CONSECUENCIAS SOCIOECONOMICAS DEL EMBARAZO LA MATERMIDAD ADOLESCENTE EN PERU

Implementación de la metodología para estimar el impacto socioeconómico del embarazo y la maternidad adolescente en países de América Latina y el Caribe – **MILENA 1.0**







CRÉDITOS

Este estudio se realizó en el marco de la iniciativa regional "165 millones de razones para invertir en adolescencia y juventud" del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la planificación estratégica 2017-2022 de Plan International Perú, en el componente de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos.

El diseño de la Metodología para estimar el impacto socioeconómico del embarazo y la maternidad adolescente en países de América Latina y el Caribe MILENA 1.0 fue realizado por Iván Rodríguez Bernate y Federico Tobar, de la Oficina Regional del UNFPA para América Latina y el Caribe.

El consultor a cargo de aplicar la Metodología MILENA en el Perú fue Pablo Lavado con la asistencia de Renzo Guzmán. Coordinaron dicha aplicación María Eugenia Mujica, Representante Auxiliar, y Miriam Rojo, Especialista de Salud Sexual y Reproductiva de la Oficina del UNFPA en el Perú.

La revisión técnica del documento por parte de Plan International fue hecha por Ada Mejía, Jefa de Género y Equipo Técnico, Arcadia Maguiña, Coordinadora Técnico Nacional de Salud y María Alvarado, Coordinadora Técnico Nacional de Emprendimiento y Empleabilidad, en el marco de la planificación estratégica 2017-2022 de Plan International Perú, en el componente de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos.

UNFPA Perú

Markus Behrend, Representante para Perú y Director de País para Chile y Ecuador María Eugenia Mujica, Representante Auxiliar Miriam Rojo, Especialista de Salud Sexual y Reproductiva Renato Zeballos, Asociado de Comunicaciones Florencia Peñaflor, Pasante

Plan International Perú

Veronique Henry, Directora País
Ada Mejía Jefa de Genero y Equipo Técnico
Arcadia Maguiña Coordinadora Técnico Nacional de Salud
Maria Alvarado Coordinadora Técnico Nacional de Emprendimiento y Empleabilidad
Stefanny Pelaez, Facilitadora de Comunicaciones
Ricardo Olazo, Diseñador Gráfico



Tabla de contenido

Siglas y abreviaturas			4
Introducció	'n		5
SECCIÓN 1	Consecuencias socioeconómicas del embarazo y la maternidad adolescente en Perú		8
	1.	La situación del embarazo y la maternidad adolescente en Perú	9
	2.	Impactos socioeconómicos del embarazo y la maternidad adolescente en Perú	17
		2.1. Costo de oportunidad educativa vinculado al embarazo y la maternidad adolescente	17
		2.2. Costo de oportunidad laboral vinculado al embarazo y la maternidad adolescente	20
		2.3. Costo de oportunidad del ingreso laboral relacionado con el embarazo y la maternidad adolescente	24
		2.4. Costo sanitario del embarazo y la maternidad adolescente	26
		2.5. Impacto fiscal del embarazo y la maternidad adolescente en términos de la reducción de los ingresos tributarios	27
		2.6. Impacto económico total del embarazo y la maternidad adolescente para la sociedad y el Estado	27
	3.	Conclusiones	29
	4.	Recomendaciones	30
SECCIÓN 2		etodología aplicada para cuantificar las consecuencias cioeconómicas del embarazo y la maternidad adolescente en Perú	34
	1.	Definición de la población de estudio	35
	2.	Estimación del impacto del embarazo y la maternidad adolescente	35
		2.1. Estimación de la dimensión de educación	35
		2.2. Estimación de la dimensión de participación laboral	37
		2.3. Estimación de la dimensión de ingreso laboral	36
		2.4. Estimación de la dimensión de gastos en salud	39
		2.5. Dimensión del impacto fiscal y el costo de oportunidad total	41
	3.	Fuentes de información utilizadas	42
Anexos			44
Referencia	s bi	bliográficas	47

Siglas y abreviaturas

DEMUNA: Defensoría del Niño y del Adolescente

ENAHO: Encuesta Nacional de Hogares

ENDES: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar

: Establecimientos de Salud: Impuesto General a las Ventas

: Instituto Nacional de Estadística e Informática

: Impuesto a la Renta

: Métodos Anticonceptivos Reversibles de Larga Duración: Mujeres que tuvieron su primer hijo en la adolescencia

