30
7.2 Políticas y programas	34
7.3 Desafíos y propuestas	36
8. Jóvenes que no estudian ni trabajan	37
8.1 Situación	37
8.2 Políticas y programas	42
8.3 Desafíos y propuestas	43
9. Violencia	44
9.1 Situación	44
9.2 Políticas y programas	54
9.3 Desafíos y propuestas	58
10. Suicidio en adolescentes y jóvenes	60
10.1 Situación	60
10.2 Políticas y programas	63
10.3 Desafíos y propuestas	65
11. Embarazo adolescente	67
11.1 Situación	67
11.2 Políticas y programas	70
11.3 Desafíos y propuestas	71

ANEXO: Experiencias internacionales de referencia sobre los 5 temas priorizados	75
---	----



PRESENTACIÓN

El Perú ha avanzado en el cierre de brechas y el progresivo cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. En los últimos 15 años la pobreza a nivel nacional bajó 28.4%, lo que significa que cerca de 3 millones de personas dejaron de ser pobres. Igualmente, la desnutrición crónica infantil bajó de 28% a 13% en los últimos 10 años, y la cobertura de los programas sociales se extendió a un universo de más de tres millones de escolares, 600 mil madres y 500 mil adultos mayores. El reto actual es que ese progreso llegue a más personas y que pueda sostenerse en el tiempo.

Hoy tenemos la invaluable oportunidad de hacer frente a ese desafío con un 36% de la población nacional entre los 10 y 29 años. Esto representa una oportunidad para la transformación social y económica del Perú. En el tránsito del país por el bono demográfico, los adolescentes y jóvenes peruanos deben ser la población prioritaria en el diseño de políticas para el desarrollo y tener una mayor participación en la toma de decisiones. Garantizar el pleno ejercicio de sus derechos, el acceso a servicios adecuados y de calidad así como a información oportuna y pertinente, es indispensable para potenciar sus oportunidades de crecimiento.

Los adolescentes entre 10 y 14 años en situación de pobreza se encuentran más expuestos a enfermedades vinculadas al consumo de tabaco, abuso de alcohol, dietas desbalanceadas y ejercicio insuficiente, situación que se agrava por la falta de información y escaso acceso a servicios de salud. La violencia en todas sus formas —física, psicológica y sexual— ejercida por sus pares y por los adultos que los rodean, afecta su bienestar, debilita su autoestima y dificulta su desarrollo. Las niñas y adolescentes, que además enfrentan la maternidad temprana, se encuentran en una situación aún más compleja y de mayor vulnerabilidad. No romper el círculo de la pobreza multidimensional significa perpetuar la pobreza intergeneracional.

Históricamente, la exclusión de los adolescentes y jóvenes por su edad se ha visto reforzada por factores como el sexo, discapacidad, etnia, orientación sexual y otras condiciones, conformando contextos de múltiple discriminación. Por ejemplo, las adolescentes mujeres son doblemente discriminadas debido a su edad y a su sexo. Sus voces no son escuchadas, no tienen poder para negociar prácticas sexuales protegidas, tienen mayores probabilidades de ser sometidas a uniones tempranas y son las más expuestas a situaciones de abuso sexual.

La inserción social y política de este grupo poblacional es hoy una necesidad imperiosa: la inclusión no solo repercutirá en su desarrollo integral, sino también impactará positivamente en los indicadores de bienestar y crecimiento del país. Los ejes principales para alcanzar esta meta son la educación y el empleo. Pero también se requieren de manera urgente políticas en materia de salud (incluida la salud sexual y reproductiva y la salud mental), prevención y atención de la violencia, protección, participación política, y acceso a la tecnología y a la cultura. Este conjunto promueve el óptimo desarrollo de los adolescentes y jóvenes peruanos.

Esta publicación sobre los desafíos y prioridades de la política de adolescentes y jóvenes en el Perú aspira a aportar datos cruciales sobre la situación en cinco ejes priorizados: culminación escolar, acceso a empleo, violencia, salud mental y embarazo adolescente. También incluye propuestas factibles que contribuyan a la toma de decisiones, a partir de las recomendaciones del estudio realizado por la Universidad Peruana Cayetano Heredia a solicitud del Grupo Interagencial de Adolescencia y Juventud de Naciones Unidas.

Esperamos que este documento sirva como herramienta viva para el diálogo entre los adolescentes, jóvenes, gobierno, empresa privada, sociedad civil y cooperación internacional. El objetivo compartido es que cada adolescente y joven peruano cumpla plenamente sus derechos y sueños, siendo ellas y ellos mismos la fuerza motriz para generar los cambios deseados, independientemente de su sexo, lengua, etnia, orientación sexual o lugar de residencia.

Para que el Perú alcance la Agenda 2030 debe avanzar en las políticas de adolescencia y juventud bajo un enfoque de derechos, género y pertinencia cultural. Hacerlo es una manera de acelerar el desarrollo pleno y sostenido del país y de garantizar que **nadie se quede atrás**.

MARÍA DEL CARMEN SACASA DE VENTURA

Coordinadora Residente del Sistema de las Naciones Unidas en Perú



PRIMERA PARTE

1

ADOLESCENCIA Y JUVENTUD: LOS DESAFÍOS DE BASE

La adolescencia y juventud son crecientemente reconocidas como un **periodo crítico de transición** personal, desde la dependencia de sus padres o cuidadores hacia la capacidad de valerse por sí mismo. Muchas decisiones relacionadas con la capacidad de ser autosuficiente ocurren en este periodo. La maduración biológica, el descubrimiento y desarrollo de la sexualidad, la autodefinición de identidad, las decisiones de estudios y trabajo son algunos de los pasos claves que ocurren durante la adolescencia y juventud, con repercusiones importantes a lo largo de toda la vida.

1.1. UNA TRANSICIÓN HERMOSA PERO FRÁGIL

La adolescencia y juventud conllevan **vulnerabilidades** relacionadas con los cambios que ocurren durante ese periodo: las transiciones de la escuela al trabajo, la mayoría de edad legal, la toma de más responsabilidades, la presión social por las decisiones, etc. Estas transiciones y decisiones pueden ser facilitadas o dificultadas por factores biológicos, psicológicos y sociales relacionados con el área de residencia, género y condiciones de vida.

El desarrollo adecuado de los adolescentes y jóvenes aminora el paso inter-generacional de la pobreza y asegura un crecimiento económico sostenible. Pero las dificultades de millones de jóvenes para lograrlo se reflejan en las clásicas brechas según género, ruralidad, etnia, nivel de ingreso, etc.: un entorno de crecimiento inadecuado limita el desarrollo individual y perjudica toda la sociedad. La ausencia de oportunidades de formación condiciona la empleabilidad futura y, por tanto, la capacidad de independencia. Asimismo, la inadecuada información y falta de servicios sobre salud sexual y reproductiva pueden resultar en el embarazo adolescente, limitar el desenvolvimiento social y la productividad de las madres jóvenes y condicionar el nivel de vida de sus hijos. En algunos casos, esto también propicia la transmisión de enfermedades de transmisión sexual incluido el VIH.

1.2. HACIA UNA PERSPECTIVA INTEGRAL Y DE LARGO PLAZO

Las acciones dirigidas a la niñez han hecho notables logros mundiales y regionales en incidencia política y asignación de presupuesto con un enfoque de curso de vida. La articulación de acciones por la infancia ha sido claves para avanzar objetivos comunes que no solo afecten su estado actual, sino que tengan repercusión a lo largo de las demás etapas de vida.

La temática de Adolescencia y Juventud representa un desafío más complejo para la gestión pública nacional e internacional. Las políticas públicas sobre jóvenes están generalmente enmarcadas en la transitoriedad propia de este ciclo de vida, dejando de lado programas de largo plazo y centrándose en acciones fragmentadas que tocan algún aspecto de la problemática pero sin articularse con otras acciones igualmente necesarias.

La particular vulnerabilidad de los adolescentes y jóvenes exige que las políticas públicas respondan con una **perspectiva integral y de largo plazo** a los derechos de esa población. Ello incluye:

- Un **enfoque de derechos**, en que cada adolescente y cada joven es considerado titular de derechos.
- Enfoques de **género** y de **interculturalidad**, para garantizar que esos derechos se realicen en la diversidad de contextos sociales.
- Un enfoque de **curso de vida** que vincula cada ciclo de vida con el siguiente y reconoce factores claves que trascienden una etapa particular. Toma en consideración todas las etapas de vida y el efecto acumulativo de cada etapa.
- Un enfoque de **paquete de intervenciones**, es decir un conjunto integrado de los servicios mínimos necesarios para el desarrollo óptimo de cada persona durante la adolescencia y la juventud, en lugar de la simple agregación de programas, políticas integrales multisectoriales que articulen espacios de bienestar, integración social y participación para un crecimiento sostenido de sus capacidades y condiciones de vida. Los detalles del paquete de intervenciones propuesto en este estudio se verán al presentar el conjunto de temas priorizados (capítulo 6, Segunda Parte del documento).

1.3. BONO DEMOGRÁFICO

Los adolescentes y jóvenes en el Perú cobran particular trascendencia porque el país está experimentando el “**bono demográfico**”, es decir un periodo en que la población en edad de trabajar de un país es mayor que la población dependiente (niños y adultos mayores). Se ha calculado que el bono demográfico peruano comenzó en 2005 y se extenderá al menos por 42 años. Este periodo sería para el Perú la oportunidad de acelerar y afianzar su desarrollo económico pues, como nunca antes en su historia, más del 63% de la población está en los años más productivos de su vida, entre los 15 y 60 años¹.

Aprovechar esta oportunidad única sólo será posible si los jóvenes llegan a su etapa productiva con las mejores condiciones para desarrollar todo su potencial. El inicio de la segunda década del bono demográfico en el Perú hace urgente identificar qué se está haciendo en las políticas públicas para garantizar un mejor presente y futuro para los adolescentes y jóvenes y, por tanto, para el país en general.

¹ Martínez, Ciro. El bono demográfico regional en el Perú. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Lima, 2012

Con la mencionada perspectiva integral y de largo plazo, y el compromiso de apoyar a los gobiernos en sus acciones por la adolescencia y juventud, el Sistema de las Naciones Unidas y varias de sus agencias han formulado planes globales y/o para América Latina y el Caribe. La tabla 1 presenta los principales documentos de referencia.

Tabla 1. Documentos recientes globales y regionales de Naciones Unidas sobre adolescencia y juventud				
	AGENCIA	ÁMBITO	DOCUMENTO	AÑO
1	Sistema de Naciones Unidas	Global	Swap Report: United System Wide Action Plan on Youth	2014
2	Fondo de Población de las Naciones Unidas / UNFPA	Global	Strategy On Adolescents And Youth	2013
3	Fondo de Población de las Naciones Unidas / UNFPA	LAC	Estrategia Regional sobre Adolescencia y Juventud para América Latina y el Caribe	2013
4	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia / UNICEF	Global	Estado Mundial de la Infancia: Los Adolescentes	2011
5	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia / UNICEF	LAC	Regional Guidance of Adolescents LAC	2014
6	Organización Mundial de la Salud / OMS	Global	Salud para los adolescentes del mundo: Una segunda oportunidad en la década	2014
7	Organización Panamericana de la Salud / OPS	LAC	Estrategia Regional sobre Adolescentes y Jóvenes 2010-2018	2010
8	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo / PNUD	Global	Estrategia del PNUD para la Juventud 2014 -2017	2014
9	Programa de Voluntarios de Naciones Unidas / UNV	Global	UNV Youth Volunteering Strategy 2014-2017	2013

Además, en el año 2015 la Asamblea General adoptó la Agenda 2030, conformada por **17 Objetivos de Desarrollo Sostenible**. Los siguientes Objetivos son explícitamente relevantes a la adolescencia y juventud, enmarcando los mandatos de la ONU arriba mencionados sobre esta población:

- Objetivo 1:** Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo
- Objetivo 3:** Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades
- Objetivo 4:** Garantizar una educación inclusiva y equitativa de calidad y promover oportunidades de aprendizaje permanente para todos
- Objetivo 5:** Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas
- Objetivo 8:** Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos
- Objetivo 11:** Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles
- Objetivo 16:** Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y construir instituciones eficaces e inclusivas que rindan cuentas

En este contexto, el Sistema de Naciones Unidas en el Perú apoya el trabajo del gobierno y de la sociedad civil a favor de los adolescentes y jóvenes. Un Grupo Inter-Agencial dedicado a esta temática promueve y coordina las acciones (por ejemplo, esta publicación). Las principales áreas en que las agencias trabajan para esa población se resumen en la Tabla 2.

Tabla 2: Principales áreas de trabajo de las agencias de Naciones Unidas por la adolescencia y juventud en el Perú

ÁREA DE TRABAJO / AGENCIA	Reducción de brechas sociales y económicas	Acceso y calidad en la educación	Comunicación social para el desarrollo	Protección y prevención	Acceso y calidad en la salud / salud sexual y reproductiva	Resiliencia ante crisis, conflictos o desastres	Liderazgo y participación	Producción y análisis de datos
PNUD	X					X	X	
OPS / OMS		X	X	X	X			X
UNICEF	X	X	X	X	X	X	X	X
UNFPA	X				X		X	X
ONUSIDA					X			
ONUMUJERES				X			X	
UNESCO		X	X					X
OIT	X							
Voluntarios ONU	X						X	

En el Perú, los adolescentes y jóvenes de 10 a 29 años representaban en el año 2015 el 36% de la población nacional, es decir cerca de 11.3 millones de una población total estimada de 31 millones².

Las instituciones que promueven temáticas relacionadas con adolescentes y jóvenes se encuentran a nivel estatal, no gubernamental y de cooperación internacional.

Un amplio número de organismos no gubernamentales realiza actividades en pro de los adolescentes y conforma la Comisión Nacional por los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (CONADENNA).

Las organizaciones estatales dirigidas a la población en general tocan de hecho a los adolescentes y jóvenes, pues ellos representan una significativa proporción de la población total. Para mejorar en cobertura y calidad la atención a esa población, algunas instituciones estatales tienen instancias especializadas en adolescentes y juventud. Esta sección se centra en tres de estas instituciones: la Defensoría del Pueblo, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) y la Secretaría Nacional de la Juventud (Senaju).

La **Defensoría del Pueblo** tiene como mandato defender los derechos fundamentales de la población peruana, la vigilancia del cumplimiento de deberes estatales y la prestación adecuada de servicios públicos. A través de su Adjuntía para la Niñez y la Adolescencia vela por los derechos de los adolescentes y la mejora de las políticas públicas dirigidas a este grupo etario. Los temas cubiertos van desde la educación hasta la violencia en los niños, niñas y adolescentes (NNA). La Defensoría también protege los derechos de los y las adolescentes a través de su accionar con la Justicia Penal Juvenil y los derechos de las mujeres a través de su Adjuntía para la Mujer. De esta manera, la Defensoría supervisa el cumplimiento de los derechos de parte del Estado o la vulneración de estos en grupos específicos a través de informes, no vinculantes para el Estado, que son ejecutados dependiendo del poder de abogacía y calidad de argumentos de la Defensoría.

La misión del **Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP)** incluye la rectoría de grupos vulnerables como niñez, adolescencia, adulto mayor, etc. La Dirección General de Niños,

² <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/population-estimates-and-projections>

Niñas y Adolescentes (DGNNA), que pertenece al viceministerio de Poblaciones Vulnerables, vela por el bienestar de niños y adolescentes, así como la coordinación, seguimiento y evaluación de las políticas públicas que les atañen. En 2017, el MIMP maneja un presupuesto de 438 millones de soles representando el 0.39% del Presupuesto Institucional Modificado (PIM) nacional; ello representa sólo una décima parte del presupuesto de otros ministerios como el MIDIS. El MIMP tiene una visibilidad mayor en los programas como Bienestar Familiar (INABIF) y Violencia Familiar y Sexual (PNCVFS), que concentran el 65% del presupuesto.

Su instrumento marco de políticas en adolescencia es el **Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia (PNAIA)**. Éste refleja la niñez y adolescencia como una de las prioridades políticas en los últimos 20 años, desde la suscripción de la Convención de los Derechos del Niño por el Estado peruano. Aunque el país ha tenido antes tres PNAIA, el actual tiene rango de Ley (año 2015) que hace su ejecución obligatoria. Para los adolescentes de 12 a 17 años, los objetivos del Plan incluyen la finalización de educación secundaria de calidad, intercultural e inclusiva; protección frente al trabajo peligroso; la postergación de la maternidad; disminución del consumo de drogas legales e ilegales; disminución de adolescentes involucrados en delitos; reducción del VIH/SIDA; servicios de salud de calidad y con pertinencia cultural; y acabar con la explotación sexual³. El seguimiento y monitoreo del PNAIA está a cargo de una comisión multisectorial integrada por ministerios, organizaciones y un representante de la Presidencia del Consejo de Ministros (PCM). Su rendición de cuentas tiene dos canales: el Sistema de Monitoreo y Evaluación (SIMONE) y la presentación anual de resultados que hace el presidente del Consejo de Ministros ante el Congreso. Dos evaluaciones se han previsto durante su vigencia: una en 2017 y la final en 2020.

La **Secretaría Nacional de la Juventud (SENAJU)** vela por el bienestar y desarrollo integral de la población joven del país, a través de la formulación y articulación de políticas públicas. La Senaju está adscrita al Ministerio de Educación como órgano asesor en materia de juventud, con alrededor de tres millones de soles como presupuesto anual y tres direcciones: Promoción, organización y gestión; investigación y desarrollo; y asistencia integral y monitoreo.

La prioridad temática de la Juventud promovida por la Senaju ha sido refrendada en las Políticas Nacionales de Obligatorio Cumplimiento (PNOC), cuyo punto 3 establece objetivos prioritarios y lineamientos para la Juventud. La Directiva RM 064-PCM en el 2016 permitió que la Senaju colabore de manera más cercana con los Ministerios a fin de mejorar los indicadores de monitoreo de las PNOC referentes a la Juventud. La Senaju también se apoya en el Pacto Iberoamericano de la Juventud, celebrado en Colombia en septiembre 2016, para hacer abogacía en los sectores involucrados en los 21 compromisos pro-juventud que el pacto expresa.

La Senaju elaboró el **Plan Estratégico Nacional de la Juventud (PENJ) 2016-2021** con la participación activa de las agrupaciones presentes en el Congreso Nacional de Juventudes 2011. Se hicieron consultas a 19 sectores estatales y se contó con el apoyo del UNFPA. El Plan expresa la política pública actual en 8 ejes: institucionalidad, participación, educación inclusiva y de calidad, salud integral, trabajo decente, cultura de paz, desarrollo sostenible y cultura e identidad.

³ <http://www.repositoriopncvfs.pe/wp-content/uploads/2015/10/Plan-Nacional-de-Accion-por-la-Infancia-y-Adolescencia.pdf>.

Se establecen metas y actividades por cada eje con miras al 2021 y se conforma un Comité Multisectorial de Monitoreo y Evaluación presidido por el MINEDU para la rendición de cuentas.

El MIMP y Senaju tienen un rol rector en políticas de adolescencia y juventud, pero hay **diferencias en el alcance** de su acción y capacidad de seguimiento. En el caso del MIMP, el PNAIA articula en su comisión multisectorial a 18 ministerios y organismos relacionados. En la exposición anual de resultados ante el Congreso de la República es obligatoria la rendición de cuentas. Por su característica articuladora, el PNAIA incluye los gobiernos regionales y sistemas de atención locales en el cumplimiento y monitoreo de actividades. Estas características, que facilitan la descentralización y el seguimiento, están aún pendientes de aprobación en el nuevo PNEJ de la Senaju, específicamente para fortalecer los Consejos Regionales Juveniles (COREJU) y la comisión multisectorial de seguimiento y evaluación. Los informes anuales del PNAIA (desde 2013) son herramientas clave para evaluar el plan, ver la situación de diferentes poblaciones y mejorar la implementación.

La Senaju ha promovido el análisis del estado de la juventud en el Perú, por ejemplo con la Encuesta Nacional de la Juventud 2011 y el Informe de Juventudes 2015, ambas herramientas de abogacía. Los informes semestrales de la PCM sobre el cumplimiento de las PNOC son una plataforma de rendición de cuentas que incluye un acápite sobre juventud, pero tienen menos atención que los informes ante el Congreso.

En el monitoreo de la política pública es también clave el seguimiento del gasto público. La comisión multisectorial del PNAIA ha establecido la estimación del Gasto Público en las Niñas, Niños y Adolescentes (GPNNA) desde 2013; el informe cuantifica el presupuesto y ejecución por categorías presupuestales de lo invertido por el Estado en cumplimiento de las metas del PNAIA. El GPNNA cuantifica la inversión, dónde se hizo (nivel de gobierno, sector, función, geopolítica, fuente de financiamiento) y cómo se gastó (categorías/clase de gasto). Este informe también identifica el gasto por ciclo de vida (por ejemplo halló un aumento anual promedio de 15%, desde 2013 para el grupo de 12 a 17 años).

La Senaju no ha realizado un seguimiento del gasto público en la juventud, aunque sí ha reportado que la inversión total en juventud en 2013 representaba el 2% del presupuesto nacional. El PENJ 2016-2021 contempla el seguimiento del gasto por nivel de gobierno y tipo de gasto.

Por último, los espacios de articulación entre la DGNNA y la Senaju son limitados. Actualmente abarcan los informes anuales de ambas instituciones y algunos instrumentos de política o proyectos (encuestas, reportes, voluntariado).

El enfoque basado en los derechos reconoce las personas como agentes que intervienen en su propio desarrollo, en vez de receptores pasivos de servicios. La participación de todos los sectores de la población es esencial al ejercicio democrático. Los adolescentes y jóvenes son actores particulares de la política pública porque son quienes mayor tiempo vivirán las consecuencias de lo que ahora se decida, quienes menos voz tienen por estar en proceso de independencia, y porque son la fuerza productiva más importante del país. Este último factor es vital en el proceso de bono demográfico que vive el Perú, que señaló el primer capítulo de este estudio.

Los adolescentes y jóvenes deben entonces ser tomados en cuenta para la toma de decisiones del país. Ellos tienen creciente conciencia de los problemas que enfrentan y de los cambios que esperan para sí mismos y el entorno en que se desarrollan. Los espacios de participación deben ser una ventana de expresión para todos los adolescentes y jóvenes del país.

Hacer efectivos estos espacios de participación en la agenda pública y las políticas del país atañe a los Objetivos de Desarrollo Sostenible 10 y 16, sobre inclusión política, ciudadanía y gobernanza.

Ello implica el difícil reto de fomentar una cultura democrática en medios culturales (hogar, escuela, barrio) donde suelen predominar las tradiciones de autoritarismo, machismo, racismo y acoso escolar.

La participación juvenil en el Perú tiene muchos espacios, incluyendo las asociaciones de jóvenes, los partidos políticos y algunos mecanismos sectoriales como los Municipios Escolares. Estos son detalladamente analizados por OCDE, 2017⁴. El Plan Estratégico Nacional de la Juventud propone la creación de un Consejo de Participación. Algunos programas y servicios para jóvenes incluyen formas de consulta con sus usuarios.

No obstante hay varios obstáculos en los jóvenes para esta participación. OCDE, 2017⁵ los resume en 4 factores:

- Desprecio a las instituciones y la política
- Los jóvenes prefieren espacios participativos lejos de la política partidaria

⁴ Estudio de bienestar y políticas de Juventud en el Perú. pag. 142

⁵ *ibid*, pag.144

- Muchos de los jóvenes activos en la esfera pública prefieren organizaciones que sigan la idea de la democracia de base
- Muchos jóvenes afirman que el Estado sigue siendo “adultocéntrico” en sus formas

Para profundizar en los problemas de la participación, esta sección se centra en los dos principales espacios estatales de promoción de la participación de adolescentes y jóvenes. Su análisis busca mejorar su capacidad de abogacía.

- Los **Consejos Consultivos de Niñas, Niños y Adolescentes (CCONNA)**, organizados por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), son espacios de participación integrados por 26 niños, niñas y adolescentes (NNA) entre 10 y 17 años de edad, elegidos democráticamente para representar cada región del país. Su finalidad es opinar en la formulación de políticas públicas. Sus opiniones y observaciones deben ser elevadas a la Dirección de Niños, Niñas y Adolescentes del MIMP.
- Los **Consejos Regionales de la Juventud (COREJU)** son organizados por la Secretaría Nacional de la Juventud (Senaju). Su población objetivo es la de 15 a 29 años, rango etario de definición de jóvenes en el Perú. Sus objetivos incluyen la promoción de iniciativas y emprendimientos de los jóvenes y la articulación entre el Estado, el sector privado y los jóvenes para la elaboración de políticas y planes concertados. Los COREJU se forman en coordinación con cada Gobierno Regional a partir de las organizaciones de jóvenes existentes avaladas por el Registro Nacional de Organizaciones Juveniles de la Senaju. Los COREJU son una dependencia de las regiones, aunque no tienen injerencia en las actividades de las gobernaciones ni sus consejos. El representante máximo de cada COREJU es un joven elegido como Secretario Regional. Para la participación de los jóvenes se brinda capacitación en la argumentación y formulación de ideas. La Senaju da apoyo técnico a los COREJU para la formulación de Planes y Agendas Regionales de la Juventud, visibilidad y formación de redes con otros COREJU, y gestión de intereses ante los gobiernos regionales⁶. Algunas regiones han conformado también Consejos Provinciales de Juventud (CPJ).

Entre los CCONNA y los COREJU hay cierta superposición por sus respectivos rangos de edad. Pero tienen enfoques distintos tanto en formación como en objetivos y funciones. Existe un problema fundamental en **la efectividad de ambos espacios**: la incidencia de la participación de los jóvenes sobre las instituciones en los tres niveles de gobierno. Aún no es sólida la relación entre las opiniones que los adolescentes y jóvenes puedan emitir, y la formulación de las políticas o su forma de implementación.

Por ejemplo, hasta el 2016 se ha venido organizando anualmente el Congreso de la Juventud, que reúne alrededor de 1,000 adolescentes y jóvenes elegidos en Foros Regionales para sentar posición sobre determinados temas que los atañen. El producto final de las jornadas es un acta, refrendada por la Senaju, que no ha tenido impacto significativo en la agenda pública nacional.

⁶ OCDE 2017, *ibid*, pag. 136

Se han identificado **dos problemas** de base para la participación en estos foros:

1. La **selección de los adolescentes y jóvenes** para los Foros Regionales y el Encuentro Nacional. Falta recambio en los adolescentes y jóvenes que participan en estos espacios; son las mismas personas las que participan y por tanto la diversidad de opiniones incluso dentro de las regiones es limitada. Esto incide en la legitimidad en la representación de los COREJU dentro de su región. La elección de los Secretarios Regionales (que puede ser por cargo de confianza del Gobierno Regional) y de los representantes de cada COREJU ante el Congreso de Juventudes puede producir descontento sobre su representatividad.
2. La **preparación para el Encuentro Nacional y los Foros Regionales**. La capacitación para que los adolescentes y jóvenes expresen sus ideas y emitan opiniones argumentadas no ha sido efectiva, quizá por su corta duración (por lo general un día) o la metodología empleada.

Los talleres de participación también son de corta duración; no permiten profundizar en la percepción y opiniones de los adolescentes y jóvenes, ni en la formulación de propuestas. Estos problemas repercuten en el valor real que se atribuye a las actas de cada encuentro, y su escasa conexión con la agenda pública del país.

Varias regiones no cuentan con un COREJU, en la mayoría de los casos por problemas de relacionamiento con autoridades (no se entiende la función de los COREJU y se teme injerencia en el gobierno). En algunas regiones aún no se lleva a cabo la elección del Secretario, lo cual sugiere los problemas de legitimidad antes mencionados. En ambos casos, la Senaju ha tenido un mayor acercamiento a las autoridades, brindando incluso asistencia legal para facilitar los procesos.

La Senaju ha considerado estos problemas y emprendido una reestructuración de los COREJU. Se propone la reformulación del Congreso de la Juventud, que pasaría a tener sólo 250 representantes. Estos provendrán de elecciones regionales en ejercicio del derecho a voto y la representatividad. Se aspira a tener alrededor de 2,000 adolescentes y jóvenes involucrados. Se espera que este espacio permita discutir la realidad regional y posibles soluciones nacionales. Para esto, la reformulación de los talleres de preparación es fundamental.

La incidencia de las ideas de los adolescentes y jóvenes sobre sus regiones y el Gobierno Central es el objetivo final. De ello depende en buena parte el prestigio de las organizaciones (COREJU, CONNA) y las entidades que las cobijan.

En todos los niveles sociales es creciente el consenso sobre la importancia estratégica de invertir en la adolescencia y juventud. Sin embargo, aún es necesario acordar criterios operativos sobre cómo hacer eficaz esa inversión.

Para clarificar esos criterios, este estudio realizó entrevistas con actores y expertos en la temática e hizo una detallada revisión documental.

Como resultado, se presentan a continuación 7 propuestas de solución a los principales retos transversales identificados en la política pública sobre adolescentes y jóvenes:

- 1. Fortalecer la abogacía por la inversión en adolescentes y jóvenes.** Dar mayor visibilidad a los adolescentes y jóvenes como agentes esenciales de desarrollo, con base en las estrategias relevantes del Estado peruano y de Naciones Unidas. Ello requiere una estrategia comunicacional de abogacía con enfoque de derechos. La campaña de incidencia debe dirigirse a la opinión pública general y a públicos específicos claves (tomadores de decisión, operadores y los adolescentes y jóvenes mismos).
- 2. Fortalecer la participación de adolescentes y jóvenes en las instituciones rectoras y sectoriales.** Asegurar mecanismos de participación democrática en el diseño, implementación y monitoreo de todas las políticas y programas dirigidas a esta población. Ello implica compartir información pertinente y oportuna y, sobre esta base, incorporar a los adolescentes y jóvenes en la toma de decisiones. Las instituciones sectoriales deben establecer o fortalecer mecanismos al efecto, incluyendo el tiempo y recursos necesarios en sus actividades regulares. El Consejo de Participación propuesto en el Plan Estratégico Nacional de la Juventud es un foro importante para ese propósito.
- 3. Implementar intervenciones multisectoriales culturalmente pertinentes,** orientadas a reducir las desigualdades. El diseño e implementación de las intervenciones deben ser analizados con actores locales y regionales. Un enfoque intercultural y de género es indispensable para afinar modalidades específicas a cada contexto que permitan reducir brechas.
- 4. Explorar una estrategia presupuestal multisectorial para el paquete de intervenciones priorizadas para adolescentes y jóvenes.** La Ley de Presupuesto podría reflejar el abordaje

integral en un paquete inicial de intervenciones que permitan presupuestar explícitamente para este grupo poblacional. En las intervenciones en que sea pertinente, reflejar en la normatividad un enfoque para adolescentes y jóvenes, revisar su expresión presupuestal y, de ser necesario, visibilizar los montos asignados a estos grupos etarios. Un paquete ilustrativo de intervenciones se verá al presentar los temas priorizados (capítulo 6 de este documento).

- 5. Fortalecer el monitoreo del paquete de intervenciones priorizadas.** Para el seguimiento de resultados, los diferentes sectores deben recoger y procesar coordinadamente información referente a adolescentes y jóvenes (como ya se hace con otros grupos considerados vulnerables). Se debe caracterizar adecuadamente la población adolescente y joven en las encuestas nacionales más importantes, así como en los registros administrativos sectoriales. Esta información permitirá mejorar la eficacia de las intervenciones. Debe acordarse una institución líder para estas tareas.
- 6. Ampliar la cobertura en regiones priorizadas.** La actual cobertura de las intervenciones y la focalización en grupos vulnerables son heterogéneas. Se requiere una ampliación de la cobertura de estas intervenciones a los sectores desprotegidos, especialmente en la región amazónica, comunidades rurales dispersas y marginales urbanas. La asignación presupuestal debe contemplar la prevalencia de los problemas intervenidos a nivel regional.
- 7. Incrementar el personal competente para el trabajo con adolescentes y jóvenes.** Para mejorar la calidad de los servicios brindados, asegurar una masa crítica de personal operativo capacitado para la atención de esta población. Se requiere una estrategia de recursos humanos, incluyendo capacitación e incentivos. La estrategia de capacitación debe incluir tópicos generales sobre la atención de adolescentes y jóvenes, y pautas específicas a cada sector o servicio. Ejecutar esta estrategia de manera escalonada para cubrir la totalidad del personal pertinente.

En línea con estas propuestas transversales, se harán propuestas de solución específicas a 5 temas priorizados en la Segunda Parte de este documento.



SEGUNDA PARTE

6

SELECCIÓN DE ÁREAS
Y TEMAS PRIORIZADOS

De las numerosas áreas de desarrollo que afectan los adolescentes y jóvenes, el Grupo Inter-Agencial de Adolescencia y Juventud de Naciones Unidas seleccionó 5 para ser profundizadas en este estudio: Protección, Educación, Empleo, Salud Mental, y Salud Sexual y Reproductiva.

En cada una de estas áreas la tarea fundamental es **hacer efectiva una perspectiva de derecho de los adolescentes y jóvenes**. Resolver esta deuda histórica es indispensable para los derechos del conjunto de la sociedad.

Ante la magnitud de la tarea, se convino delimitar el estudio a **un tema específico por área**, elegido por la relevancia que su mejora tiene para el curso de vida de los adolescentes y jóvenes. Para ello se hizo una revisión de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que cubren casi todos los factores de desarrollo. En los ODS relacionados con adolescencia y juventud se consideraron las metas e indicadores acordados en Naciones Unidas para su monitoreo. Por último, a la luz de los problemas con mayor impacto en los adolescentes y jóvenes peruanos, se evaluó cuál era el tema específico más idóneo para cada área de estudio. Como resultado, cada área fue estudiada a partir de un tema específico, según indica la siguiente tabla:

Tabla 3. Temas elegidos por Área Priorizada	
Área Priorizada	Tema
Educación	No culminación escolar en edad normativa
Empleo	Jóvenes que no estudian ni trabajan
Protección	Violencia
Salud Mental	Suicidio
Salud Sexual y Reproductiva	Embarazo Adolescente

Los capítulos siguientes consideran para cada tema:

- La **situación** de los adolescentes y jóvenes según los principales indicadores
- Las principales **políticas públicas y programas** pertinentes en el Perú: sin pretender un cubrimiento exhaustivo, se ilustran los objetivos y cobertura de las principales acciones en curso bajo cada tema. (Para ello se consultaron los programas y entidades relevantes: las referencias documentales se hallan en sus respectivos sitios internet y, para datos presupuestales, en el aplicativo Consulta Amigable del MEF).
- Los **desafíos** que enfrenta cada tema y sus posibles **soluciones**.

Las políticas actuales dirigidas a adolescentes y jóvenes en el Perú incluyen los 5 temas priorizados y pueden fortalecerlos. Por ejemplo, el Plan de Acción por la Infancia y Adolescencia 2012-2021 (PNAIA) establece objetivos y metas importantes para la disminución del embarazo adolescente (meta emblemática 4) y la mejora de la culminación escolar a edad normativa (meta emblemática 5). La dimensión de protección está en el objetivo estratégico 4 y su meta emblemática 6 responde a la disminución de la violencia contra el adolescente. Asimismo, el Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual (PNCVFS) y el Plan Nacional contra la Violencia de Género (PNCVG) forman un marco político consistente contra todos los tipos de violencia en la población adolescente y joven.

Los 5 temas también se reflejan en los siguientes ejes del Plan Estratégico Nacional de la Juventud: educación inclusiva y de calidad (eje 3), salud integral (eje 4), trabajo decente (eje 5) y cultura de paz (eje 6).

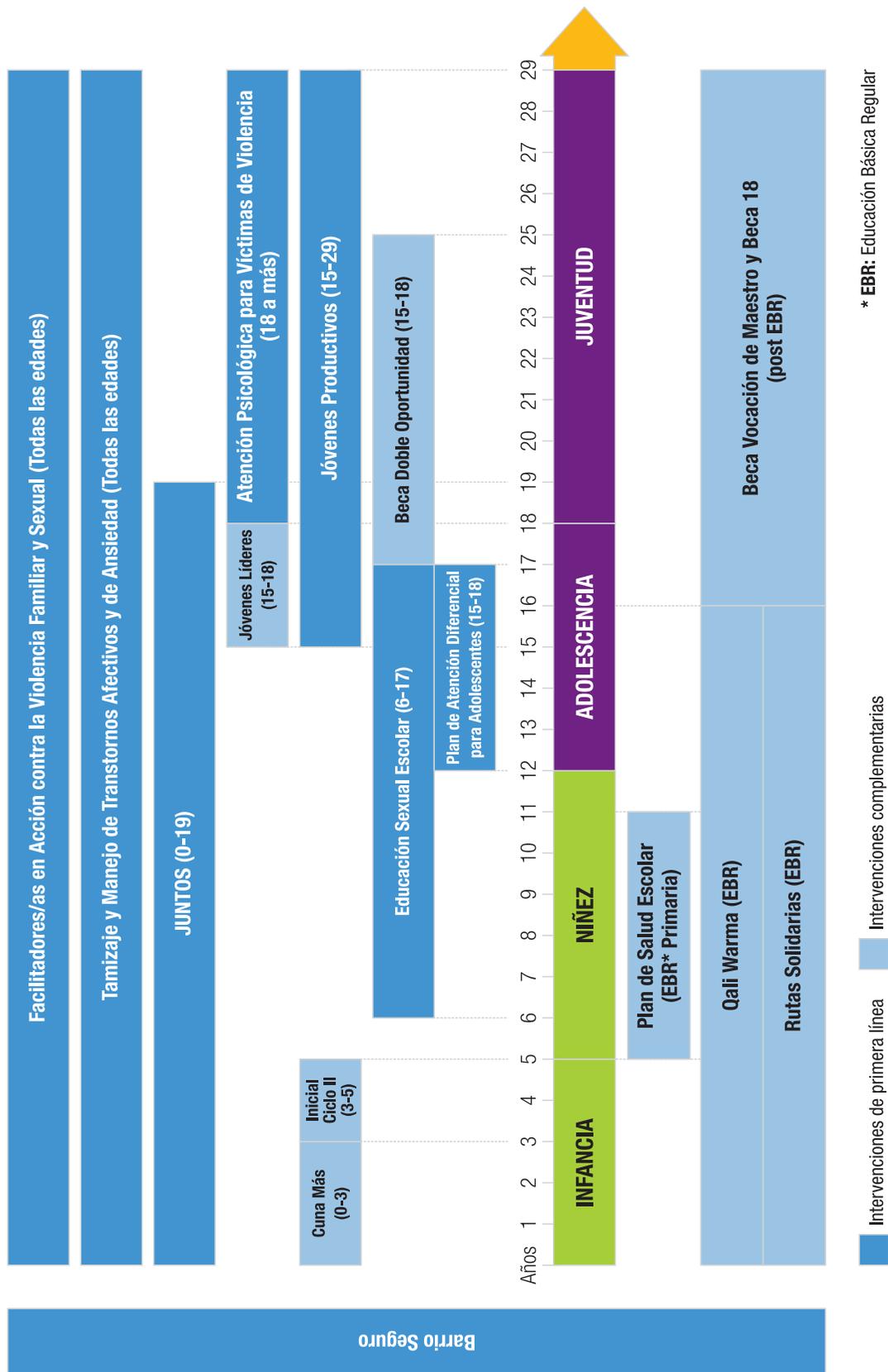
Los temas de salud mental (suicidio) y salud reproductiva (embarazo adolescente) son tomados en cuenta en el Plan Nacional de Salud Mental y el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, respectivamente.

6.1. HACIA UN PAQUETE INTEGRAL DE SERVICIOS

Como aproximación ilustrativa a un paquete integral de servicios para adolescentes y jóvenes, se proponen las intervenciones de primera línea indicadas en el Gráfico 1: de las políticas y programas actualmente en curso en el Perú, son aquellas que cuentan con un capital político sólido, elevada efectividad y potencial de articularse entre sí.

Se proponen también como intervenciones complementarias algunas recomendadas por expertos sectoriales, pese a no cumplir con los criterios de la primera línea.

Gráfico 1. Intervenciones nacionales en la perspectiva del curso de vida



El primer tema priorizado se centra en los factores que afectan sustancialmente el rendimiento escolar de la población adolescente, aumentando la posibilidad de desaprobación del año escolar o la deserción escolar. Como resultado, el adolescente no logra culminar la educación secundaria a la edad que debería (no culminación escolar en edad normativa), limitando sus oportunidades futuras.

La culminación escolar a tiempo es uno de los objetivos principales del sistema educativo nacional. Se define como la proporción de la población de un grupo de 17-18 años que cuenta al menos con educación secundaria completa. La no culminación de estudios básicos está asociada al atraso escolar, deserción y repitencia.

7.1 SITUACIÓN

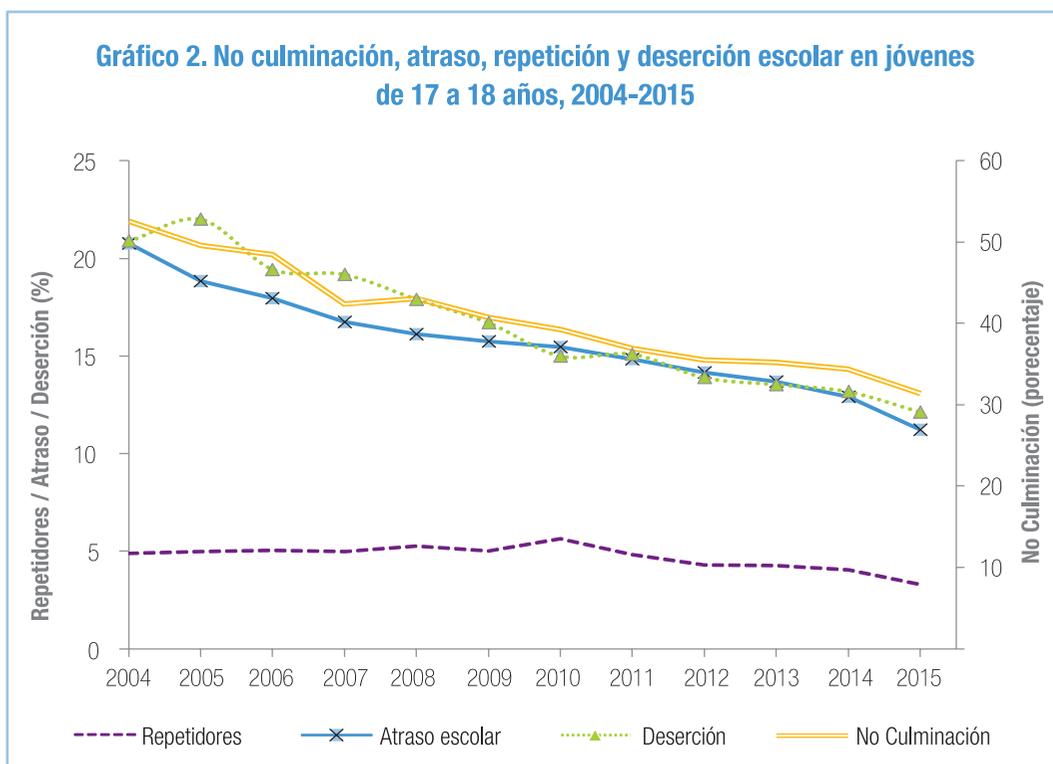
En el período 2004-2015, la no culminación en edad normativa ha pasado de 52.5% a 31.4% a nivel nacional, una reducción cercana a 1.9% por año. El atraso escolar también ha disminuido de forma ininterrumpida de 20.8% a 11.2%, y la deserción escolar, de 20.9% a 12.1%. La repitencia escolar en secundaria, por su parte, se encuentra alrededor del 4%, siendo ligeramente inferior (3.3%) en el último año (Gráfico 2).

La no culminación de secundaria a tiempo permite explorar la problemática educativa y sus repercusiones a futuro a través de las brechas por sexo, ingreso, ámbitos de residencia y etnicidad.

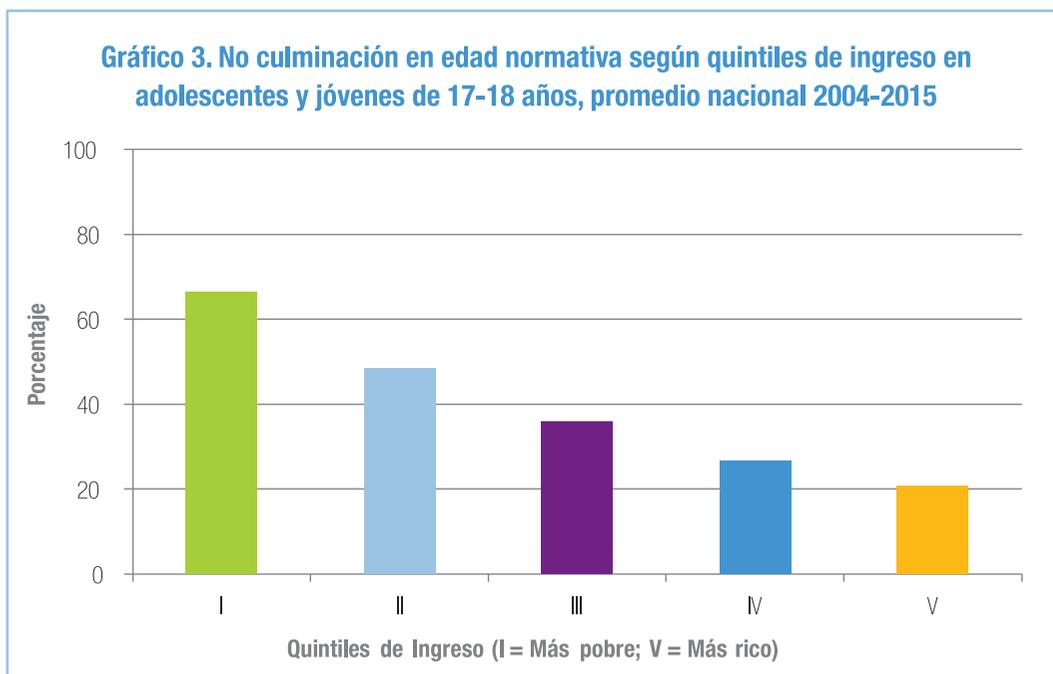
En el período 2004-2015, la no culminación escolar en **hombres** de 17-18 años fue alrededor del 42.7%, que es ligeramente mayor que la obtenida por las **mujeres**, 37.6%. Esto se podría deber a un contexto en el que los jóvenes precipitan su entrada al mercado laboral, con menor formación y por ende menor expectativa de ingresos.

Los adolescentes de hogares del primer y segundo quintil de **ingreso** (los más pobres) muestran una tasa de no culminación de alrededor de 57%, el doble que los de hogares del tercer al quinto quintil. El quintil más pobre tiene una tasa de no culminación escolar que triplica la del quintil más rico, 66.5% y 20.7% respectivamente (Gráfico 3).

La no culminación escolar afecta más al ámbito **rural**. En el año 2015, ella fue 53.3% y en el ámbito **urbano**, 24.6%. Durante el período 2004-2015, el 63.5% de los jóvenes que vivían en el



Fuente: MINEDU (ESCALE). Elaboración propia.