MILENA: Metodología para Estimar el Impacto Económico del Embarazo y la

Maternidad Adolescente en Países de América Latina y el Caribe

: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

MINEDU: Ministerio de Educación

MINSA: Ministerio de Salud

MTPE: Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo

OPS/OMS: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud

ONU : Organización de las Naciones Unidas

: Producto Bruto Interno

PEA : Población Económicamente Activa
PEI : Población Económicamente Inactiva

: Programa presupuestal

SIAF : Sistema Integrado de Administración FinancieraTEFA : Tasa Específica de Fecundidad Adolescente

TFNR: Trabajador Familiar No Remunerado

UNFPA : Fondo de Población de las Naciones UnidasUNICEF : Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Introducción

I Perú tiene 7.5 millones de adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 años, que representan una cuarta parte de su población: la región de América Latina y el Caribe tiene 165 millones. Esta población es la base de un bono demográfico cuya ventana de oportunidad se cerrará en poco más de 20 años. La inversión efectiva en adolescentes y jóvenes es esencial para que tengan salud y educación de calidad, sean productivos y estén plenamente comprometidos con la ruptura del ciclo de la pobreza, la igualdad y la creación de un desarrollo inclusivo y sostenible para todas las generaciones. Sólo de esa manera la oportunidad presentada por el bono demográfico se materializará en bienestar, inclusión e igualdad, prosperidad sostenible y paz para el presente y el futuro de las personas en el país. Por esa razón, el Perú tiene 7.5 millones -- América Latina y el Caribe 165 millones--- de razones para invertir en la adolescencia y la juventud.

La población adolescente y joven del país y de la región enfrenta desafíos de desarrollo, agravados y profundizados por los efectos socioeconómicos del COVID-19, que restringen su acceso a oportunidades y su derecho a elegir libremente trayectorias de vida satisfactorias. Por ejemplo, antes de la devastación ocasionada por la pandemia, cerca de 30% de adolescentes de 10 a 19 años y 22% de jóvenes de 20 a 24 años vivían en pobreza en el Perú. La proporción de jóvenes en situación de pobreza que no estudia, trabaja ni recibe ningún tipo de capacitación era 26.7% y 37.1% en mujeres jóvenes. Todos los adolescentes en situación de pobreza que trabajaban, lo hacían en el sector informal. Estudios recientes revelan que esta pro-

blemática se ha visto agudizada por los efectos socioeconómicos del COVID-19.

En un contexto de desigualdad de género, las niñas y las adolescentes se encuentran ante riesgos adicionales en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. El embarazo y la maternidad adolescente constituyen serios problemas de salud pública, de desarrollo, de derechos humanos, y de inequidad. Por esta razón, la tasa específica de fecundidad de adolescentes entre 10 y 14 años, y entre 15 y 19 años, es uno de los dos indicadores de la meta 3.7 del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 sobre de Salud y Bienestar para todas las personas: De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales. La región de América Latina y el Caribe se ve especialmente afectada por este grave problema multidimensional. Si bien su Tasa Global de Fecundidad se redujo significativamente en las últimas dos décadas, la reducción de la Tasa Específica de Fecundidad Adolescente (TEFA) no fue proporcional (66.5 de nacimientos por cada mil adolescentes de 15 a 19 años); más aún, la región es la única que tiene una tasa ascendente de embarazos en las niñas menores de 15 años.

El embarazo y la maternidad adolescente limitan la libertad de decisión de las niñas y las adolescentes sobre la vida que desean, y en este sentido son causa y consecuencia de la vulneración de sus derechos, y constituyen barreras para su desarrollo presente y futuro, y el de sus familias. Ello se acentúa en el caso de las niñas adolescentes menores de 15 años, cuyos embarazos y maternidades son indefectiblemente resultado de la violencia sexual y constituyen violaciones de los derechos humanos. De acuerdo con el reporte interagencial de OPS/OMS, UNFPA y UNICEF (2018) sobre el embarazo adolescente en América Latina y el Caribe, la evidencia revela que hay una profunda afectación de la salud de las adolescentes por el embarazo, incluyendo la obstaculización de su desarrollo psicosocial, resultados deficientes en materia de salud y mayor riesgo de morbilidad y mortalidad maternas y neonatales. Las niñas y adolescentes embarazadas o que ya son madres tienen problemas para permanecer en la escuela y concluir su educación, con efectos negativos en su formación, el desarrollo de habilidades y competencias psicosociales, y la posibilidad de acceder a oportunidades educativas y de trabajo futuras, en su autonomía y seguridad económica, y en su capacidad de participar en la vida política y pública.