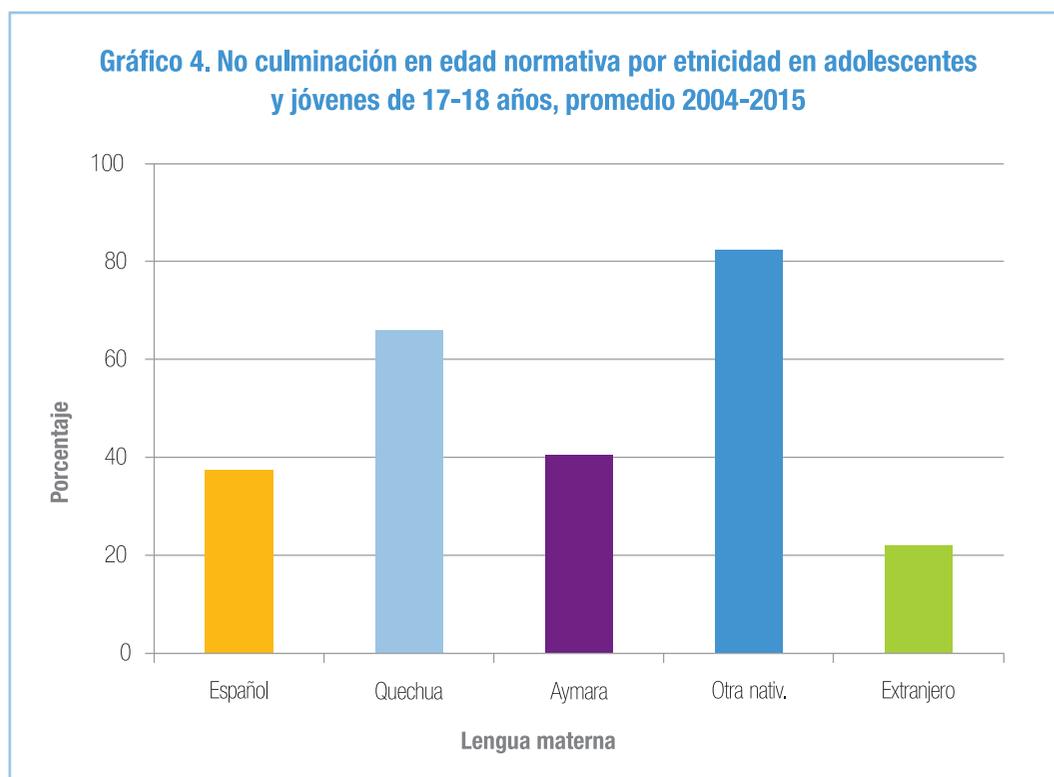
Fuente: INEI, ENAHO 2004-2015. Elaboración propia

ámbito rural no culminaron sus estudios básicos. Esto representa el doble del obtenido en jóvenes urbanos (31.5%). El indicador muestra una reducción anual más fuerte en el ámbito rural (2.4% frente a 1.3% en zonas urbanas), pero es aún insuficiente para cerrar la brecha existente.

Durante el periodo 2004-2015 la **región** con mayor tasa de no culminación escolar es la selva con 54.2%. La siguen la sierra con 47.4%, el resto de la costa con 36.3% y Lima con 27.6%.

También se aprecian disparidades a nivel **departamental**: los cinco más afectados por la no culminación escolar a tiempo son Huánuco, Huancavelica, Cajamarca, Loreto y Amazonas, con una tasa mayor del 56%. Tienen los valores más bajos Ica, Moquegua, Lima, Tacna y Arequipa, con tasas alrededor del 27%.

La **etnia** ilustra los desafíos de una política educativa intercultural. Entre el 2004 y el 2015, el 82% de los jóvenes entre 17-18 años que reportan como lengua materna una lengua nativa (diferente del quechua o aymara) no ha culminado la secundaria. Esto es más del doble de quienes tienen la lengua española como materna. (Gráfico 4)

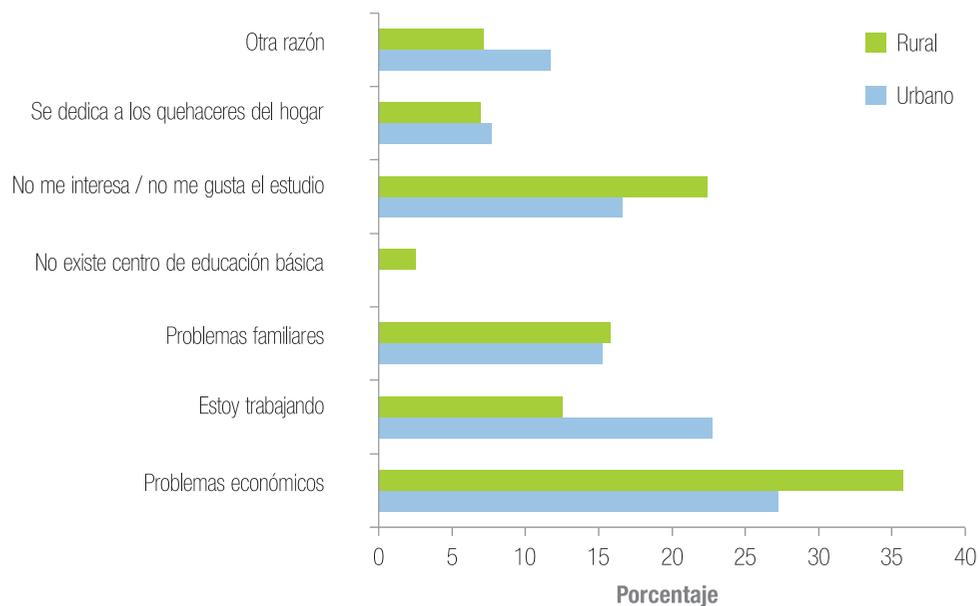


Fuente: INEI, ENAHO 2004-2015. Elaboración propia

También son dicientes las **causales de no asistencia a la escuela** (Gráfico 5). Los más citados son: problemas económicos, trabajo, problemas familiares y desinterés. El orden de importancia de estos factores es similar entre los jóvenes urbanos y los rurales.

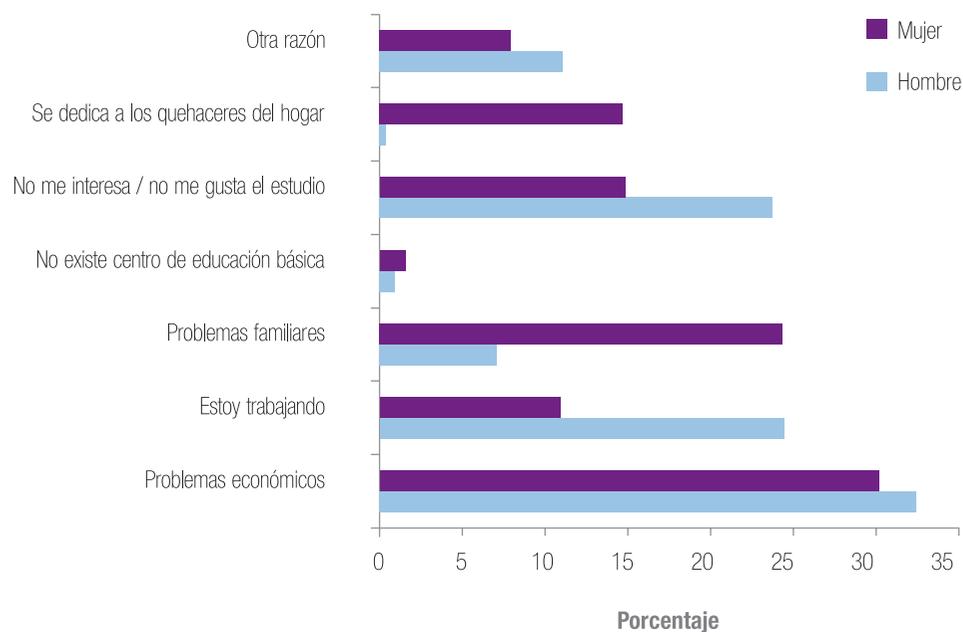
Esas causales sí difieren según el sexo (Gráfico 6). Los problemas económicos son citados por más del 30% de **hombres y mujeres**. Pero el trabajo es mencionado como motivo por el 8.9% de mujeres y el 20% de hombres. Los problemas familiares son citados por el 24% de las mujeres y el 7% de los hombres. Los quehaceres del hogar representan 12% en las mujeres y sólo el 0.3% en los hombres.

Gráfico 5. Por qué no estudian quienes no culminaron estudios escolares según ámbito urbano-rural en adolescentes y jóvenes de 17-18 años, promedio 2004-2015



Fuente: INEI, ENAHO 2004-2015. Elaboración propia

Gráfico 6. Por qué no estudian quienes no culminaron estudios escolares según sexo en adolescentes y jóvenes de 17-18 años, promedio 2004-2015



Fuente: INEI, ENAHO 2004-2015. Elaboración propia

7.2 POLÍTICAS Y PROGRAMAS

Como contexto, debe notarse que el presupuesto nacional de educación, la más visible de las inversiones directas en adolescentes y jóvenes, pasó de S/.15.27 miles de millones en 2012 a S/.26.18 miles de millones en 2017. Este incremento cercano al 70% en 4 años es superior al crecimiento del PBI (alrededor de 3%) y al del presupuesto público (alrededor del 6%) en el mismo periodo. Esto refleja un mayor compromiso con la educación y la inversión en capital humano.

Mencionaremos 5 programas con incidencia en la culminación escolar. La intervención en **educación inicial de calidad** cubre dos etapas: el ciclo I para niños de 0 a 2 años, se centra en la formación del apego seguro en el infante; y el ciclo II, para niños de 3 a 5 años, inicia la asistencia a la escuela y fomenta el juego y el autoaprendizaje.

El presupuesto para el Ciclo II en el periodo 2014-2017 muestra variaciones interanuales de más del 50%, con un pico en el año 2016 cuando alcanzó S/.180,697,343 y un descenso para 2017 a S/.80,118,216.

La oferta educativa se hace mediante Centros de Educación Inicial (CEI) y programas no escolarizados de educación inicial (PRONOEI). La razón alumno-docente en los centros educativos iniciales nacionales es en promedio 20 alumnos, siendo esta razón mayor en zonas urbanas. En algunas regiones se emplean promotoras educativas en lugar de profesoras; estas promotoras son oriundas de la región y son supervisadas por una docente encargada. La intervención es principalmente urbana, pues en la zona rural aún está en fase piloto.

El Ciclo II de educación inicial se enmarca en la Ley General de Educación (ley 28044). El diseño de la intervención sigue dos orientaciones positivas de la experiencia internacional: fomentan el aprendizaje activo del niño y tratan de comprometer a los padres en el aprendizaje de éstos.

Sin embargo, no incluye visitas domiciliarias por parte de los maestros y en zona urbana tiene una razón docente/alumnos elevada (mayor de 20 en la mayoría de los casos). En zona rural se maneja mediante promotoras educativas comunitarias (sin título profesional); debido a las distancias, en muchos lugares las sesiones de enseñanza no son diarias.

La OCDE 2017 menciona dos programas para el mejoramiento de la secundaria rural⁷. La **Jornada Escolar Completa (JEC)** es un modelo orientado a la ampliación de la jornada escolar. El componente pedagógico incluye cinco elementos: (1) acompañamiento del estudiante (tutorial integral y reforzamiento pedagógico); (2) herramientas pedagógicas con enfoque por competencias; (3) programa de inglés con soporte tecnológico; (4) tecnologías de información y comunicación; (5) educación con competencias para la empleabilidad. Estos elementos siguen tendencias exitosas en Argentina y Uruguay. Los directores cuentan con el apoyo de cuatro coordinadores (Pedagógico, Tutoría, Innovación y Soporte). Las evaluaciones de la JEC han sido positivas. Por ejemplo, el porcentaje de alumnos que aprobó la prueba en comunicación aumentó de 15% al inicio a 50% al final, y en matemática de 4% a 35% respectivamente.

⁷ *ibid*, pag. 111

El **Programa Soporte Pedagógico para la Secundaria Rural** tiene como líneas de intervención: (i) fortalecimiento de docentes y equipos directivos; (ii) materiales pedagógicos y recursos educativos; y (iii) gestión escolar y comunitaria (articulación familia y comunidad). Para ser seleccionadas, las instituciones educativas deben estar en zona rural; tener la modalidad presencial; no pertenecer al modelo JEC; y ser de gestión pública. Las escuelas reciben acompañamiento en matemática y comunicación. Además, un acompañante social comunitario busca vincular la comunidad con los procesos educativos y con la prevención de acoso y violencia sexual. Las evaluaciones muestran que las instituciones rurales públicas con y sin el programa difieren 12 puntos en lectura y 15 en matemática, a favor de las participantes en el programa.

Finalmente, dos programas adicionales merecen mencionarse.

El **Programa Nacional de Alimentación Escolar “Qali Warma”**, del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, busca garantizar la alimentación de niños y niñas desde los 3 años de instituciones públicas y adolescentes en zonas de la Amazonía durante el periodo escolar⁸. Además, el programa favorece la asistencia y permanencia escolar, y la mejora los hábitos alimenticios de los escolares. Su población objetivo se amplió a adolescentes de educación secundaria en zonas de Amazonía.

Qali Warma ofrece dos componentes. Un componente educativo promueve hábitos saludables de alimentación mediante capacitación, asistencia técnica y herramientas educativas. El componente alimentario brinda atención diferenciada según quintiles de pobreza (2 raciones al día en los quintiles 1 y 2 y una ración en los quintiles 3, 4 y 5). Estas raciones siguen las recomendaciones del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN) y la asistencia técnica del Programa Mundial de Alimentos (PMA).

Qali Warma ofrece una intervención diferenciada según elementos culturales y geográficos, dividiendo al país en 8 regiones alimentarias. Se estima que para el 2017 la intervención beneficie a 3,7 millones de escolares.

Rutas solidarias, iniciativa del Ministerio de Educación (MINEDU) a través de la Dirección de Promoción Escolar, Cultura y Deporte (DIPECUD), consiste en la entrega de bicicletas a niños, niñas y adolescentes de zonas rurales y de pobreza para reducir tiempos y costos de transporte a la escuela. El programa busca reducir la deserción escolar, mejorar el bienestar de los estudiantes, e incentivar el cuidado del ambiente y actividades lúdicas. La iniciativa se enfoca en las zonas rurales donde hay dificultad para implementar otras intervenciones. Un sistema rotativo permite optimizar el número de beneficiarios.

En el 2012 el programa intervino en 8 regiones. Para el 2013 abarcó 14 regiones más. En el 2014 se expande a las zonas de frontera además de iniciar las “rutas solidarias fluviales” en la Amazonía.

⁸ Decretos Supremos 008-2012-MIDIS y 006-2014-MIDIS

7.3 DESAFÍOS Y PROPUESTAS

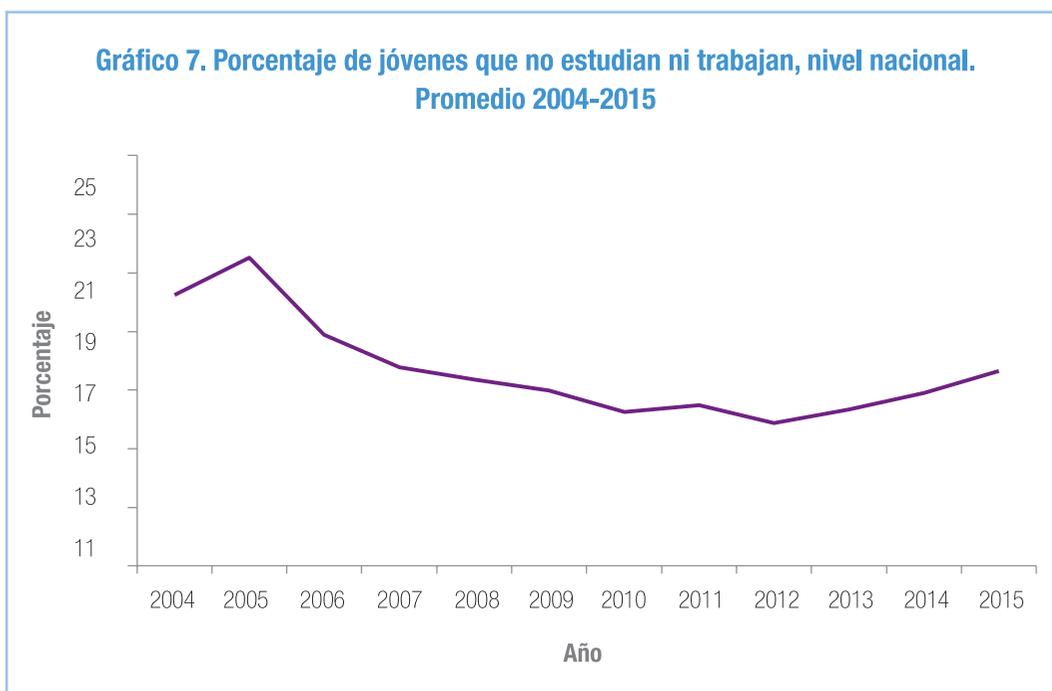
La siguiente tabla resume los principales desafíos identificados en este tema así como propuestas para resolverlos. La tabla es resultado de entrevistas con los actores de los programas, expertos en el tema y la revisión documental.

Tabla 4. Desafíos y propuestas			
	DESAFIO	PROPUESTA	ACCION
1	Las variaciones presupuestales dificultan consolidar logros en educación inicial, primaria y secundaria.	Estabilizar el presupuesto asignado para esos niveles.	Desarrollar planes de varios años para asegurar el impacto de las intervenciones.
2	Déficit de infraestructura educativa, especialmente en zona rural.	Desarrollar nueva infraestructura.	Desarrollo de infraestructura adecuada, especialmente en zona rural.
3	Deficiencias de calidad en educación inicial, primaria y secundaria, especialmente en zona rural.	Sistemas de educación continua y supervisión de docentes en esos niveles.	Desarrollar sistemas de educación continua para docentes. Fortalecer la verificación de la currícula y la supervisión de docentes para asegurar la calidad educativa.
4	Ausencia de enfoque territorial en educación inicial, primaria y secundaria.	Desarrollar alternativas en esos niveles para zonas rurales y dispersas.	Adoptar modelos alternativos para mejorar la calidad y cubrimiento en las comunidades rurales.

El segundo tema priorizado es el significativo conjunto de adolescentes y jóvenes de 15 a 29 años de edad que no se encuentra trabajando ni estudiando.

8.1 SITUACIÓN

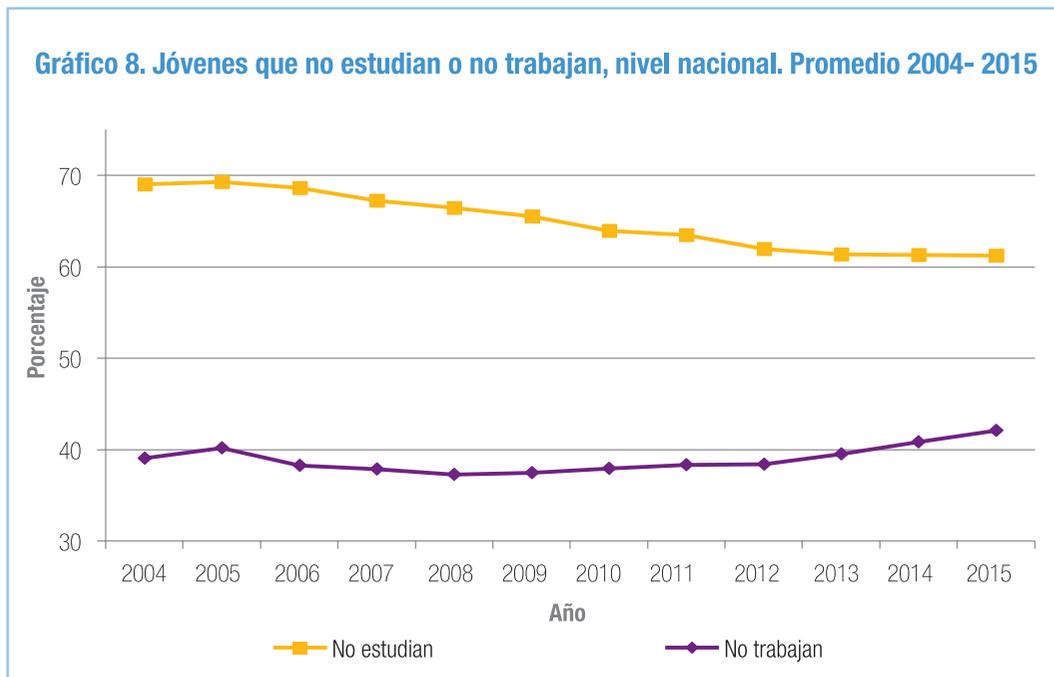
La proporción que representa esa población presentó una ligera reducción de 22% a 16.3% a nivel nacional entre 2005 y 2012 y luego una leve creciente hasta 17% en el 2015 (Gráfico 7).



Fuente: INEI, ENAHO 2004-2015. Elaboración propia

Esto representa un freno a la cohesión e integración social, así como al desarrollo individual, e implica riesgos de marginalidad y delincuencia. Por ello se están construyendo políticas de atención a esta población, como parte de la lucha contra la pobreza.

El Gráfico 8 muestra un incremento en el porcentaje de jóvenes que no trabajan desde el año 2012, acompañado de una reducción en la proporción de los que no estudian. Según esto, en el reciente aumento del porcentaje de jóvenes que no estudian ni trabajan, el desempleo ha tenido un efecto mayor. Ello refleja la disociación entre oferta y demanda de empleo: desaliento de quienes buscaron trabajo y rechazo del mercado laboral a los adolescentes y jóvenes que no cumplen las exigencias de la demanda laboral.



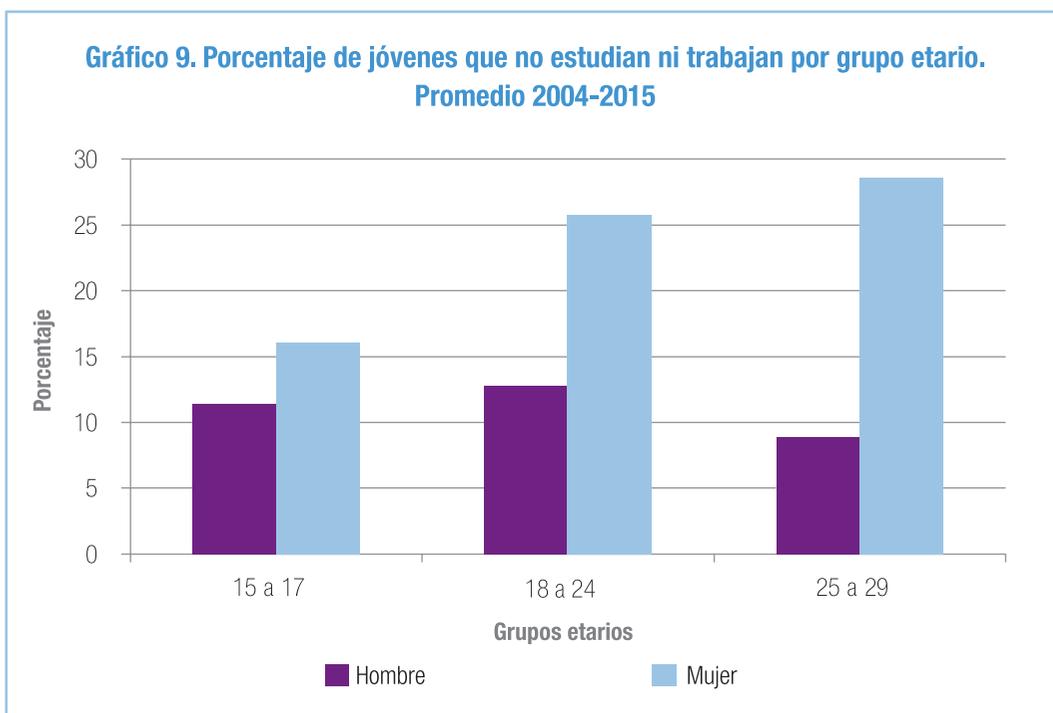
Fuente: INEI, ENAHO 2004-2015. Elaboración propia

Los cruces con los principales indicadores muestran, en primer lugar, que en el ámbito **urbano** el porcentaje de jóvenes que no estudian ni trabajan asciende a 19%, mientras en el **rural** se reduce a 13.6%.

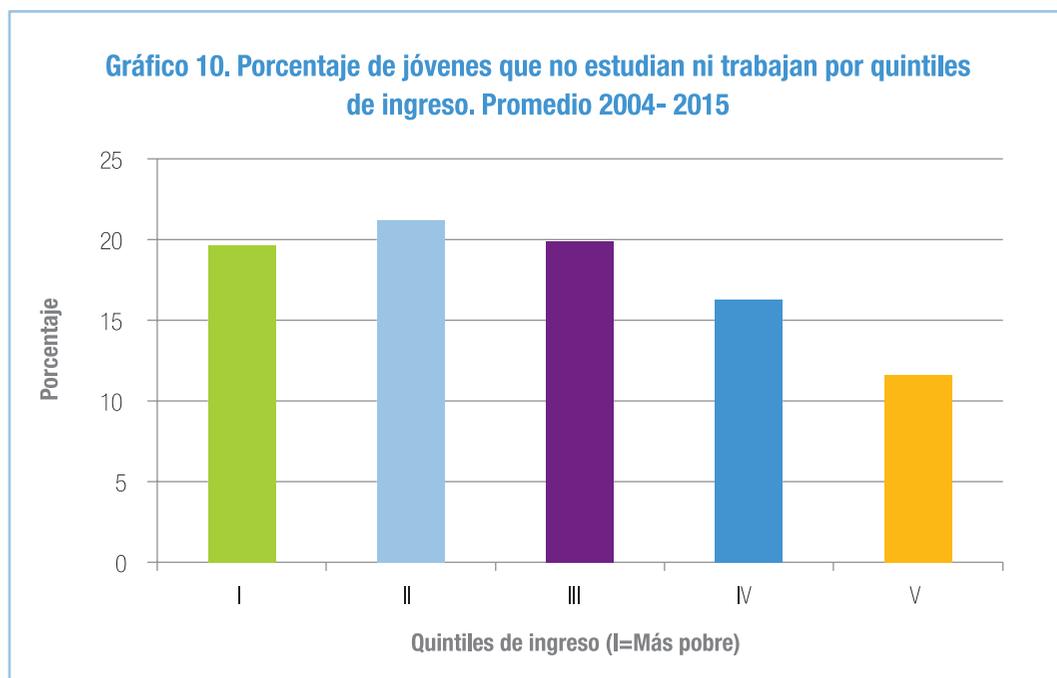
En las **mujeres** entre 15 y 29 años, el porcentaje es más del doble del registrado en **varones**, 24.2% y 11.3%, respectivamente. Esto coincide con la tendencia internacional.

La proporción de jóvenes que no estudian ni trabajan por **grupo etario** (Gráfico 9) muestra que entre 15 y 17 años son el 13.7%, en el grupo de 18 a 24 se elevan a 19.2%, y en el grupo de 25 a 29 son el 18.5%. La tendencia de los grupos sugiere que a medida que aumenta la edad es más pronunciada la desventaja de la mujer.

Considerando los quintiles de **ingreso**, en los hogares pobres (quintiles I y II) el porcentaje de jóvenes que no estudian ni trabajan es 20%; el promedio de los otros quintiles es 16% (Gráfico 10).



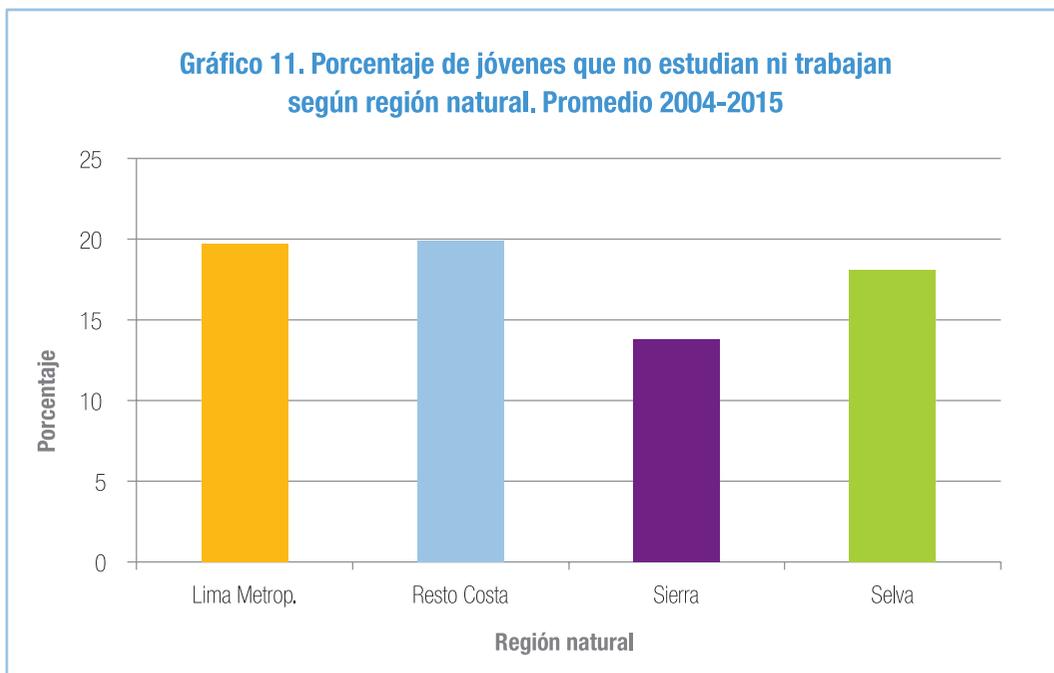
Fuente: INEI, ENAHO 2004-2015. Elaboración propia



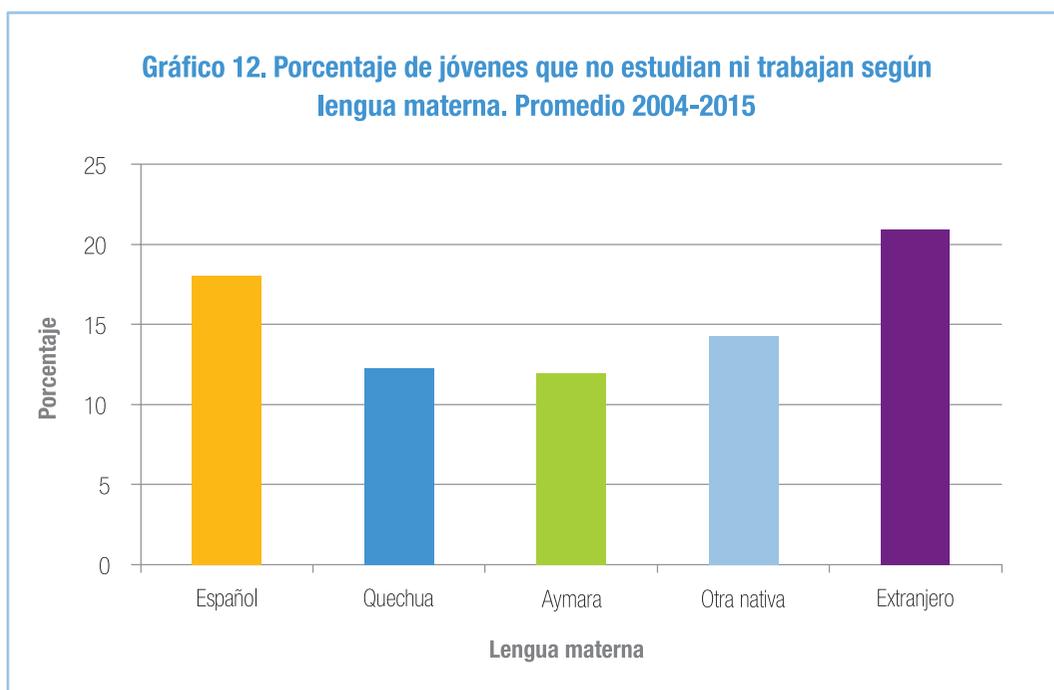
Fuente: INEI, ENAHO 2004-2015. Elaboración propia

Las **regiones naturales** no presentan mayores diferencias: los jóvenes que no estudian ni trabajan representan alrededor del 19%, salvo en la sierra, donde el porcentaje es menor (14%) (Gráfico 11).

En cuanto a la lengua materna, como aproximación de la **etnia**, los jóvenes con una lengua extranjera muestran el mayor porcentaje de jóvenes que no estudian ni trabajan (21%). Le siguen quienes tienen el español como lengua materna (18%), otra lengua nativa (14%), y quechua o aymara (12 %) (Gráfico 12).



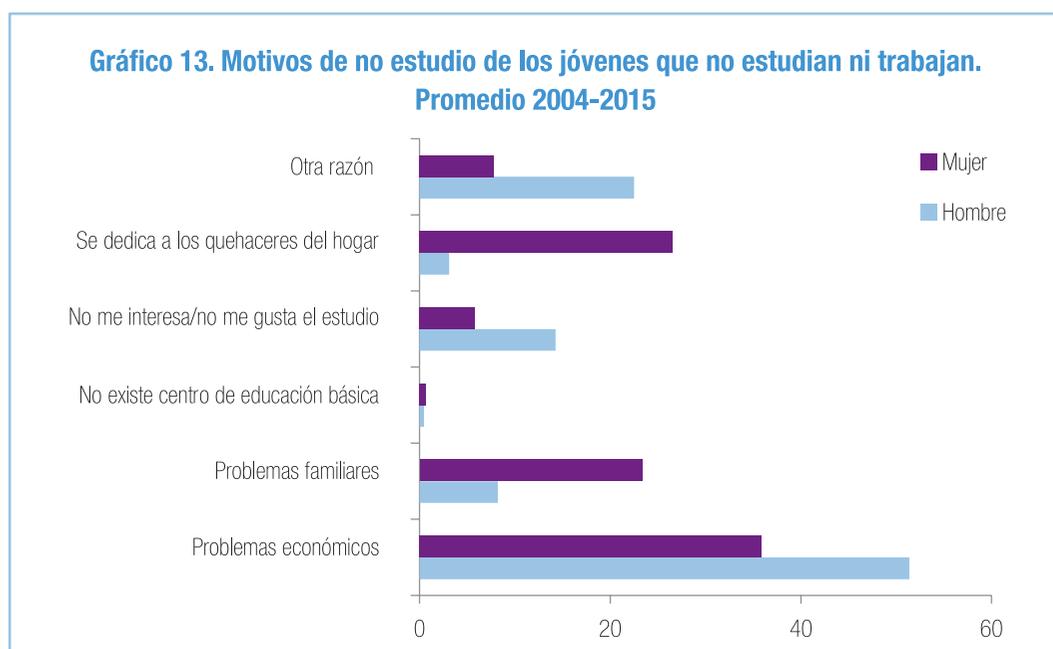
Fuente: INEI, ENAHO 2004-2015. Elaboración propia



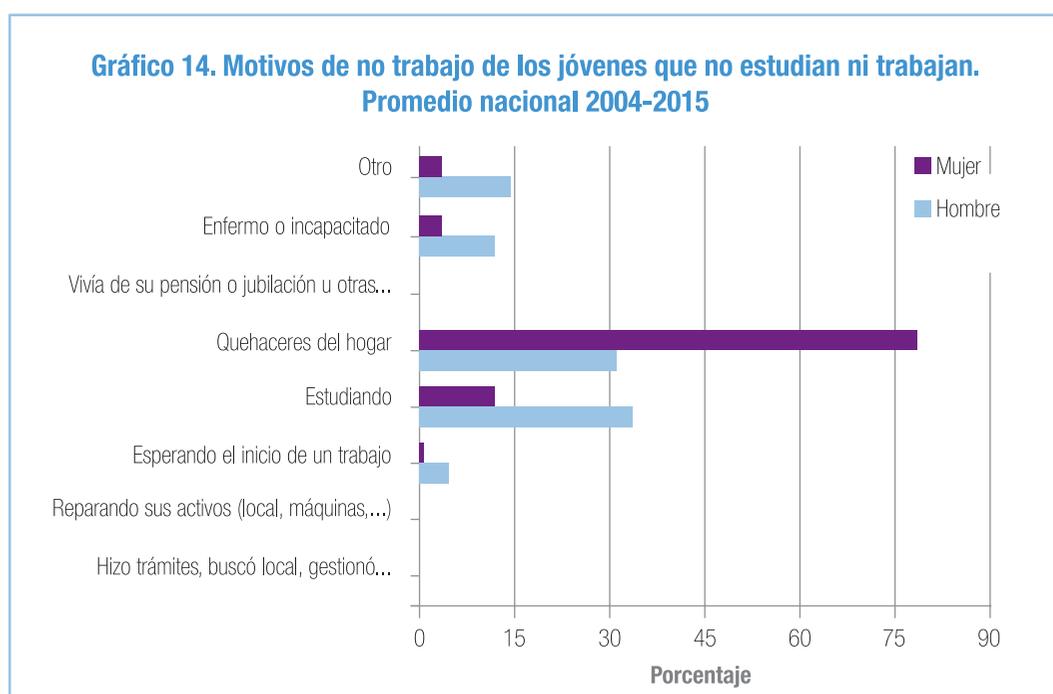
Fuente: INEI, ENAHO 2004-2015. Elaboración propia

Las razones por las que no estudian son diferentes entre hombres y mujeres (Gráfico 13). La primera razón son los problemas económicos, 51.4% y 35.9% respectivamente; la segunda, los quehaceres del hogar, que representan el 3.1% en hombres y el 26.5% en mujeres. (Se omitieron para este indicador los adolescentes y jóvenes que consideran sus estudios culminados - 42.7% en hombres, 23.8% en mujeres-, y los que están estudiando bajo modalidades no regulares).

Entre las razones para no trabajar, los quehaceres del hogar son los más aducidos, especialmente por las mujeres (Gráfico 14).



Fuente: INEI, ENAHO 2004-2015. Elaboración propia



Fuente: INEI, ENAHO 2004-2015. Elaboración propia

Los jóvenes que no estudian ni trabajan y que **no buscaron empleo** durante la semana previa a la encuesta ascendieron al 85%. De estos, el 20% declara haber querido trabajar y haber estado disponible, lo que conforma un grupo de potenciales trabajadores desalentados; el restante 80% no quiso trabajar o no estuvo disponible en la semana previa a la encuesta.

Del 85% que no buscaron empleo, el 64% se dedica a quehaceres del hogar, confirmando la mencionada brecha por sexo: a estos quehaceres se dedicaban el 78% de las mujeres y el 32% de los hombres.

Si se excluyen las personas que realizan trabajos del hogar, la proporción de jóvenes que no estudian ni trabajan se reduce significativamente a 7.8% como promedio anual 2004-2015. La proporción de mujeres jóvenes que no estudian ni trabajan se reduce a 8.4% y la de hombres a 7.1%.

El embarazo adolescente es un factor clave para las jóvenes que no estudian ni trabajan. Este tema se analiza en el capítulo 11.

8.2. POLÍTICAS Y PROGRAMAS

El Programa “**Jóvenes Productivos**” (creado por Decreto Supremo 013-2011-TRABAJO) capacita jóvenes entre 15 y 29 años en pobreza o extrema pobreza, de zonas principalmente urbanas en actividades laborales orientadas a cubrir la demanda del mercado (también busca participar en zonas rurales con un enfoque de capacitación técnica productiva y de generación de empleo independiente). Brinda capacitación técnica e inserción al mercado laboral sirviendo no sólo como capacitador sino como nexo entre los jóvenes y sus potenciales empleadores. Según la página web del programa, al 2017 ha intervenido cerca de 27 mil jóvenes, comparados con cerca de 1,7 millones de jóvenes que no estudian ni trabajan que existían en el Perú en el año 2015. En el año 2016 el programa manejó un presupuesto de S/. 28,473,180.

El programa sigue en buena parte modelos de intervención en otros países. Es valioso el binomio capacitador/empleador que genera pues, al no ser directamente el Estado quien capacita a los jóvenes, puede buscar mejores centros de capacitación y aumentar el interés del mercado laboral en el personal joven previamente capacitado. Este modo de acción puede disminuir su efectividad en las zonas rurales, donde no realiza la función de nexo laboral.

El Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres (**Juntos**) (Decreto Supremo 032-2005-PCM) es ejecutado por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (ley 29792 de 2012). Entrega montos bimestrales de dinero a familias en situación de pobreza, prioritariamente de zonas rurales, cuyos miembros incluyan un escolar (hasta que culmine el colegio o cumpla 19 años) o una mujer en gestación. En el año 2016 fueron presupuestados S/. 70,428,044 para esta intervención.

El programa asimila muchas características de programas de transferencias condicionadas en otros países y genera efectos positivos reduciendo la deserción escolar (uno de los principales generadores de jóvenes que no estudian ni trabajan). Pese a ello, su edad límite de población objetivo (19 años) puede comprometer la culminación escolar en edad normativa.

8.3. DESAFIOS Y PROPUESTAS

Al igual que en los otros temas priorizados, la siguiente tabla resume los principales desafíos identificados en este tema así como propuestas para resolverlos. La tabla es resultado de entrevistas con los actores de los programas, expertos en el tema y la revisión documental.

Tabla 5. Desafíos y propuestas			
	DESAFIO	PROPUESTA	ACCION
1	Programas con énfasis urbano (en especial Lima metropolitana) y poca presencia en otras regiones y zonas rurales.	Ampliación de la asignación de plazas a regiones priorizadas.	Coordinación con otros sectores para sondeo de mercados regionales. Articulación con Cámaras de Comercio Regionales.
2	Programa de capacitación centrado en inserción en medianas y grandes empresas y con perfil definido de oferta laboral.	Fortalecimiento de capacidades para mercados regionales.	Sondeo de necesidades y diseño de capacitación adecuada a mercados regionales.
3	Contratación de jóvenes en las empresas es escasa.	Incentivos a empresas para contratación de jóvenes.	Facilidades tributarias a las empresas para la contratación de jóvenes.

El tercer tema priorizado es la violencia contra adolescentes y jóvenes, un problema social que viola los derechos humanos, con múltiples repercusiones físicas, psicológicas y sociales. Es también un problema de salud pública asociado a grandes pérdidas de años de vida saludable y costos económicos para los gobiernos y los hogares.

Según el “modelo ecológico” de la violencia, ésta es resultado de la interacción de factores agrupados en cuatro entornos: el individual, de relaciones interpersonales, de relaciones comunitarias y de relaciones sociales. Todos estos factores deben ser evaluados y/o intervenidos para prevenir la violencia.

9.1. SITUACIÓN

La violencia en el Perú es un problema generalizado. En el año 2000 se estimó que la violencia generó pérdidas económicas, asociadas a gastos en salud y pérdida de productividad, que representaron ese año el 5,1% del PBI del Perú⁹. Sus impactos negativos en el desarrollo económico y social se deben a costos directos por pérdida de la salud y materiales, así como costos indirectos por pérdida de productividad, inversión, trabajo y consumo.

La ENAJUV estima que en el año 2011 el 62,5% de los adolescentes peruanos de 15-19 años y el 65,2% de los jóvenes de 20-24 años han sufrido alguna forma de violencia, sea física, psicológica o sexual en algún momento de su vida. El análisis de la ENARES y la ENDES en adolescentes de 12-17 años y mujeres adolescentes de 15-19 años reveló que incluso los grupos “menos” afectados presentan cifras altas, pues más del 40% reporta haber sufrido algún episodio de violencia física¹⁰.

A continuación se describe la situación de los adolescentes y jóvenes en varios niveles del modelo ecológico de la violencia (hogar, institución educativa, comunidad). También se examinarán indicadores de la violencia sexual y homofóbica.

⁹ Banco Interamericano de Desarrollo. Violencia en América Latina: Epidemiología y Costos. Washington, D.C. 2000.

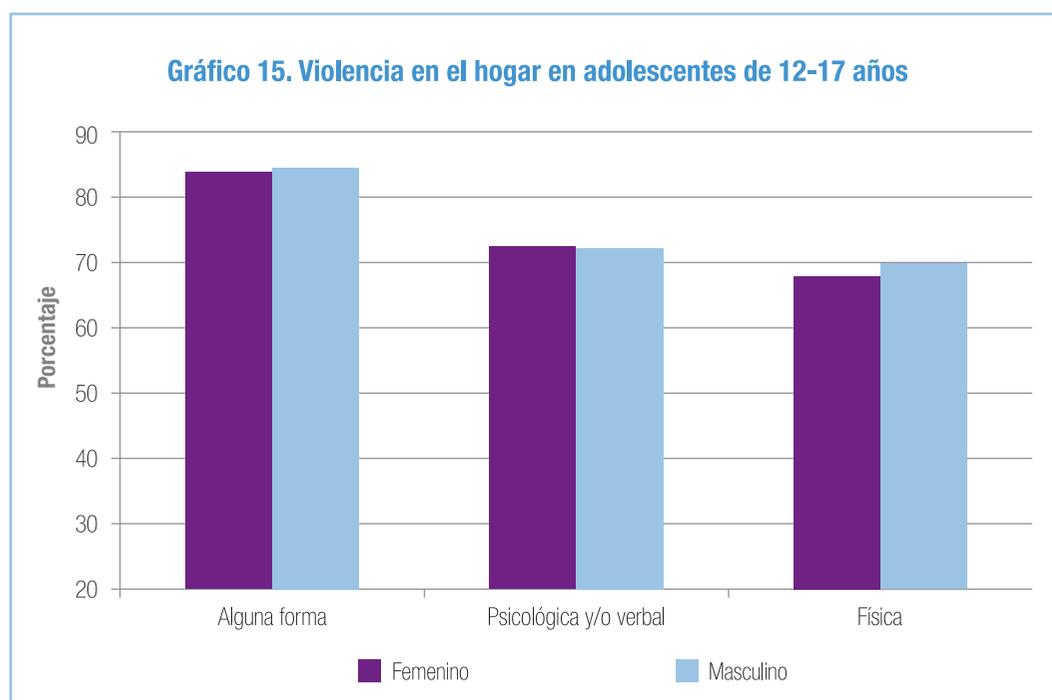
¹⁰ Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales ENARES 2013 y 2015. Lima, 2016.

9.1.A. Violencia en el hogar

Dos grupos son particularmente importantes para caracterizar la violencia en el hogar:

- los niños y adolescentes maltratados por sus familiares, usualmente padres o tutores
- la mujer maltratada por su pareja o conviviente

La ENARES estimó en el 2015 que el 81,3% de los **adolescentes** de 12 a 17 años fue víctima de algún tipo de violencia en su hogar o Centro de Atención Residencial (CAR) alguna vez en su vida (Gráfico 15).



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú - Encuesta Nacional de Relaciones Sociales 2013 y 2015. Elaboración propia.

Según las ENARES 2013 y 2015, la prevalencia de violencia infantil de tipo física en ambos años fue prácticamente igual en varones (69.8%) y en mujeres (67.9%), así también en el área de residencia urbana (68.6%) versus el área rural (69.5%). También fue prácticamente igual en los grupos de 15-17 años (69.5%) y en los de 12- 14 años (68.0%). Resultados similares se observaron para la violencia de tipo psicológica.

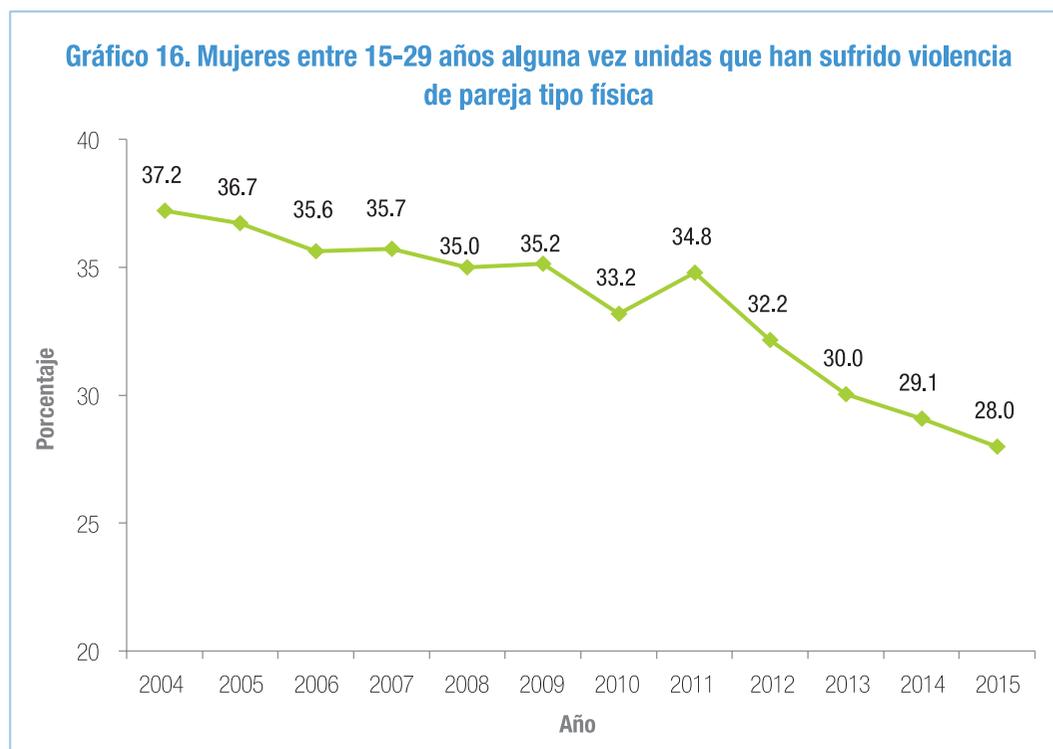
Otros estudios confirman la alta frecuencia de violencia física en el hogar pero sugieren que los varones son más afectados. En Lima Metropolitana y Callao, durante el año 2007, el 11.4% de las madres, el 5.7% de los padres y el 34% de los tutores reportaron utilizar el castigo físico para imponer límites a los niños y adolescentes a cargo. Además, hasta un 41.8% de los adolescentes de 11-18 años reportaron algún tipo de maltrato, prevalencias que fueron mayores en varones (46,4%) que en mujeres (37%). En una muestra de adolescentes de 12 a 17 años —procedentes de San Martín de Porres, Cusco e Iquitos— la prevalencia de alguna forma de

maltrato psicológico en el hogar fue de 68.3% para el año 2004. Las prevalencias fueron mayores en varones (71,6%) que en mujeres (64,9%)¹¹.