El embarazo y la maternidad adolescente contribuyen a la transmisión intergeneracional de la pobreza, la vulnerabilidad, la exclusión, la discriminación, y la desigualdad de género. Desafortunadamente, el Perú no es ajeno a esta problemática. Si bien se aprecia un decrecimiento sostenido de la TEFA en las últimas dos décadas (de 75 a 53 nacimientos por cada 1,000 mujeres entre 1996 y 2017-18), ésta sigue siendo alta y su desglose revela la persistencia de severas inequidades. Lo mismo ocurre con la proporción de adolescentes entre 15 y 19 años que están embarazadas o que ya han sido madres por primera vez: un promedio nacional de 12.6% en 2018, pero de 41.7% en el caso de las adolescentes que sólo tienen educación primaria (o primaria incompleta), 24.9% en el caso de adolescentes en el quintil inferior de ingresos, 22.7% en las adolescentes del área rural y 23.5% en las adolescentes de la selva, y 32% en las adolescentes de la región Loreto.

La prevención del embarazo y la maternidad adolescente, así como la generación de condiciones habilitantes que prevengan las uniones tempranas y prácticas nocivas que restrinjan las posibilidades de niñas y adolescentes de desarrollarse y ejercer sus derechos plenamente, son componentes clave de los objetivos y el trabajo de UNFPA y Plan



Internacional. Es así que en 2019, como fruto de la alianza entre ambas instituciones, se elaboró el estudio Las adolescentes peruanas en matrimonio o unión. Tradiciones, desafíos y recomendaciones en el Perú, como parte de la asociación a nivel regional que dio lugar a la investigación que produjo el reporte Matrimonios y Uniones Infantiles, Tempranas y Forzadas: Una Realidad Oculta en América Latina y el Caribe. En los últimos años, el UNFPA ha apoyado diversos estudios del embarazo y maternidad adolescente en América Latina y el Caribe, en países como República Dominicana (UNFPA e Instituto Tecnológico de Santo Domingo, 2013), Nicaragua (Altamirano et al., 2016), Ecuador (Ministerio de Salud Pública del Ecuador et al., 2017), El Salvador (UNFPA, 2017), y Dominicana (Senasa y UNFPA, 2017). Plan Internacional, a su vez, ha desarrollado investigaciones sobre los determinantes del matrimonio infantil forzado (Plan Internacional, 2017a) y el rol de la igualdad de género como determinante para abordar diversos problemas sociales que afectan a las niñas y adolescentes (Plan Internacional, 2017b).

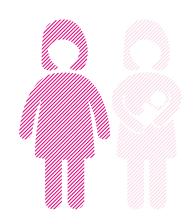
En esa misma línea, y en el marco de la iniciativa bandera regional del UNFPA, "165 millones de razones para invertir en adolescencia y juventud", la Oficina Regional para América Latina y el Caribe del UNFPA ha diseñado e impulsado la implementación de una metodología para estimar el impacto económico del embarazo y la maternidad adolescente en los países de la región con el fin

de medir el efecto de este grave problema en la vida de las adolescentes y sus familias, así como en las economías y el desarrollo de los países. El embarazo y la maternidad adolescente genera costos socioeconómicos que afectan la esfera de lo privado y se extienden al mundo de lo público. La metodología Milena 1.0 ha sido implementada en 9 países.

Por medio de la implementación de esta metodología (Milena 1.0), las Oficinas de País de UNFPA y Plan Internacional en el Perú pretenden generar evidencia que contribuya a mejorar la comprensión de los beneficios económicos, sociales y de salud pública de invertir en la prevención del embarazo y la maternidad adolescente, al igual que a diseñar, implementar, hacer seguimiento y evaluar políticas públicas efectivas en beneficio del desarrollo y los derechos de niñas y adolescentes.