La ENDES también confirmó una alta incidencia de la violencia. Entre 2010-2015, el 66.7% de las mujeres de 15-49 años encuestadas refiere haber sufrido de castigo físico por parte de sus padres, tutores o familiares en el hogar. Esta situación ha sido constante en todo el período de análisis, con un 65.2% de las mujeres de 15-49 años en el año 2015. Por el contrario, la prevalencia de castigo físico en mujeres de 15-49 años ha disminuido entre el año 2010 (36.6%) y el 2015 (27.1%).

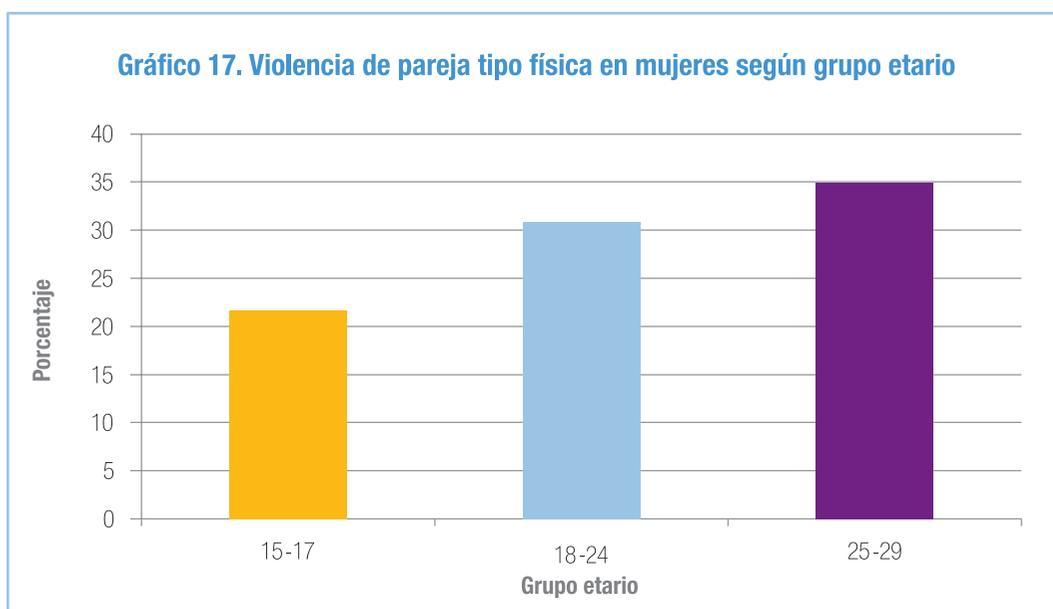
La violencia en la infancia se perpetúa mucho después en la vida de la persona afectada. Según las ENDES 2010-2015, la prevalencia de castigo físico actual fue el doble en las mujeres con antecedente de castigo físico en el hogar (38.5%) en comparación con las que no tienen ese antecedente (18.0%). Ello ilustra la urgencia de políticas que intervengan contra la violencia muy tempranamente, incluso antes de la etapa adolescente.

La violencia ocasionada por el **esposo o pareja de la mujer** es aún muy frecuente y tiene repercusiones graves en los miembros de la familia. La ENDES revela que la violencia de pareja presenta una tendencia a la disminución desde el año 2004, particularmente la de tipo física (Gráfico 16). Sin embargo, en el año 2015 todavía una de cada cuatro mujeres alguna vez unidas ha sufrido violencia de pareja de tipo física.

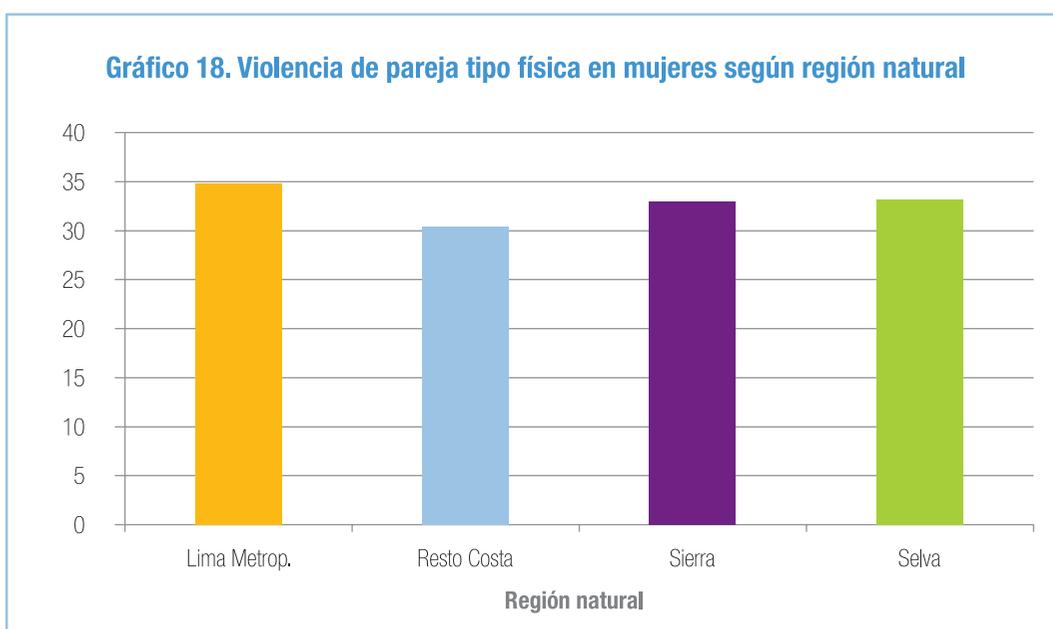


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú - Encuesta Nacional Demográfica de Salud 2004-2015. Elaboración propia.

11 Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES). Maltrato y Abuso Sexual en Niñas, Niños y Adolescentes: Estudio realizado en los distritos de San Martín de Porres, Cusco e Iquitos.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú - Encuesta Nacional Demográfica de Salud 2004-2015. Elaboración propia.



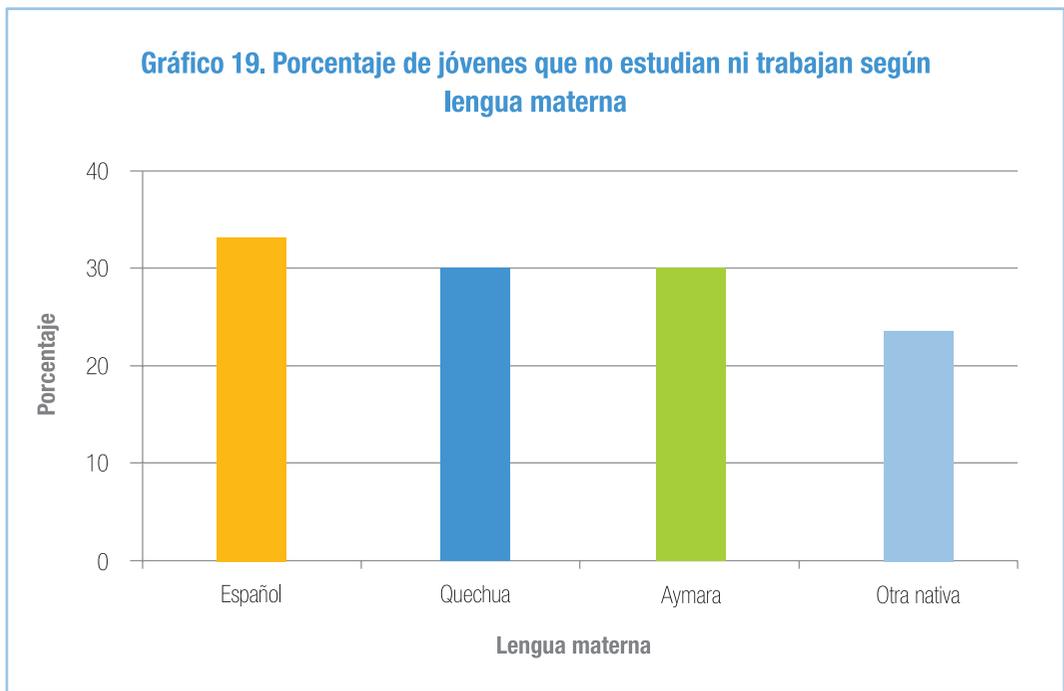
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú - Encuesta Nacional Demográfica de Salud 2004-2015. Elaboración propia.

La prevalencia de violencia de pareja tipo física tiende a subir con la edad: es 13% más alta en el grupo de 25-29 años que en el grupo de 15-17 (Gráfico 17). Estas diferencias son consistentes a lo largo del período 2004- 2015.

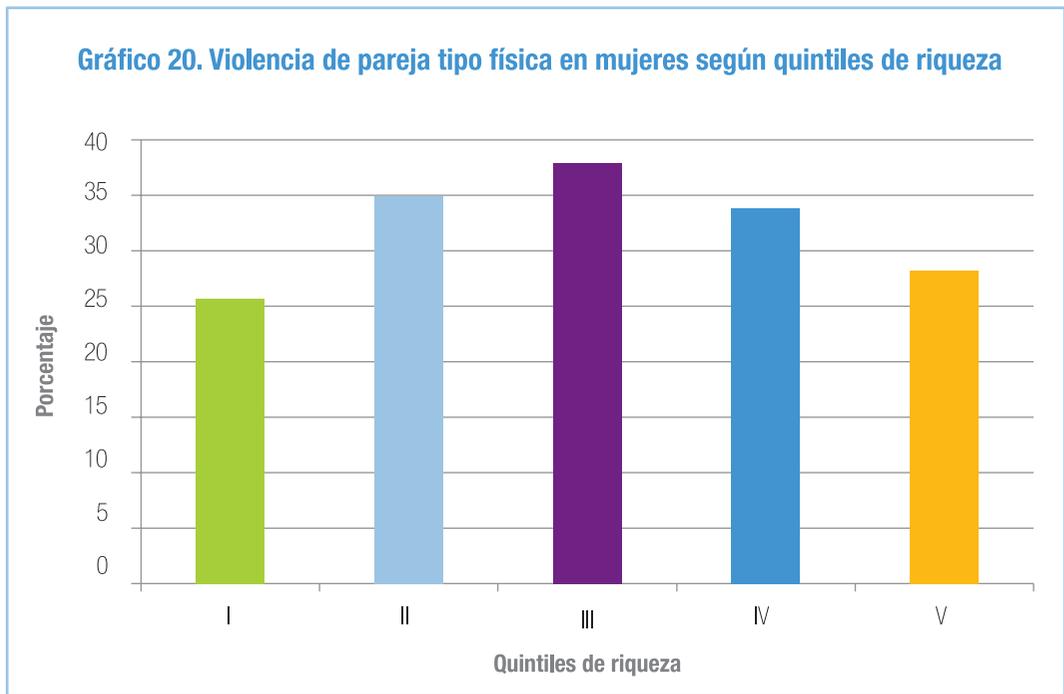
Las ENARES 2013 y 2015 muestran que ni la violencia infantil física ni la psicológica presentaron diferencias importantes en las tres regiones naturales. La violencia de pareja tampoco manifestó diferencias marcadas por región natural (Gráfico 18). Investigaciones más detalladas podrían explorar si estos resultados esconden percepciones diferentes entre regiones del concepto de violencia.

La prevalencia de violencia de pareja de tipo física en el área urbana es aproximadamente 12% más que en el área rural, según las ENDES 2004 a 2015. En cuanto a etnia, la prevalencia es mayor en el grupo de lengua materna española y menor en el de otra lengua nativa (Gráfico 19).

Por último, no hay una tendencia clara en cuanto a niveles de ingreso (Gráfico 20): el quintil III es el que concentra la mayor frecuencia, y los quintiles I y V la más baja.



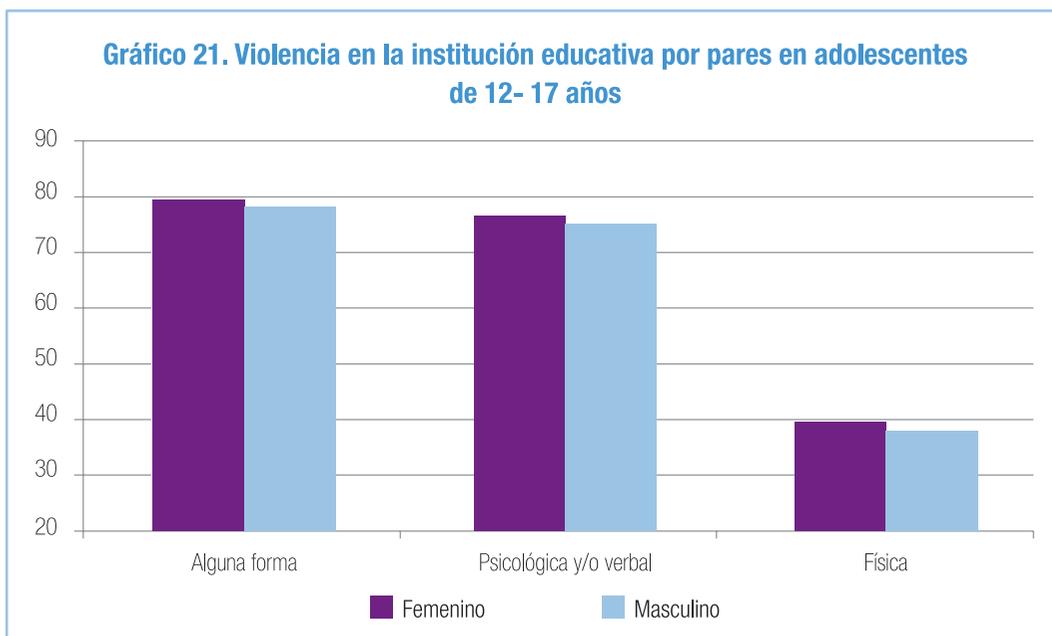
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú - Encuesta Nacional Demográfica de Salud 2004-2015. Elaboración propia.



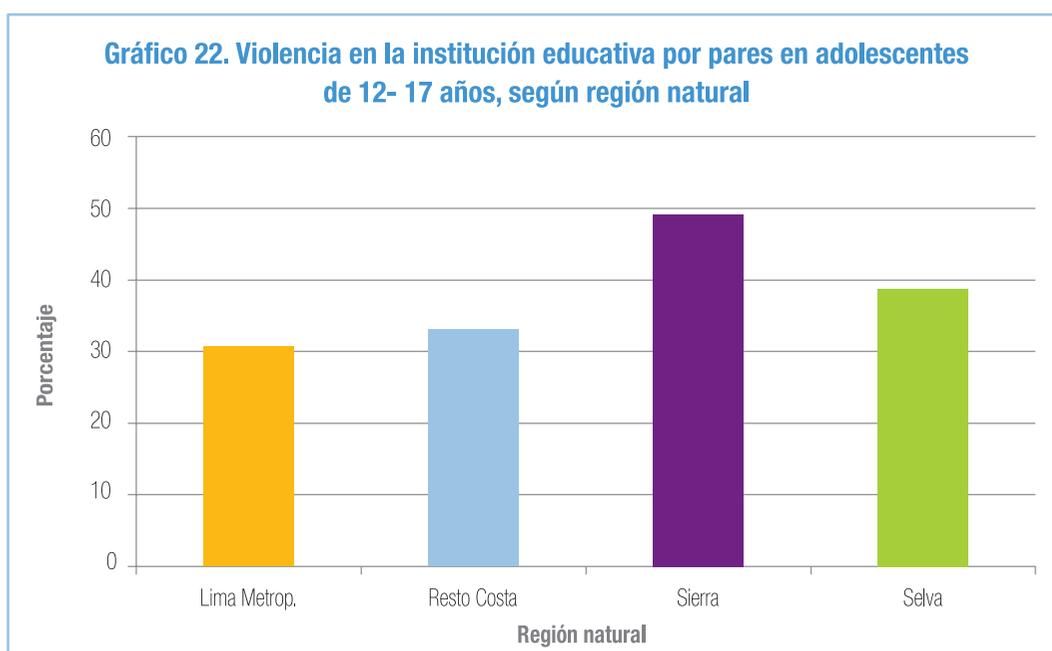
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú - Encuesta Nacional Demográfica de Salud 2004-2015. Elaboración propia.

9.1.B. Violencia en la institución educativa

La violencia infantil en las instituciones educativas puede provenir de los profesores y de los pares. La ENARES del 2015 estima que el 73,8% de los adolescentes de 12 a 17 años fue víctima, alguna vez en su vida, de algún tipo de violencia por sus pares en la institución educativa donde estudiaba. En comparación con el año 2013 se observa una disminución de hasta 10% de la prevalencia de todos los tipos de violencia (Gráfico 21).



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú - Encuesta Nacional de Relaciones Sociales 2013 y 2015. Elaboración propia.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú - Encuesta Nacional de Relaciones Sociales 2013 y 2015. Elaboración propia.

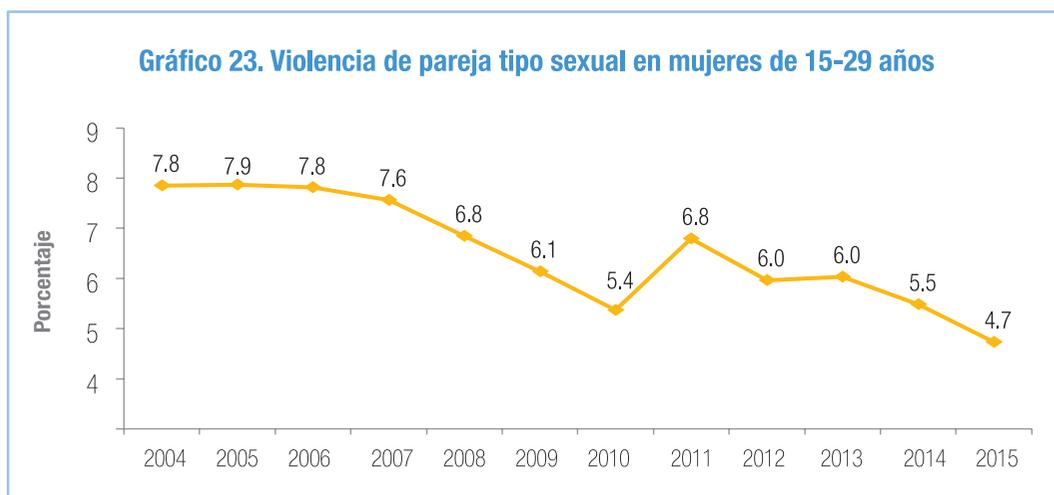
No hubo diferencias importantes de la prevalencia de violencia física por pares en institución educativa en cuanto a **sexo** (39.6% en mujeres, versus 38% en varones) ni **grupo etario** (38.3% versus 39.2%). Sin embargo, la prevalencia de violencia tipo física en el área **rural** (46.1%) fue mayor que en el área **urbana** (36.1%). La **región sierra y selva** tuvieron las mayores prevalencias de violencia tipo física, según el Gráfico 22.

9.1.C. Violencia sexual

La violencia sexual es una de las dimensiones de la violencia más difícil de estudiar dados los datos limitados en las encuestas nacionales o focalizados en un grupo específico de edad. La información disponible sobre adolescentes y jóvenes se resume a continuación.

(En la violencia sexual en adolescentes mujeres de 15 a 19 años, la ENDES solo explora la ocasionada por la pareja. Sobre la violencia sexual en adolescentes de 12-17 años, la ENARES indaga la violencia sexual de cualquier agresor e indaga la problemática en varones).

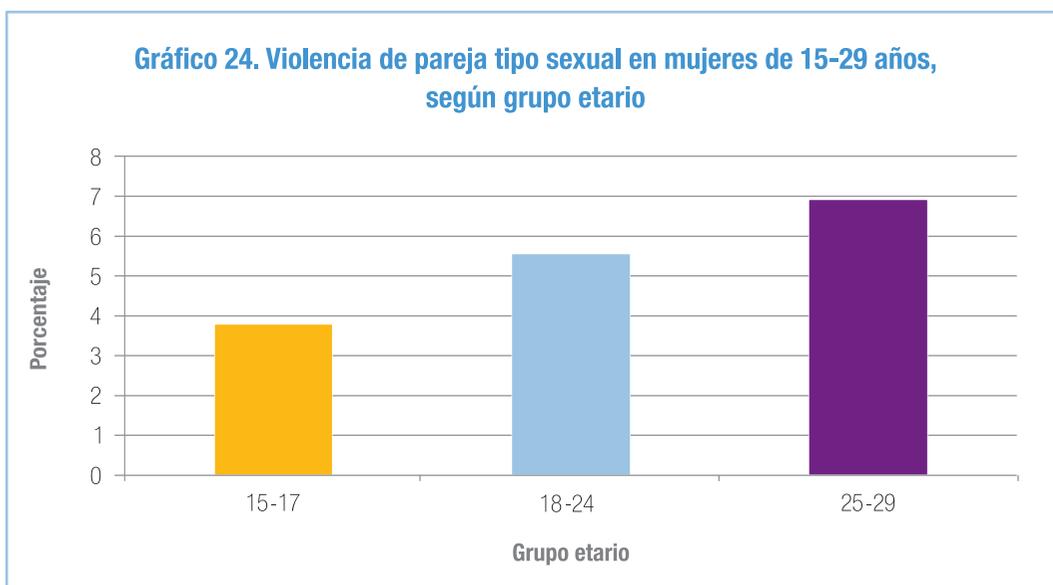
Según la ENDES 2015, la prevalencia de violencia sexual por parte de la pareja fue de 4.7% en mujeres de 15-29 años. El Gráfico 23 sugiere una disminución progresiva de esta problemática en el período 2004-2015.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú - Encuesta Nacional Demográfica de Salud 2004-2015. Elaboración propia.

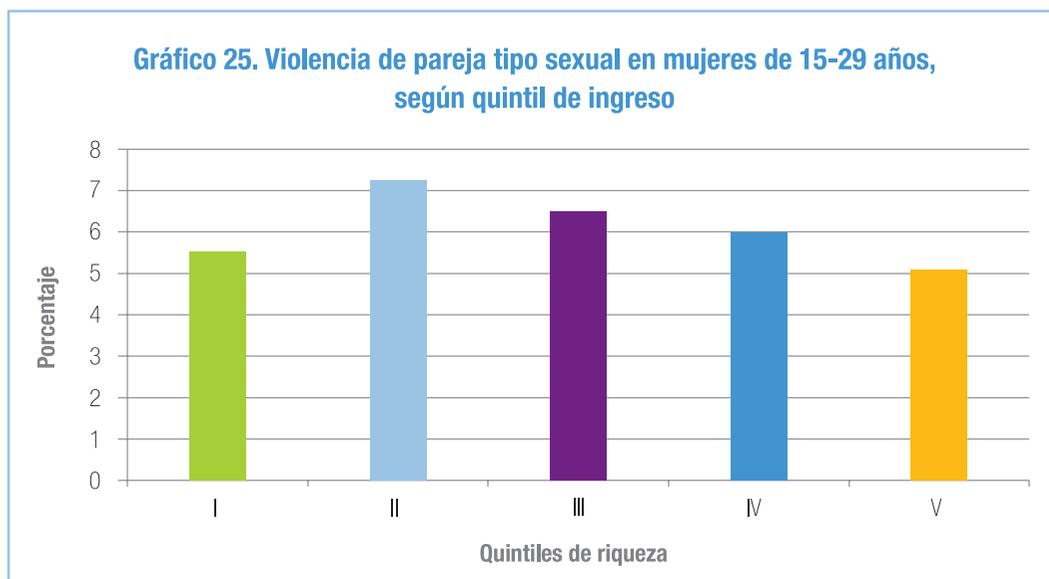
La ENDES revelan diferencias marcadas según grupo etario: las de mayor edad reportan prevalencias más altas de violencia sexual por la pareja (Gráfico 24).

Según la ENARES 2015, la prevalencia de adolescentes de 12-17 años que han sido víctimas, alguna vez en su vida, de violencia sexual es de 34,6%. Si se limita la incidencia de violencia en los últimos 12 meses, la prevalencia de violencia sexual en este grupo es de 19,9%. El grupo de 15 a 17 años reporta mayor prevalencia (43.9%) que los de 12 a 14 (36.1%). La prevalencia fue de 39.4% en **varones** es un poco menor que el 41% encontrado en **mujeres**.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú - Encuesta Nacional Demográfica de Salud 2004-2015. Elaboración propia.

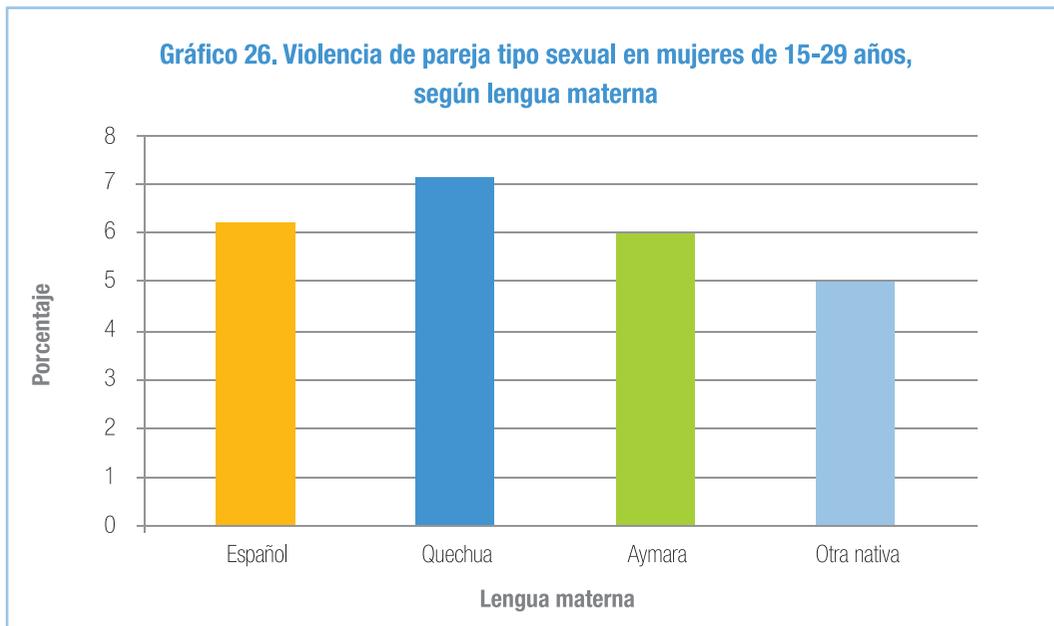
Las diferencias según **ingreso** (Gráfico 25) no muestran una asociación clara: los quintiles II y III son los que muestran la mayor prevalencia de violencia de pareja de tipo sexual.



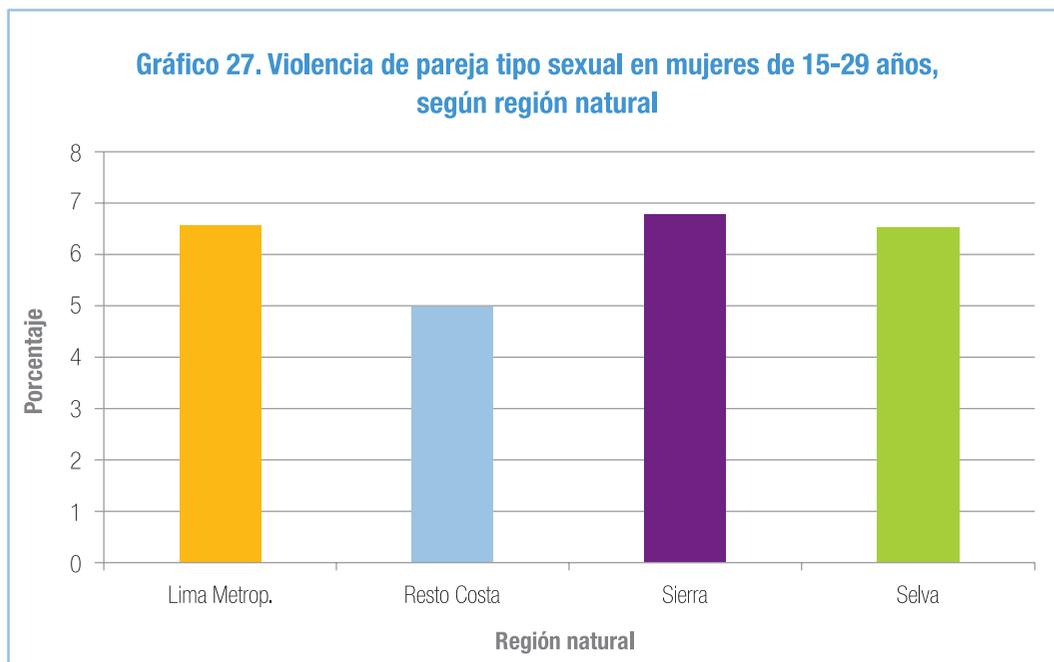
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú - Encuesta Nacional Demográfica de Salud 2004-2015. Elaboración propia.

No hay diferencias significativas entre las áreas **urbana** y **rural**. Respecto a la **etnia**, la lengua materna quechua concentra la mayor proporción de casos de violencia sexual de pareja; las nativas amazónicas concentran la menor proporción (Gráfico 26).

Por último, las **regiones** muestran incidencias similares, a excepción del Resto Costa, que tiene una proporción menor (Gráfico 27).



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú - Encuesta Nacional Demográfica de Salud 2004-2015. Elaboración propia.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú - Encuesta Nacional Demográfica de Salud 2004-2015. Elaboración propia.

9.1.D. Violencia en la comunidad: Violencia juvenil y situación penal de adolescentes y jóvenes

La violencia juvenil es definida como cualquier manifestación de violencia (intimidación, agresión física con o sin uso de arma, la violencia de pandillas, etc.) que ocurre fuera del hogar en adolescentes y jóvenes. Posiblemente la violencia juvenil sea la forma más conocida de la violencia, debido a la atención que recibe en los medios de comunicación. Los adolescentes y jóvenes son los principales perpetradores y, paradójicamente, son las víctimas más frecuentes. La violencia juvenil contribuye sustancialmente a la carga mundial de muertes prematuras, lesiones y discapacidad. Las familias, amigos y comunidades son también afectados, contribuyendo a la perpetuación del ciclo vicioso de la violencia.

Según el Censo Nacional Penitenciario 2016, aproximadamente la tercera parte (34%) de la población penitenciaria en el Perú tiene entre 18 y 29 años y, de ellos, el 95.4% son varones. El grupo de 18-24 años representa el 16% del total y el de 25-29 años el 18%¹².

Los Centros Juveniles de Diagnóstico y Rehabilitación (CJDR) ilustran las consecuencias de la violencia juvenil. Del total de la población penitenciaria del Perú, el 7.6% habría estado recluido en un CJDR alguna vez en su vida. En el grupo de 18 a 29 años, el 11.4% habría estado en un CJDR.

Según el Censo Nacional de los CJDR 2016 había en ellos 1965 jóvenes, de los cuales 96% eran varones. El 60% tenían entre 14 y 17 años y el 40% entre 18 y 21. Esto evidencia conductas de criminalidad en etapas tempranas del ciclo de vida.

Un aspecto clave de estos adolescentes y jóvenes es su posibilidad de reinserirse a la sociedad, ya sea para estudiar o trabajar. Sin embargo, el 57% de los infractores no completaron la secundaria. El 25.6% refirió que la razón por la que no estudió fue haber ingresado al centro juvenil; el 18.2% refirió dejar de estudiar por necesidad económica. Estas cifras ilustran el enorme reto de las políticas públicas para reinsertar esta población.

9.1.E. Violencia hacia el grupo LGTBI

El grupo LGBTI es víctima de condiciones de violencia particulares dada la discriminación y marginalidad que afectan a las jóvenes lesbianas y los gay, trans y bisexuales. Al mismo tiempo, existe un gran vacío de información sobre esta población.

Algunos datos exploratorios se deducen del estudio realizado por la Secretaría Nacional de Juventudes en el año 2014 entre los asistentes a la marcha del orgullo gay (635 jóvenes de 18 a 29 años entrevistados en Lima). De ellos, 60% se declaran víctimas de agresiones verbales, 15% víctimas de chantaje y extorsión y 13% víctimas de tocamientos y agresiones físicas. Además, un 36% reporta haber sufrido violencia escolar (bullying).

¹² Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Primer Censo Nacional de Población en los Centros Juveniles de Diagnóstico y Rehabilitación, 2016 Perú: INEI; 2016. https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib13_81/libro.pdf

Sobre el contexto de la discriminación, un 28% reporta ser discriminado por amigos, 23% por vecinos, 20% en el hogar y 18% por personal del centro de estudios, seguridad municipal o policial.

En esa población, la tasa de no culminación escolar, ya sea en edad normativa o no, alcanzó el 6%.

Un 57.6% reporta haber participado en marchas del orgullo anteriores y un 38.7% en otras manifestaciones públicas.

9.2 POLÍTICAS Y PROGRAMAS

En el país existen varias políticas dirigidas a la reducción de la violencia. Son planteadas por diversos sectores pero carecen de un ente rector formal. Se destacan cuatro programas:

9.2.A. Atención psicológica a víctimas de violencia

Esta intervención se encuentra operativa sólo en Lima Metropolitana. Aunque comprende una gran diversidad de actividades, la única que posee normativa y asignación presupuestal es el “Servicio de atención psicológica a albergadas en hogares de refugio temporal (HRT)” (actividad en el PPO080 “Lucha contra la violencia familiar”).

La intervención terapéutica comprende orientación respecto a la violencia familiar y sexual y temas afines, atención psicológica individual o grupal, y talleres de reflexión.

La atención psicológica de víctimas de violencia reglamentada y asignación presupuestal está limitada entonces a mujeres mayores de 18 años refugiadas en aquellos HRT de mayor demanda. Ello deja una amplia brecha de atención a la población masculina y la población menor de edad. Además, las opciones de servicios psicológicos brindados en los HRT no incluyen la psicoterapia cognitivo-conductual, que en otros países ha mostrado la mayor efectividad en la reducción de daños psicológicos en víctimas de violencia.

9.2.B. Acompañamiento a familias

Intervención del Programa Nacional Cuna Más a través de visitas a hogares y sesiones de socialización para mejorar el desarrollo infantil (RDE 01-2013-MIDIS/PNCM). Su presupuesto ha mostrado un aumento progresivo, reportando para el 2016 una asignación de S/. 104,827,261.

Este análisis sólo considera las visitas al hogar. El acompañamiento consiste en un mínimo de 3 visitas domiciliarias mensuales a madres, padres o cuidadores de niños menores de 36 meses de edad en zonas rurales en situación de pobreza. Cada visita incluye: 1) indagación del estado y las actividades del niño o niña 2) observación de las actividades familiares 3) juego planificado con el niño o niña para su desarrollo motriz y cognitivo 4) actividad para desarrollo del lenguaje del niño o niña y su vínculo con los padres 5) retroalimentación y entrega de material complementario. El actual protocolo de las visitas debe verificarse para ver si es suficiente su componente de desarrollo afectivo, apego o estilo de crianza.

El servicio es brindado por miembros de la comunidad que tengan educación primaria completa, experiencia en trabajo comunitario o con niños pequeños, y manejen la lengua materna de la comunidad. Experiencias exitosas de otros países, el servicio es brindado por enfermeras entrenadas.

9.2.C. Programa de Facilitadores en Acción contra la Violencia Familiar y Sexual

Esta intervención del Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual busca involucrar la comunidad en la prevención de la violencia. Comprende acciones preventivo-promocionales, de vigilancia y detección oportuna de casos de violencia familiar o sexual. Desde su creación en 2014, su presupuesto ha mostrado una reducción sostenida.

Las acciones son llevadas a cabo por facilitadores/as en colaboración con instituciones públicas y privadas de la comunidad. Los y las facilitadores/ras son líderes comunitarios voluntarios de las zonas de intervención de los Centros Emergencia Mujer (CEM).

La capacitación para facilitadores (13 sesiones de 3 horas cada una) es impartida por promotores de los CEMs. Los temas cubiertos incluyen: género, violencia familiar y de género, legislación, comunicación asertiva, pautas de crianza, abogacía, redes sociales, trabajo en equipo, planificación de actividades, derechos humanos, procedimientos frente a la violencia familiar y sexual, detección del maltrato y abuso sexual infantil y adolescente, estrés y pautas de autocuidado.

Pese a sus aciertos, la intervención preventiva mediante facilitadores no incluye dos elementos que han sido importantes en otros países: la formación de redes de soporte y sistemas locales de respuesta a la violencia.

9.2.D. Recuperación de espacios públicos

Esta intervención es parte de la estrategia multisectorial “Barrio Seguro”. Articula diversos sectores bajo el objetivo de crear espacios públicos de participación ciudadana y prevención de la delincuencia y la violencia. El conjunto de actividades se refleja en la Tabla 6.

Por incorporar varios temas considerados en el presente documento, “Barrio Seguro” sería un espacio propicio para el paquete integral dirigido a adolescentes y jóvenes que propone este estudio. El programa se compone de 3 estrategias:

1. Prevención policial:

- a.** Policía comunitaria: agentes policiales proactivos en buscar los problemas de la comunidad. Se acerca a las comunidades e implementa acciones en conjunto con estas.
- b.** Patrullaje en zonas críticas: la evidencia muestra que ciertas zonas de las ciudades concentran el mayor número de actos delictivos. Requiere previos insumos de información (mapas de delito y riesgo), creación de rutas de patrullaje y contratación de policías.
- c.** Investigación e inteligencia para combatir las redes criminales que impidan la intervención.

2. Prevención social:

Se enfoca en adolescentes y jóvenes, es multisectorial y con enfoque de factores de riesgo. Prioriza la deserción escolar, desempleo/empleo no digno, consumo de alcohol y/o drogas, problemas de salud mental y espacios violentos o que promuevan la delincuencia. Busca la construcción o recuperación de espacios públicos adecuados con actividades de participación comunitaria.

3. Prevención comunitaria:

Involucramiento de asociaciones civiles o juntas de vecinos en la vigilancia y prevención de la delincuencia.

Al ser un programa multisectorial requiere acciones articuladas de diversos sectores, especialmente mediante su respectiva asignación presupuestal para los lugares donde se implementa.

Tabla 6. Sectores y actividades articulados en el Plan “Barrio Seguro”	
Sectores	Políticas y actividades
Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas - DEVIDA	Prevención y tratamiento del consumo de drogas
Instituto Peruano del Deporte - IPD	Deporte para Todos
Ministerio del Desarrollo e Inclusión Social - MIDIS	Programa Nacional Cuna Más
Ministerio de la Mujer y las Poblaciones Vulnerables - MIMP	Juguemos
	Yachay
	Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual
Ministerio de Cultura - MINCUL	Puntos de Cultura
Ministerio de Educación - MINEDU	Jornada Escolar Completa
	Orquestando
	Expresarte
	Educación Física
Ministerio de Salud - MINSA	Salud Mental Comunitaria
Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo - MTPE	Trabaja Perú
	Jóvenes Productivos
Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento - MVCS	Mejoramiento Integral de Barrios
Programa Nacional de Becas y Crédito Educativo - PRONABEC	Beca "Doble Oportunidad"

En este contexto debe mencionarse el Programa **Jóvenes Líderes**, que podría articularse con “Barrio Seguro” por sus evidentes coincidencias. Nació en 2008 cuando el Ministerio Público logró una significativa reducción de violencia en el distrito limeño de Villa el Salvador. Se hizo gracias al diálogo directo con los líderes de pandillas, la comisaría, la municipalidad y la comunidad. En 2010 se decidió convertirlo en política del Ministerio Público.

Jóvenes Líderes busca disminuir la vulnerabilidad de los adolescentes y jóvenes que infringen la ley o están en riesgo de hacerlo por el entorno en que viven. Busca restablecer sus vínculos con la sociedad, construir capacidades educativas y productivas, involucrar a sus familias en el proceso y ofrecer servicios para su desarrollo personal y social. Para ello facilita actividades educativas, servicios de salud, recreación, oportunidades laborales y voluntariado para la reparación de daños a la comunidad. En estas actividades los adolescentes y jóvenes son asistidos por un psicólogo que facilita el cambio de hábitos.

El fiscal distrital elabora la estrategia del programa para cada zona, tomando en cuenta los factores de violencia específicos y los canales de delito en coordinación con vecinos, padres, colegios, juntas vecinales, centros de salud, y otras instituciones. El enfoque restaurativo, pieza fundamental del Programa, pretende que el infractor o infractor en potencia tome conciencia y surja en él la necesidad de reparar.

Los desafíos que el programa debe enfrentar incluyen, en primer lugar, un entorno favorable para aplicarlo: vecindad activa, instituciones públicas y/o privadas dispuestas a cooperar y adolescentes y jóvenes dispuestos a participar. En segundo lugar, la capacidad y voluntad de los fiscales; siendo un programa preventivo y recuperativo, muchas veces encuentra reticencia de los fiscales, formados para la persecución y punición. En tercer lugar, no tiene programa presupuestal propio. Por último, existe un problema de articulación con los sectores en el que el Ministerio Público debe ser reconocido como actor clave.

9.3. DESAFÍOS Y PROPUESTAS

Al igual que en los otros temas priorizados, la siguiente tabla resume los principales desafíos identificados en este tema así como propuestas para resolverlos. La tabla es resultado de entrevistas con los actores de los programas, expertos en el tema y la revisión documental.

Tabla 7: Desafíos y propuestas			
ATENCIÓN PSICOLÓGICA A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA			
	DESAFIOS	PROPUESTAS	ACCIÓN
1	Cubrimiento limitado a Lima Metropolitana.	Ampliar cubrimiento y presupuesto a regiones.	Programar expansión mediante priorización de regiones más necesitadas.
2	Falta de estándares para la atención psicológica de adolescentes víctimas de violencia.	Protocolo conjunto del MINSA y MIMP para atención psicológica a adolescentes víctimas de violencia.	Definir modalidades de entrega según escenarios regionales. Considerar como canales de entrega: centros de salud mental comunitarios, establecimientos de salud, centros de emergencia mujer y hogares de refugio temporal. Incluir enfoque de interculturalidad.
3	Inexistencia de presupuesto específico para adolescentes.	Incluir presupuesto específico para adolescentes.	Incluir una actividad específica para adolescente en los programas presupuestales 0080 "Lucha contra la violencia familiar y sexual" y 0131 "Control y prevención en salud mental".
ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS			
	DESAFIOS	PROPUESTAS	ACCIÓN
1	Poca cobertura de la intervención.	Universalizar progresivamente la Cobertura.	Estrategia para universalizar priorizando regiones más necesitadas.
2	Carencia de enfoque intercultural en la ejecución de la intervención.	Modalidad de entrega adecuada a la región.	Incluir enfoque intercultural en el diseño y la implementación de la intervención.
3	Ausencia de contenidos específicos para la reducción de la violencia y los estilos de crianza sensibles y empáticos.	Incorporar el objetivo de reducción de violencia en la intervención.	Revisar los contenidos de las visitas familiares.

FACILITADORES/RAS EN ACCIÓN			
	DESAFIOS	PROPUESTAS	ACCIÓN
1	Resistencia de otros sectores para trabajar junto a los facilitadores/as.	Crear mecanismos en los presupuestos de las instituciones involucradas.	Establecer incentivos desde los presupuestos de estas instituciones para el trabajo colaborativo con los facilitadores/as.
2	Cantidad desproporcionada de facilitadores mujeres respecto a hombres.	Establecer un mínimo de facilitadores varones por área de intervención.	Crear un indicador de resultados referente a la cantidad de facilitadores según su sexo.
3	Decreciente presupuesto.	Fortalecer asignación presupuestal.	Fortalecer asignación presupuestal.
RECUPERACION DE ESPACIOS PUBLICOS			
	DESAFIOS	PROPUESTAS	ACCIÓN
1	Sectorialidad presupuestal de un programa multisectorial.	Estrategia presupuestal multisectorial para "Barrio Seguro".	Diseñar una estrategia presupuestal multisectorial que incluya a los sectores involucrados.
2	Débil rectoría del MININTER para la articulación multisectorial.	Como mecanismo intermedio, expresión presupuestal en los sectores involucrados.	En los presupuestos involucrados incorporar o fortalecer los productos incluidos en la intervención. Diseñar un incentivo desde el MININTER y el MEF para alinear los sectores, gobiernos regionales y gobiernos locales. Articular los programas "Jóvenes líderes" y "Barrio Seguro".
3	Carencia de una estrategia comunicacional, incluidos componentes curriculares, para la prevención de la violencia.	Diseñar, aplicar y evaluar una estrategia comunicacional y de contenidos curriculares para la prevención de violencia.	Convocar expertos del sector público y no gubernamental para diseño, aplicación y evaluación.

10 SUICIDIO EN ADOLESCENTES Y JÓVENES

El cuarto tema priorizado es la prevalencia del suicidio en adolescentes y jóvenes. Según estadísticas de la OMS, la depresión es una enfermedad que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo y se puede convertir en un problema de salud crítico que altera actividades laborales, escolares y familiares; su más grave desenlace es el suicidio. Según la misma OMS, cada año se suicidan aproximadamente 800 mil personas, siendo la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años.

10.1. SITUACIÓN

El suicidio siempre ha tenido una mayor prevalencia en adolescentes y jóvenes, representando la segunda causa de muerte en los adolescentes y jóvenes en el mundo y la cuarta en el Perú¹³.

Las tasas de suicidios en el Perú tienen múltiples reportes que no son necesariamente consistentes entre sí. El Ministerio de Salud (MINSA) reporta cifras anuales promedio entre 900 a 1000 personas en los últimos años. De otro lado, el registro de defunciones en el período 2011-2013 indica aproximadamente 460 suicidios al año.

La incidencia entre adolescentes y jóvenes por cada 100 mil habitantes no presenta una tendencia clara en los últimos años (Gráfico 28).

Se aprecian diferencias marcadas en la incidencia de suicidios según **sexo**: la incidencia de suicidios en hombres (2.17 por cada cien mil habitantes) es aproximadamente 50% mayor que en mujeres (1.45). Según el Gráfico 29, la mayor prevalencia en el caso de hombres se presentó en el **grupo etario** entre los 20 y 24 años de edad (2.48 por cada 100 mil habitantes); en las mujeres el pico de prevalencia se dio en el grupo de 15 a 19 años (1.92) para luego decrecer conforme aumentaba su edad.

No hay diferencias significativas en la prevalencia de suicidios entre el ámbito **rural** (1.85) y **urbano** (1.80).

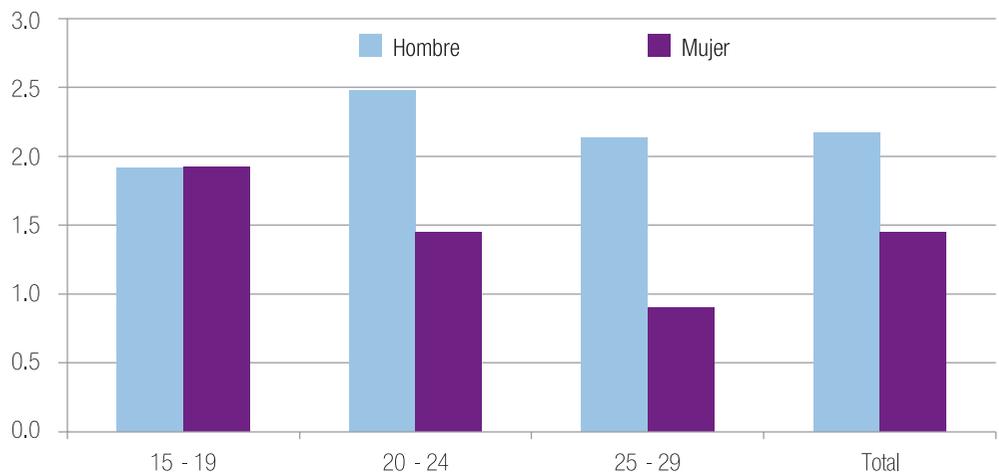
13 Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global. OMS Washington DC; 2014.