La metodología Milena 1.0 mide los efectos del embarazo y la maternidad adolescente sobre cinco dimensiones: (i) educación, (ii) participación laboral, (iii) ingresos, (iv) salud y, (v) sobre los ingresos fiscales no percibidos por impuestos a nivel agregado1. El informe ha sido organizado en dos grandes secciones. En la primera se presenta al lector los resultados obtenidos de la implementación de la metodología; en otras palabras, las consecuencias socioeconómicas del embarazo y la maternidad adolescente en el Perú. También se ofrece recomendaciones de política para los diversos actores responsables de la prevención del embarazo y la maternidad adolescente. En la segunda sección se provee la información técnica detallada del estudio de caso del Perú en cuanto a la implementación de la metodología Milena 1.0.

¹ Milena 1.0 ofrece una aproximación empírica de los costos socioeconómicos asociados con el embarazo y la maternidad adolescente. No realiza ni provee resultados de análisis causales y de vinculación causal entre los factores analizados y su impacto en el embarazo adolescente.



Sección 1

Consecuencias socioeconómicas del embarazo y la maternidad adolescente en Perú

1. La situación del embarazo y la maternidad adolescente en Perú

En Perú se registra un ligero descenso en el número de mujeres menores de edad con hijos. Según el Censo Nacional de Población y Vivienda del 2017, el número de mujeres de 15 a 19 años con hijos y/o hijas nacidos vivos fue igual a 122,144, equivalente al 10.1% del total de mujeres del mencionado rango de edad. Respecto a los resultados del Censo Nacional del 2007, se observa una

ligera reducción en el número de mujeres adolescentes con hijos, igual a 155,696, equivalente al 11.7% del total de mujeres en el rango de edad de 15 a 19 años. Por grupo de edad, el porcentaje de adolescentes con hijos se ha reducido en los últimos años, con excepción de las mujeres con 15 años, donde se ha incrementado ligeramente de 2.0% en 2007 a 2.1% en 2017.

FIGURA 1
PERÚ: Número de mujeres adolescentes con hijos (2007-2017)

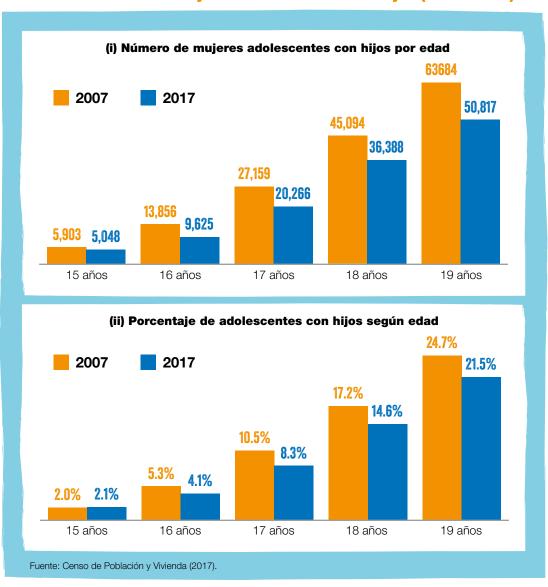
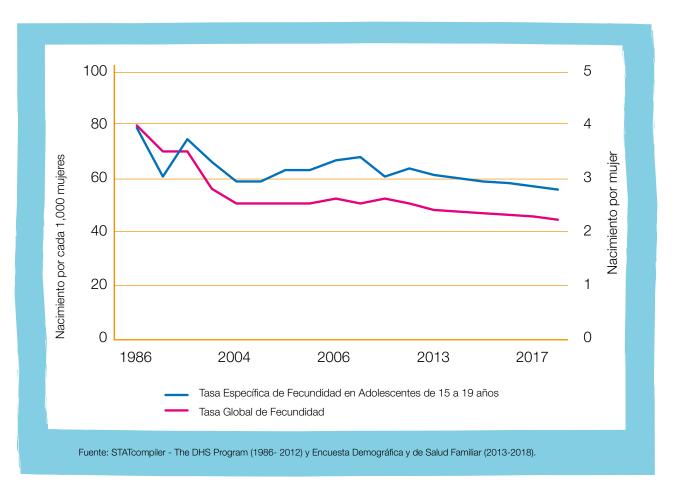