Gráfico 28. Tasa de incidencia de suicidios en adolescentes y jóvenes de 15-29 años por cada 100 mil habitantes.



Fuente: MINSA (2017). Elaboración propia

Gráfico 29. Tasa de incidencia de suicidios en adolescentes y jóvenes de 15-29 años por 100.000 hab. según grupo etario y sexo. Promedio 2004-2013



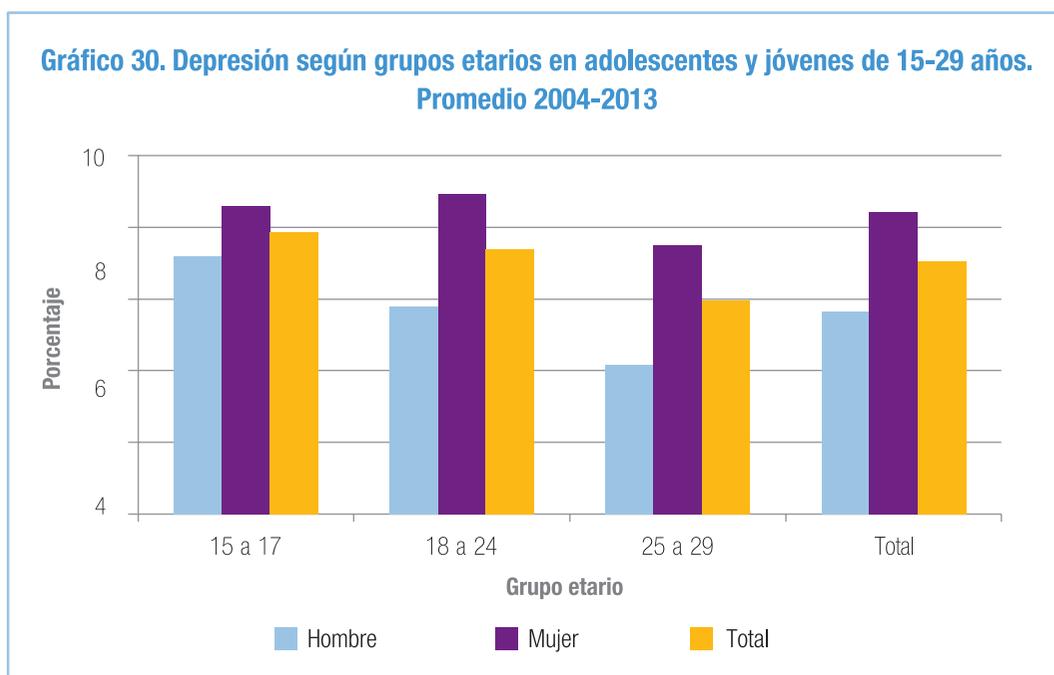
Fuente: MINSA (2017). Elaboración propia

Depresión

Las estadísticas nacionales sobre esta enfermedad se centran en publicaciones no continuas y con diferente especificidad geográfica. Desde el año 2013, la ENDES incorpora una prueba de tamizaje de depresión (denominada internacionalmente PHQ 9 - Patient Health Questionnaire 9) validada para el Perú a nivel nacional. Para este informe se utilizó el tamizaje de desórdenes depresivos en los 14 días previos a la aplicación del cuestionario¹⁴.

La población mayor de 15 años de edad presentó una prevalencia de depresión del 10.2%. En la población de adolescentes y jóvenes (15-29 años) el test estimó una prevalencia de 7%.

Según el Gráfico 30 la depresión presentó mayor proporción en las **mujeres** (8.4% frente a 5.7% en los **hombres**). Ello coincide con la evidencia internacional, donde la mujer presenta mayores índices depresivos. Afecta en mayor cuantía a mujeres de 18 a 24 años (8.9%) y, en el caso de los hombres, al grupo de 15 a 17 años de edad (7.18%)¹⁵.



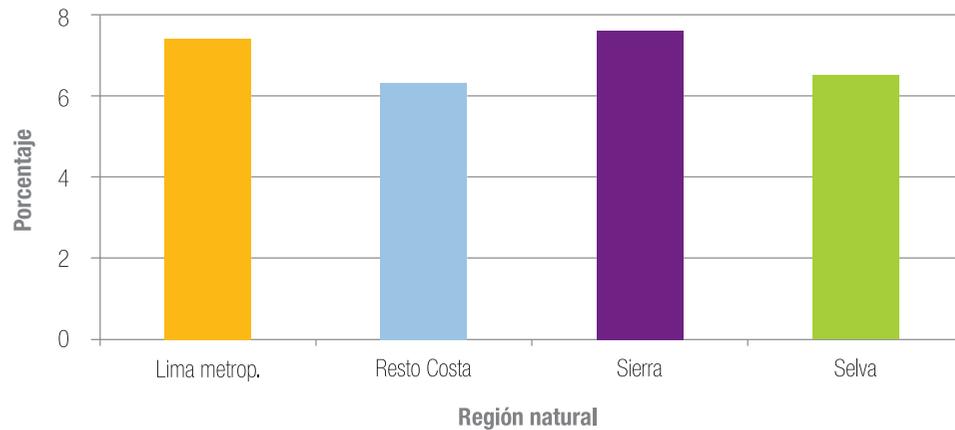
Fuente: ENDES 2013-2015. Elaboración propia

Según los quintiles de **ingreso** de los hogares, el más afectado es el tercero. Los quintiles con menor trastorno depresivo son los extremos: 6.5% en el quintil más rico (V) y 5.9% en el más pobre (I). Los estratos medios presentan la mayor prevalencia: quintil II (7.6%), III (9.25%) y IV (7.05%).

¹⁴ Calderón M, Gálvez-Buccollini JA, Cueva G, Ordoñez C, Bromley C, Fiestas F. Validación de la versión peruana del PHQ-9 para el diagnóstico de depresión. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2012

¹⁵ OMS. Depression and other common mental disorders: global health estimates. 2017: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>

Gráfico 31. Porcentaje de depresión en adolescentes y jóvenes de 15-29 años, según región natural. Promedio 2013-2015



Fuente: ENDES 2013-2015. Elaboración propia

Se observa una mayor proporción de depresión en el ámbito **urbano** frente al **rural**, con 7.5% y 5.9%, respectivamente. No obstante, hay evidencia que sugiere que el nivel de subestimación es mayor en el ámbito rural, por lo que se toma con cautela este resultado.

Las **regiones** naturales no muestran diferencias considerables. Muestran porcentajes de depresión levemente mayor la Sierra (7.6%) y Lima Metropolitana (7.4%); presentan prevalencias similares la Selva (6.5%) y el Resto de la Costa (6.3%) (Gráfico 31).

La lengua materna, como aproximación a la **etnia**, arroja algunas diferencias (tomadas con cautela pues sólo hay información de mujeres y no existe validación del instrumento PHQ 9 para lenguas diferentes del español en el Perú). Según la ENDES 2013-2015, habría mayor prevalencia de depresión en mujeres con lengua materna aymara y español (8.5%), seguidas por quienes señalaron el quechua (7.6%) y otra lengua indígena (2.4%).

Tacna, Arequipa, Madre de Dios, Ancash y Ucayali son los cinco **departamentos** con mayor prevalencia de depresión en adolescentes y jóvenes; Piura, Pasco, Loreto, Cajamarca y Lambayeque son los cinco con menor porcentaje.

10.2. POLÍTICAS Y PROGRAMAS

Recientemente el Perú viene realizando un esfuerzo sostenido para mejorar la salud mental de su población. El Ministerio de Salud, a través de su Dirección de Salud Mental, ha optado por un abordaje comunitario a través de **Centros de Salud Mental Comunitarios**. Estos brindan un paquete de servicios de salud mental que incluyen atención especializada de niños, niñas y adolescentes. Sirven como unidad funcional para varias actividades de la Dirección de Salud Mental.

Se ha realizado el tamizaje de personas con trastornos afectivos (síndromes depresivos y conductas suicidas) y de ansiedad, usando el cuestionario SQR 18, en los usuarios de todo establecimiento de salud, independientemente de su complejidad, y la entrega de un paquete de servicios de atención

en salud mental, ambulatorios o de internamiento, cuyos componentes varían según el nivel de complejidad del centro de salud. El conjunto de servicios brindados se muestra en la Tabla 8.

La intervención empezó a contar con asignación presupuestal en el 2015. Tuvo un descenso de 35% para el 2016 (cuando contó con S/. 25,366,403) y un incremento de más del 100% para marzo del 2017.

Tabla 8. Servicios de salud mental según nivel de complejidad del establecimiento de salud		
Servicio	Atención ambulatoria	Internamiento
Consulta médica	Nivel I-2, I-3, I-4, II-1, II-2, II-E, III-1, III-2 y III-E, y Centros de Salud Mental Comunitarios.	Centros de Salud Mental Comunitarios y nivel II.
Intervención individual	Nivel I	Nivel I
Intervención familiar	Nivel I, II y III y Centros de Salud Mental Comunitarios.	Centros de Salud Mental Comunitarios y nivel II
Psico-terapia individual	Centros de Salud Mental Comunitarios y nivel II.	Centros de Salud Mental Comunitarios y nivel II
Visita familiar integral	EESS de nivel II-1, II-2, II-E, III-1, III-2, III-E, y Centros de Salud Mental Comunitarios	EESS de nivel II-1, II-2, II-E, III-1, III-2, III-E, y Centros de Salud Mental Comunitarios
Tratamiento psico-farmacológico		Centros de Salud Mental Comunitarios y nivel II

El paquete de servicios para el que los profesionales de salud son entrenados varía según el nivel del establecimiento. La experiencia internacional incluye el tratamiento farmacológico y la psicoterapia cognitivo-conductual en el primer nivel de atención; la intervención en el Perú reserva estos servicios para centros de mayor complejidad, pudiendo esto restringir el tratamiento inmediato de pacientes.

Esta problemática puede verse incrementada porque la legislación y normativa no abordan adecuadamente un elemento crucial según la experiencia internacional: la articulación de redes de centros de salud para pacientes positivos al tamizaje de trastornos afectivos y de ansiedad.

También debe considerarse el componente de Salud Mental en el “Plan de Salud Escolar”, estrategia del Ministerio de Educación para abordar la salud de la población joven. Incluye distintas dimensiones de salud y recientemente el componente de Salud Mental. La intervención consta de: 1) Tamizaje de problemas por psicólogos usando el Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ por sus siglas en inglés) y el Cuestionario de Habilidades Sociales. 2) Consejería en salud mental por un psicólogo. 3) Referencia a establecimiento de salud. 4) Paquete de atención en salud mental.

El ámbito del componente de Salud Mental son los estudiantes entre 3 y 17 años. En la práctica, su accionar se restringe a instituciones de educación primaria adscritas al “Programa de Alimentación Escolar Qali-Warma” que se encuentren en jurisdicción de algún Centro de Salud Mental Comunitaria. Esto limita el número de beneficiarios de la intervención. Pero ella tiene un gran potencial preventivo por dos razones. Primero, la amplia cobertura de la educación básica regular supera ampliamente la de los establecimientos de salud. Segundo, la atención de población joven es una de las estrategias de mayor costo-efectividad en prevención de desórdenes mentales y promoción de bienestar.

10.3. DESAFÍOS Y PROPUESTAS

Al igual que en los otros temas priorizados, la siguiente tabla resume los principales desafíos identificados en este tema así como propuestas para resolverlos. La tabla es resultado de entrevistas con los actores de los programas, expertos en el tema y la revisión documental.

Tabla 9: Desafíos y propuestas			
	DESAFIO	PROPUESTA	ACCIÓN
1	Programación presupuestal se hace para población general.	Visibilizar la asignación a las etapas de vida adolescente y joven.	Incluir en los presupuestos actividades para asignación a etapas de vida específicas.
2	Programación de recursos en base a registros históricos, que limita la programación y posterior abastecimiento de recursos para salud mental (SM).	Programación de recursos basada en población y prevalencia de patologías.	Incorporar criterios para programación de recursos basados en población adolescente.
3	Inadecuada distribución del presupuesto de SM: la mayor proporción destinada a 3 grandes hospitales especializados en Lima.	Asignación presupuestal al primer nivel de atención en Lima y regiones.	Identificar los establecimientos de salud con mayor demanda en estos temas y asignar recursos adicionales.
4	Formación de pregrado en medicina, psicología y trabajo social y en especialización médica de psiquiatría no visibiliza la SM en adolescentes y jóvenes (prevención, diagnóstico, manejo farmacológico y no farmacológico).	Programas especializados para el manejo de adolescentes y jóvenes.	Programas de capacitación para personal de salud en temas de SM dirigidos a adolescencia y juventud.
5	No se abordan necesidades específicas de género ni de grupos étnicos.	Protocolos de SM dirigidos a adolescentes y jóvenes con enfoque intercultural.	Los protocolos de SM incluirán enfoque intercultural de los tres pueblos originarios más importantes.
6	Los médicos y resto de personal de salud tienden a eludir los problemas de SM, en especial de niños, adolescentes y jóvenes.	Programas de asistencia técnica y monitoreo a centros priorizados en regiones.	Capacitación, acompañamiento y monitoreo por equipo especializado en SM, enfatizando la SM por etapas de vida, para capacitar al personal de salud.

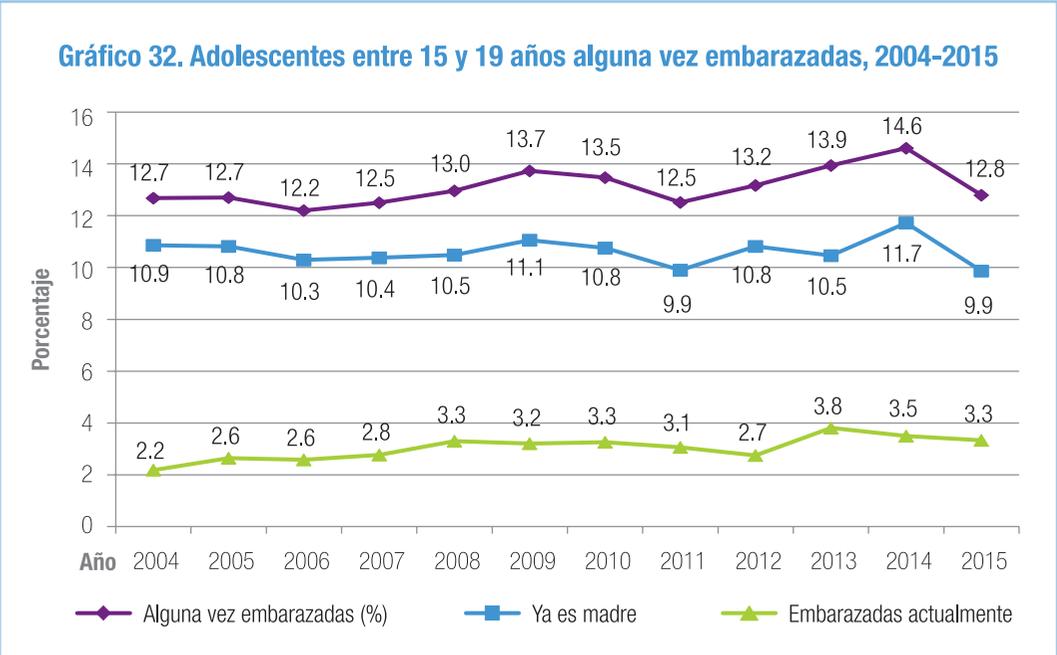
	DESAFIO	PROPUESTA	ACCIÓN
7	Para cubrir la demanda nacional se necesitan alrededor de 300 CSMC; sólo existen 29 (30% de ellos en Lima/Callao). Se postula que cada CSMC debe contar con 3 psiquiatras, uno por cada servicio de asistencia profesional; pero es limitada la oferta de psiquiatras, en particular de especializados en niños/as y adolescentes (aproximadamente 80).	Centro de Salud Mental Comunitario como centro de referencia de redes de salud.	Diseñar red de servicios de salud que incluyen las acciones de salud mental y tienen como referente el CSMC.
8	Mayoría de psiquiatras y psicólogos en Lima/Callao. Casi nula oferta de personal especializado en regiones.	Equipos de SM con modalidad itinerante en provincia, con énfasis en zonas rurales.	Incorporar actividad en el presupuesto para zonas rurales.
9	El componente de SM se aplica en un número reducido de centros educativos, debido a que no existe suficiente personal especializado en SM y dependen del personal de los CSMC. Esto dificulta ampliar el programa a centros educativos fuera de la cobertura de los CSMC. El componente de SM solo se aplica a nivel de educación primaria, no en secundaria (población adolescente). El único tamizaje realizado por el componente de SM es el de violencia.	Plan de Salud Escolar en su componente de SM ejecutado por personal de salud no especializado.	Diseñar plan de SM para escuelas que pueda ser aplicado por personal de salud no especializado. Programa de capacitación dirigido a personal de salud no especializado.

11 EMBARAZO ADOLESCENTE

El quinto tema priorizado es el embarazo de las adolescentes. Los derechos sexuales y reproductivos buscan garantizar la capacidad de las personas de tomar decisiones sobre su comportamiento sexual y su reproducción, de forma autónoma y en ausencia de toda forma de violencia, discriminación y coerción. La preservación de estos derechos es esencial para los adolescentes y jóvenes del Perú por su potencial vulnerabilidad frente a la coerción y violencia, la deficiente educación en derechos y sexualidad, y el deficiente acceso a información y servicios de calidad.

11.1. SITUACIÓN

La prevalencia de adolescentes de 15 a 19 años alguna vez embarazadas fue de 12,8% en el año 2015. Este indicador ha tenido un ligero incremento en promedio en el periodo 2004-2014, presentando el 2015 una ligera disminución frente al año anterior (Gráfico 32).

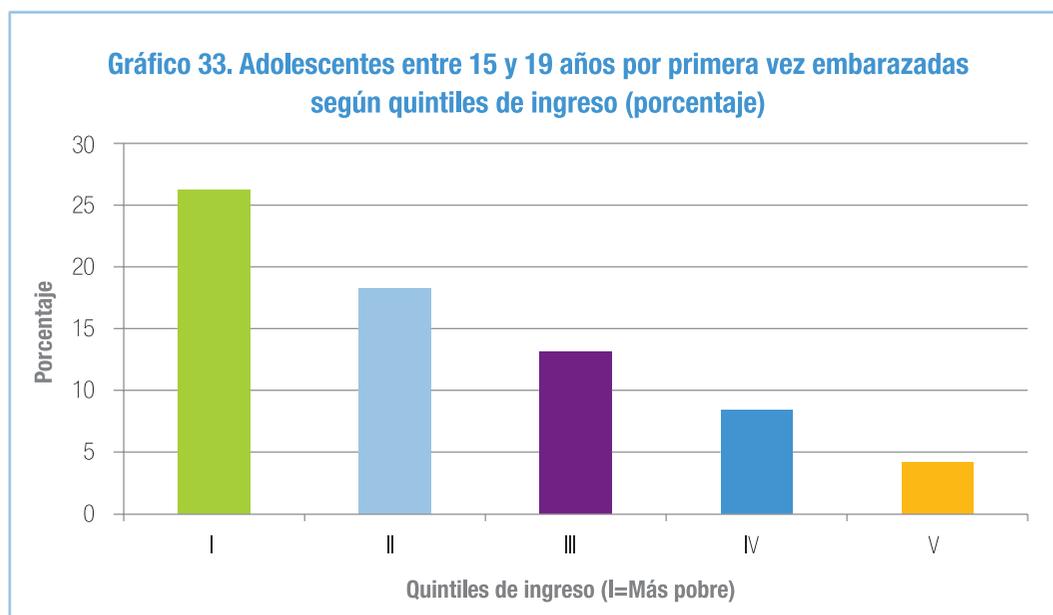


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú – Encuesta Nacional Demográfica de Salud 2004-2015. Elaboración propia.

Las adolescentes que ya son madres y las embarazadas actualmente también muestran un ligero incremento durante el período y una disminución en 2015. Las prevalencias del año 2004 son muy parecidas a las del 2015, evidenciando las dificultades para disminuir esta problemática.

El embarazo adolescente presenta importantes disparidades socioeconómicas y geográficas. Entre el 2004 y el 2015, la prevalencia de adolescentes alguna vez embarazadas fue casi el doble en el área rural (21.1%) que en la urbana (10.3%); estas disparidades han estado presentes a lo largo de todo el período sin cambios importantes.

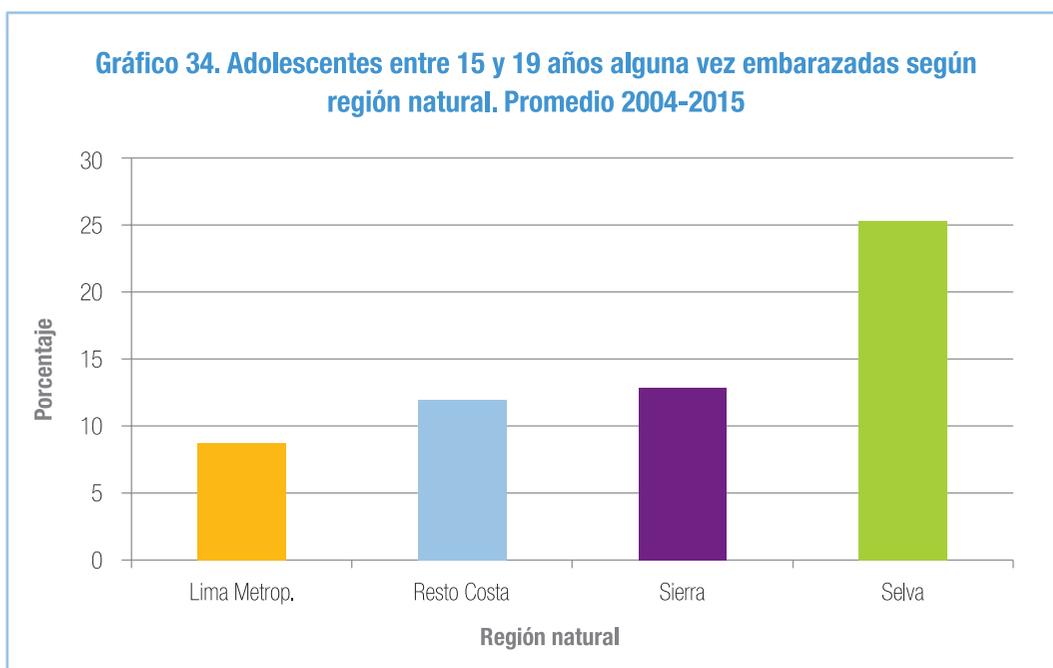
Los quintiles de ingreso muestran una mayor prevalencia de adolescentes alguna vez embarazadas en los quintiles con menor ingreso y una diferencia de más de 20% entre el primer y último quintil (Gráfico 33). El porcentaje de adolescentes alguna vez embarazadas en el quintil con menor ingreso ha disminuido entre el año 2008 y 2011 pero en los últimos años se aprecia un ligero incremento.



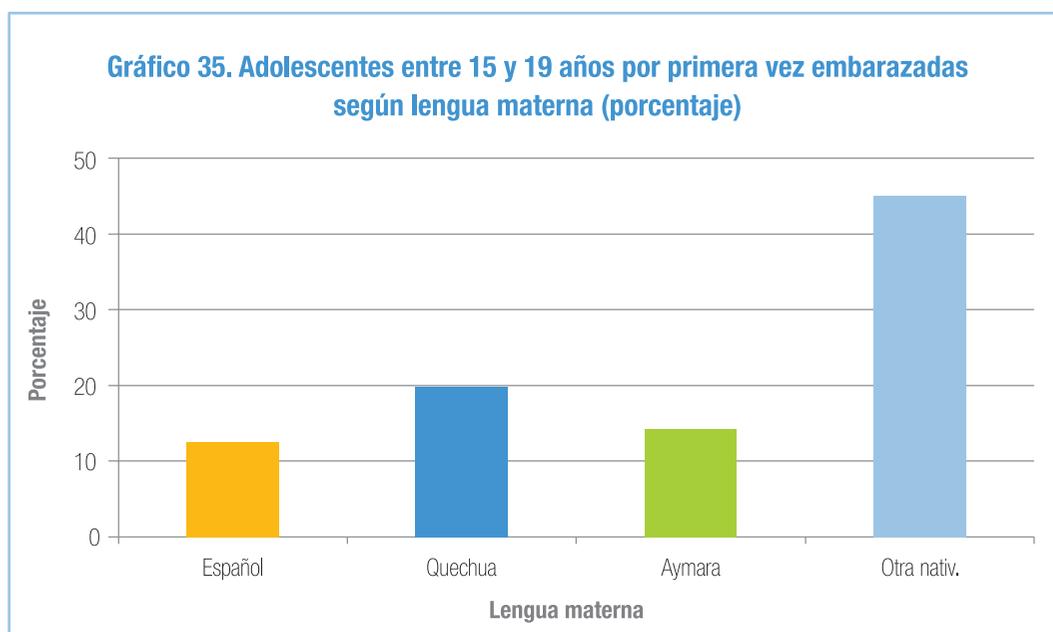
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú – Encuesta Nacional Demográfica de Salud 2004-2015. Elaboración propia.

En cuanto a las **regiones naturales**, la Selva presenta prevalencias mucho más altas de embarazo adolescente que las otras regiones. En el 2015, 25% de las adolescentes de 15 a 19 años que viven en la selva han estado embarazadas alguna vez en su vida (Gráfico 34). Además, hay una tendencia al incremento del indicador en la Selva y una ligera disminución en las otras regiones. Factores socioeconómicos y étnico-culturales, así como la histórica ausencia del Estado en la región Selva podrían ser determinantes de la concentración de casos en ella.

La etnia es otro determinante que ilustra las disparidades. El Gráfico 35 muestra una alta prevalencia de embarazo en adolescentes de lengua materna nativa amazónica en comparación con la lengua quechua y español. En seis regiones de la Selva (Loreto, Amazonas, San Martín, Ucayali, Junín y Madre de Dios), en el período 2004-2015, el 46.3% de las adolescentes de 15-19 años de lengua nativa amazónica ha estado embarazada alguna vez; de las adolescentes con lengua materna español, el 26% lo estuvo.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú – Encuesta Nacional Demográfica de Salud 2004-2015. Elaboración propia.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú – Encuesta Nacional Demográfica de Salud 2004-2015. Elaboración propia [Nota: Lengua Aymara: muestra con menos de 25 casos].

Las **conductas sexuales de riesgo** son un factor importante del embarazo adolescente. La proporción de adolescentes y jóvenes de 15 a 29 años que refieren haber usado condón en su primera relación sexual se incrementó de 19.4% en 2007 a 36.2% en 2015. Este incremento ocurrió en todos los grupos etarios (Gráfico 36). Pese a esta mejora, en 2015 sólo la tercera parte de las adolescentes de 15 a 17 años usaron condón en su primera relación sexual, confirmando que aún queda mucho por lograr. La prevalencia de embarazo adolescente fue el doble entre

Gráfico 36. Adolescentes y jóvenes entre 15-29 años que usaron condón en su primera relación sexual



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú – Encuesta Nacional Demográfica de Salud 2004-2015. Elaboración propia.

quienes no usaron condón en su primera relación sexual (55.6%) en comparación con quienes sí lo usaron (27.5%).

La edad en la que se tuvo la primera relación es otro factor de riesgo importante. Entre el 2004 y 2015, las adolescentes alguna vez embarazadas tuvieron su primera relación sexual, en promedio, un año antes que sus pares no embarazadas (15.2 ± 1.4 versus 16.2 ± 1.5).

11.2. POLÍTICAS Y PROGRAMAS

Para prevenir la problemática descrita, el MINEDU, a través de la Dirección de Tutoría y Orientación Educativa, ha elaborado una propuesta de temáticas de **educación sexual**. Según los “Lineamientos y orientaciones pedagógicas para la educación sexual integral”, la intervención cubre sesiones desde la educación inicial (ciclo I y II) hasta la secundaria (ciclo VI y VII). Los contenidos se ajustan según el nivel y grado de los alumnos, considerando enfoques de interculturalidad, desarrollo y derechos humanos, y equidad de género. Los ciclos VI y VII constan de 11 sesiones (seis en el ciclo VI y cinco en el ciclo VII) que abarcan temas como los cambios en la adolescencia, relaciones equitativas de género, prevención de abuso sexual (final del ciclo VI). También incluyen derecho y autoestima en el adolescente, comunicación asertiva y el inicio de relaciones sexuales en las y los adolescentes (final del ciclo VII), etc.

Las sesiones de educación sexual incluidas dentro del Currículo Nacional (como parte de la tutoría) son distribuidas a lo largo de toda la etapa escolar (de la educación inicial a secundaria). Esto

debería proporcionar una cobertura del conocimiento necesario por cada etapa de vida. Será decisivo un efectivo monitoreo para que los conocimientos sean recibidos de manera adecuada.

Además, el Currículo Nacional de la Educación Básica (Resolución Ministerial 281-2016-MINEDU) incorpora el enfoque de Derechos e Igualdad de Género. La primera competencia del currículo busca que los y las estudiantes construyan su identidad incluyendo el desarrollo de capacidades para vivir su sexualidad de manera plena y responsable.

El **MINSA capacita docentes** de todos los niveles educativos en salud sexual integral y habilidades de vida y proyectos de vida mediante dos talleres (de 12 horas cada uno) que siguen los lineamientos del MINEDU. Además, los talleres brindan asistencia técnica y acompañamiento para proyectos de aprendizaje en salud sexual integral. La intervención del MINSA incluye entrega de métodos anticonceptivos acompañados de consejería a los adolescentes que lo soliciten.

Por otra parte, el MINSA presta **servicios diferenciados para adolescentes** en el marco del “Plan de atención integral para adolescentes”. Los servicios incluyen ambientes exclusivos, horarios diferenciados, espacios en instituciones educativas, centros de desarrollo juvenil y servicios especializados. Esto abarca consejería integral (salud sexual, mental, física y nutricional), evaluaciones y tamizajes para las principales patologías de este grupo etario. Además, comprende visitas domiciliarias para captación y casos desertores. Es importante el apoyo del MINSA a los docentes para que éstos validen los contenidos a presentar a los alumnos. La entrega de anticonceptivos en los servicios diferenciados para adolescentes vienen acompañados de charlas y seguimiento de los beneficiarios. Es particularmente importante el apoyo y seguimiento en esta implementación. Debe fomentarse la interacción entre los profesionales de salud y las de educación

En el MINEDU, los lineamientos para educación sexual integral que guían las sesiones de educación sexual están normados bajo la Resolución Directoral 0180-2008-ED y los servicios diferenciados en la Resolución Ministerial 1077-2006/MINSA.

El monto asignado para sesiones de educación sexual integral y servicios diferenciados para adolescentes presentó un aumento de más del 100% en 2017 con respecto al año anterior (de S/. 93,720,434 a S/. 225,664,330 soles). Sin embargo, en las regiones amazónicas y Tumbes la magnitud de la problemática no se refleja en la inversión por persona.

11.3. DESAFÍOS Y PROPUESTAS

Al igual que en los otros temas priorizados, la siguiente tabla resume los principales desafíos identificados en este tema así como propuestas para resolverlos. La tabla es resultado de entrevistas con los actores de los programas, expertos en el tema y la revisión documental.

Tabla 10: Desafíos y propuestas

	Desafíos	Propuestas	Acciones
1	Poca articulación entre los establecimientos de salud y las instituciones educativas. No existe protocolo conjunto para las sesiones educativas, referencia y entrega de anticonceptivos a los adolescentes.	Protocolo conjunto para tutoría en salud sexual y reproductiva, referencia y entrega de anticonceptivos.	Contendrá roles y procedimientos de implementación y monitoreo para establecimientos de salud y de educación.
2	Hay protocolos de las sesiones educativas en SSR pero los tutores requieren capacitación para poder brindarlas.	Protocolo conjunto de MINSA y MINEDU para capacitación de docentes tutores en temas de SSR.	Incluir enfoque intercultural. Incluir una actividad en el presupuesto del MINEDU y del MINSA.
3	No es posible visibilizar la asignación presupuestal para los adolescentes en el programa materno neonatal. No existe una actividad específica para programar compra de anticonceptivos para adolescentes.	Programación en anticonceptivos específica para adolescentes.	Agregar una sub-actividad específica en el Programa presupuestal materno neonatal.
4	Falta de infraestructura adecuada en los establecimientos de salud para brindar servicios diferenciados a adolescentes.	Adecuación de servicios diferenciados.	Acuerdos entre el personal y la administración de los establecimientos de salud sobre las instalaciones necesarias para brindar servicios diferenciados.
5	Modalidad de entrega no adecuada a la realidad local.	Protocolos regionales que adecuen la intervención en el establecimiento de salud e institución educativa.	Contendrán definición de escenarios en la región.
6	Personal de salud poco dispuesto a dar consejería en SSR y anticonceptivos.	Campaña de información sobre garantías para el personal de salud, en especial al suministrar anticonceptivos.	Concientizar al personal de salud sobre la validez de las intervenciones.
7	No existen incentivos para la atención en salud reproductiva en adolescentes.	Incentivos del MINSA y MINEDU a favor de la atención a la salud reproductiva en adolescentes.	Incorporar en los mecanismos de incentivos de ambos sectores. Énfasis en Amazonia y zona rural.



ANEXO

EXPERIENCIAS INTERNACIONALES DE REFERENCIA SOBRE LOS 5 TEMAS PRIORIZADOS

Para el análisis de las políticas y programas en el Perú se buscaron como referencia experiencias relevantes de otros países. Para ello se revisó la literatura científica sobre cada tema priorizado, principalmente estudios de evaluación de impacto y/o de resultados.

En estas experiencias fueron considerados su nivel de evidencia (se priorizaron las que tuvieron revisiones sistemáticas), contexto (se priorizaron las realizadas en Latinoamérica) y resultados (se favorecieron aquellas que obtuvieron mejoras importantes). Un grupo de expertos identificó las intervenciones más factibles, así como intervenciones complementarias no identificadas en la revisión de la literatura.

Se resumen a continuación las experiencias internacionales de referencia para cada tema priorizado. Al final de cada tema se indica la bibliografía pertinente.

1. NO CULMINACIÓN ESCOLAR EN EDAD NORMATIVA

Existe una amplia historia de iniciativas que buscan aumentar la culminación escolar en edad normativa, principalmente mediante la prevención de la deserción escolar. Un ejemplo es el Centro Nacional de Prevención del Abandono escolar de Estados Unidos (National Dropout Prevention Center).

Fashola y Slavin revisaron en el 2009 los programas de prevención de deserción escolar; encontraron programas como “ALAS” y otros basados en “cross-age tutoring” que buscaban capacitar a los adolescentes y estimularlos mediante el reconocimiento frente a sus pares y proyectos para motivarlos a continuar asistiendo a la escuela.

Estos programas presentaron un impacto positivo en la prevención de deserción escolar. El programa VYP reportó que menos del 2% de escolares intervenidos desertaron de la escuela; otro reporte encontró que luego de un año de culminada la intervención sólo 1% de los escolares intervenidos había desertado en comparación al 12% del grupo control. Resultados similares obtuvo el programa ALAS que presentó un 2.2% de deserción en su grupo intervenido en comparación al 16.7% del grupo control.

Las experiencias más exitosas en la prevención de deserción escolar incluyen las implementadas en edad preescolar. El mayor exponente es el programa Perry. Este programa se realizó en la década de los 60', en niños de 3 a 4 años en población afroamericana en pobreza en Estados Unidos, y ha presentado resultados beneficiosos en el aumento de la culminación escolar, reducción de violencia y embarazo adolescente. El programa brindaba sesiones diarias de dos horas a los niños, impartidos por maestros certificados (al menos nivel de licenciatura). Las sesiones estimulaban el aprendizaje activo involucrando al niño en la toma de decisiones y resolución de problemas, organizados en grupos de trabajo de 6 niños por maestro.

Además, el maestro realizaba visitas semanales a los padres para hacerlos partícipes del aprendizaje del niño e implementar el plan de estudios en casa. Este tipo de intervenciones son de especial relevancia pues presentan no solo resultados positivos, sino que mejoran otros indicadores en los adolescentes.

También se ha buscado asegurar la adecuada alimentación de niños y adolescentes, bajo el supuesto de que un niño/adolescente que cubre sus necesidades nutricionales presenta un mejor aprovechamiento escolar, y, por ende, permanece en la escuela.

Bibliografía

- Fashola OS, Slavin RE. Effective dropout prevention and college attendance programs for students placed at risk. J Educ Stud Placed Risk JESPAR. 1 de abril de 1998;3(2):159-83.
- What do we know about who drops out and why?: <http://www.ncset.org/publications/essentialtools/dropout/part1.3.asp>
- Social programs that work. <http://evidencebasedprograms.org/1366-2/65-2>
- Memorias Seminario. Análisis detallado de las políticas de alimentación escolar en América Latina para el fortalecimiento del programa de alimentación escolar en Colombia. Bogotá, Colombia; 2012. <http://www.fao.org/docrep/field/009/as230s/as230s.pdf>

2. JÓVENES QUE NO ESTUDIAN NI TRABAJAN

Las intervenciones para reducir la proporción de jóvenes que no estudian ni trabajan se centran en la empleabilidad de la población que transita de la escuela al trabajo o la educación superior. Estas iniciativas buscan la capacitación de adolescentes y jóvenes en áreas técnicas y habilidades que facilitarán la obtención de un empleo, junto a pasantías laborales en el mercado privado que pueden convertirse en empleos estables. Una intervención de este tipo arrojó una tasa de empleo en el grupo intervenido de 54%; un 58% de estos presentaba empleo permanente y el 74% ganaba el sueldo mínimo o más.

La transferencia condicionada de dinero ha mostrado resultados: un estudio encontró que había un efecto positivo de la intervención sobre la participación y el logro de los estudiantes intervenidos. Otras iniciativas para promover ferias universitarias o el desarrollo de habilidades sociales presentaban efectos sobre la continuidad de los adolescentes y jóvenes en la educación superior.

Bibliografía

- Angulo R. Cuatro lecciones aprendidas con la implementación del programa de transferencias monetarias condicionadas de Colombia. 2016: <http://dide.minedu.gob.pe/handle/123456789/4239>
- Oficina Internacional del Trabajo. La importancia del empleo y los medios de vida en la agenda para el desarrollo con posterioridad a 2015. http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/documents/state ment/wcms_206443.pdf
- Fondo Multilateral de Inversiones del Banco Interamericano de Desarrollo y The International Youth Foundation. Informe Final del Programa entra21. Fase I: 2001- 2007. 2009.
- Britton J, Gregg P, Macmillan L, Mitchell S. The Early Bird... Preventing Young People from becoming a NEET statistic. University of Bristol; 2011. <http://www.bristol.ac.uk/media-library/sites/cmpo/migrated/documents/earlybirdcmpo.pdf>
- Cowen G, Burgess M. Key Stage 4 Engagement Programme Evaluation. York Consulting LLP; 2009. <http://dera.ioe.ac.uk/11345/1/DCSF- RR084.pdf>

3. VIOLENCIA

La complejidad de la violencia exige un abordaje integral. Por ello se seleccionaron intervenciones con enfoques complementarios: una con enfoque recuperativo y tres con enfoque preventivo. Ellas abordan manifestaciones de violencia directa e indirectamente, a través de factores protectores y de riesgo en varios niveles: el individual, de relaciones personales, comunitario, y social-político.

- Psicoterapia cognitivo-conductual a personas menores de 21 años víctimas de violencia en 2 a 20 sesiones, en caso individual, o entre 1 y 10 sesiones, en caso sea grupal.
- Visitas domiciliarias a madres y gestantes primerizas de bajos recursos, brindadas por enfermeras para acompañamiento y educación sobre cuidado sensible y empático de los hijos. 5 a 6 visitas para gestantes y 21 a 26 visitas a madres de niños o niñas menores de 2 años.
- “Prevención del crimen a través de diseño ambiental” (CPTED por sus siglas en inglés): espacios seguros de interacción social mediante diseño ambiental, áreas verdes, alumbrado, rutas seguras y/o transporte a escuelas y espacios de recreación.
- Cambio de normas sociales: activistas comunitarios capacitados mediante 4 módulos (género y derechos, violencia doméstica, habilidades para prevenirla y tomando acción para prevenirla) para promover un proceso en 4 fases:
 1. Diagnóstico de la violencia en la comunidad, acercamiento a líderes de la comunidad
 2. Sesiones individuales o grupales sobre violencia contra la mujer y la desigualdad de género
 3. Conformación de redes locales de apoyo para víctimas y testigos de violencia
 4. Sistemas de respuesta individual, grupal o institucional frente a la violencia y desigualdad de género

Bibliografía

- Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington DC; 2002. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf
- UNICEF. La violencia contra niños, niñas y adolescentes. Informe de América Latina en el marco del Estudio Mundial de las Naciones Unidas. 2006.
- Banco Interamericano de Desarrollo. Violencia en América Latina: Epidemiología y Costos. Washington, D.C.; 2000.
- Dahlberg L, Krug E. Violence-a global public health problem. En: World Report on Violence and Health. World Health Organization; 2002 http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf?ua=1
- World Health Organization. The cycles of violence: The relationship between childhood maltreatment and the risk of later becoming a victim or perpetrator of violence World Health Organization; 2007. http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/98783/E90619.pdf
- Wethington HR, Hahn RA, Fuqua-Whitley DS, Sipe TA, Crosby AE, Johnson RL, et al. The effectiveness of interventions to reduce psychological harm from traumatic events among children and adolescents: a systematic review. Am J Prev Med. 2008.
- Olds DL, Robinson J, Pettitt L, Luckey DW, Holmberg J, Ng RK, et al. Effects of home visits by paraprofessionals and by nurses: age 4 follow-up results of a randomized trial. Pediatrics. 2004

4. SUICIDIO

Se identificó un gran número de intervenciones para reducir directa o indirectamente la carga del suicidio en la población adolescente y joven. Dos de ellas abordan el problema mediante la prevención secundaria de depresión para tratar una futura conducta o acto suicida.

Según Mann y colaboradores, las estrategias más efectivas para prevenir el suicidio incluyen las enfocadas al tamizaje de individuos con depresión en establecimientos de salud de atención primaria y su manejo en estos establecimientos o en alguno de diferente complejidad. Esta estrategia se basa en el entrenamiento del personal de salud de atención primaria en el tamizaje, diagnóstico, tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, monitoreo y referencia del usuario. En el entrenamiento resaltan las guías de práctica clínica y el acompañamiento por especialistas en salud mental. Un punto importante de la estrategia es la integración de la red de centros de salud para ofrecer servicios de diversa complejidad según amerite el paciente.

Un reciente meta-análisis de Cochrane acerca de intervenciones psicológicas en centros educativos para prevenir depresión en población joven revela que, dentro del grupo de técnicas psicológicas estudiadas, sólo las terapias cognitivo-conductual e interpersonal muestran algún efecto positivo en la reducción de síntomas depresivos a corto y mediano plazo. Estas han mostrado un efecto similar al brindarse de manera individual o grupal. El efecto de las psicoterapias cognitivo-

conductual e interpersonal fue mayor cuando la población intervenida era aquella que presenta algún antecedente de riesgo o signos/síntomas precoces de depresión.

Bibliografía

- World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. 2017: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>
- Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global. OMS Washington DC; 2014.
- Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. JAMA. 2005

5. EMBARAZO ADOLESCENTE

En la extensa literatura global sobre esta problemática, se destacan las intervenciones basadas en el currículo unidas a mejoras en servicios de salud. Kirby y colaboradores realizaron una revisión de intervenciones de prevención de embarazo adolescente. Encontraron que los programas educativos sobre sexualidad e infecciones de transmisión sexual (ITS) basados en currículo reportaban retraso del inicio de relaciones sexuales en 40% de los estudios analizados. También observaron un aumento del uso de condón en 41% de los estudios y una reducción en conductas de riesgo en 56% de los estudios. La intervención que mostró evidencia más sólida se compone de 12 sesiones con temática en Salud Sexual y Reproductiva integrados en la currícula escolar. Se hace referencia a entidades de salud de los estudiantes con necesidades de servicios de salud reproductiva; también se hacen visitas de profesores y alumnos a las entidades de salud y del personal de salud a las escuelas.

Magnani y colaboradores analizaron una intervención realizada en Bahía (Brasil), en la que se buscaba promover la conducta sexual responsable en adolescentes (incluyendo el uso de contraceptivos). Esta intervención se basó en el trabajo conjunto entre escuelas con centros de salud próximos con atención especializada en salud reproductiva.

La intervención consistía en incluir contenidos de educación sexual y reproductiva dentro de la currícula de educación regular mediante una sesión de cada tema de interés. Se incluyeron sexo y sexualidad, anatomía básica y fisiología de la reproducción humana; aspectos biológicos, psicosociales y culturales del comportamiento sexual; mitos, verdades y tabúes relacionados con sexo y sexualidad; identidad de género y rol sexual; mecanismos para evitar el embarazo e ITS y prevención de abuso de drogas. La intervención convocó a profesores entrenados en portugués, ciencias biológicas, arte e historia para la inclusión de las temáticas en la currícula regular.

Fue clave el nexo entre la escuela y el centro de salud, por ejemplo para la derivación de estudiantes con necesidades de servicios de salud sexual y reproductiva. Incluyó estudiantes sexualmente activos, aquellos interesados en iniciar su actividad sexual, los que podrían padecer ITS o que se

sospechaba estaban gestando. Con la referencia a centros de salud especializados se esperaba superar barreras al uso de servicios de salud.

Resultados importantes fueron un incremento en la información de los adolescentes en salud sexual y reproductiva y mayor uso de servicios mediante la obtención de anticonceptivos. También se observó un cambio positivo en las actitudes, percepciones e intenciones. Sin embargo, no se evidenció que el sistema de referencias (escuela-centro de salud) sea efectivo. Los adolescentes escogían los centros de salud que utilizaban por cercanía a su hogar o por la percepción de un servicio de mejor calidad.

Otros programas que promueven la conducta sexual responsable, mediante el empoderamiento de los adolescentes ante su sexualidad y salud reproductiva, han mostrado efectos importantes al generar vínculos con los servicios de consejería y métodos anticonceptivos de los centros de salud. Otras intervenciones usaron anticonceptivos reversibles de larga duración para prevenir embarazos no deseados. Otras incluyeron campañas televisivas que promovían el diálogo sobre sexualidad entre padres e hijos, lo cual permitió aumentar el diálogo familiar sobre dichos temas.

Bibliografía

- Davis KC, Evans WD, Kamyab K. Effectiveness of a National Media Campaign to Promote Parent–Child Communication About Sex. *Health Educ Behav.* 2013; 40 (1):97-106.
- McNicholas C, Peipert JF. Long-Acting Reversible Contraception (LARC) for Adolescent. *Curr Opin Obstet Gynecol.* October 2012; 24(5):293-8.
- Magnani RJ, Gaffikin L, de Aquino EML, Seiber EE, de Conceição Chagas Almeida M, Lipovsek V. Impact of an integrated adolescent reproductive health program in Brazil. *Stud Fam Plann.* September 2001; 32(3):230-43.
- Kirby D. *Emerging Answers 2007: Research findings on programs to reduce teen pregnancy and sexually transmitted diseases.* Washington DC: National campaign to prevent teen and unplanned pregnancy; 2007. https://thenationalcampaign.org/sites/default/files/resource-primary-download/EA2007_full_0.pdf



Fondo de Población
de las Naciones Unidas - Perú

Porque cada persona es importante

Av. Guardia Civil 47231, Urb. Corac, San Isidro 71000
Teléfono: 011 226 1116
Fax: 011 226 1074
Email: peru@population.unhcr.org
www.population.unhcr.org

Por un Perú donde nadie sea dejado atrás.



SISTEMA DE LAS NACIONES UNIDAS EN EL PERÚ

Av. Jorge Chávez 275, piso 3 - Miraflores

onu.org.pe

twitter.com/onuperu

facebook.com/ONUPeru