FIGURA 2
PERÚ: Evolución de la tasa de fecundidad (1986-2018)



En cuanto a las tasas de fecundidad, la Tasa Global de Fecundidad (TGF) se ha reducido de 4 nacimientos por mujer en 1986 a 2 en 2018, mientras que la Tasa Específica de Fecundidad Adolescente (TEFA) en niñas y adolescentes entre 15 y 19 años se ha reducido de 79 nacimientos por cada 1,000 mujeres en 1986 a 56 en 2018 (Figura 2). Mientras que la reducción de la TGF en el periodo 1986-2018 fue igual a -45.0%, la TEFA se redujo en una magnitud de -29.2%. A partir de esto, se puede afirmar que en Perú, al igual que en diversos países de ALC, la TEFA se ha reducido a un menor ritmo que la TGF.

Adicionalmente, por estado civil, cerca de dos tercios del total de adolescentes de 15 a 19 años

con hijos (65.8%) se encontraban en situación de convivencia en pareja, 3.2% eran casadas y el 23.6% eran madres solteras. En ese sentido, el 69.0% de las madres adolescentes se encuentra en algún tipo de unión temprana y 7.4% estuvo en el pasado en algún tipo de unión temprana (Figura 3).

El hecho que 3 de cada 4 niñas y adolescentes se encuentren o hayan estado en algún tipo de unión temprana es particularmente preocupante, ya que pueden ser síntoma de delitos sexuales, los cuales se encuentran penalizados en el Código Penal peruano². A su vez, las uniones tempranas se enmarcan en relaciones de poder que acentúan la desigualdad y la violencia basada en

² En el artículo 175 (Ley 30838 - Ley que modifica el Código Penal y el Código de Ejecución Penal) se tipifica la "violación sexual mediante engaño" contra adolescentes de entre 14 y 17 años (menos de 18 años) y se le establece una pena entre seis a nueve años.

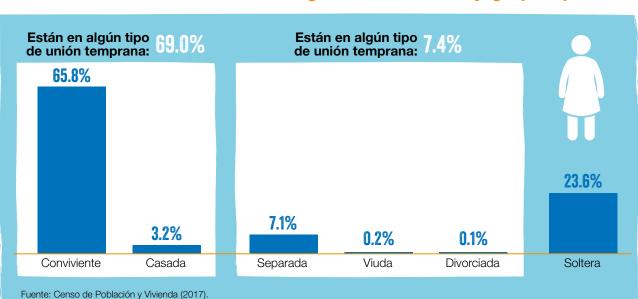


FIGURA 3

PERÚ: Madres adolescentes según estado civil o conyugal (2017)

género. Esto se agrava cuando se observa que la edad promedio del cónyuge y/o compañero en este grupo de edad es igual a 24 años (suelen ser 7 años mayores, como mínimo), ya que al ser significativamente mayores que sus compañeras se encuentran en una posición de poder, lo que afecta la autonomía de las mujeres.

Al respecto, el Observatorio de Igualdad de Género de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) señala:

"La igualdad de género requiere transformaciones en las tres dimensiones de la autonomía de las mujeres: en la física, en la política y en la económica. [...] La autonomía entendida como "la capacidad de las personas para tomar decisiones libres e informadas sobre sus vidas, de manera de poder ser y hacer en función de sus propias aspiraciones y deseos en el contexto histórico que las hace posibles" (CEPAL, 2011), es un factor fundamental para garantizar el ejercicio de sus derechos humanos en un contexto de plena igualdad y en este sentido una condición para la superación de las injusticias de género. [...]

En el caso de las violaciones a los derechos vinculados a la autonomía física, se obser-

van efectos sobre la autonomía económica de las mujeres en relación a: la capacidad de generar ingresos propios, el descenso en los niveles de productividad, el ausentismo laboral, la pobreza (gasto de bolsillo, transmisión intergeneracional), o la propiedad de bienes, entre otras o a la inversa, la falta de autonomía física o las dificultades en el control de sus propios cuerpos repercuten en las condiciones necesarias para el logro de la autonomía económica. [...]

Las autonomías interactúan formando un complejo engranaje que no puede ser interpretado, y mucho menos abordado aisladamente. Estas requieren ser vistas en sus relaciones, interdependencias y con un enfoque integrador." Observatorio de igualdad de Género de América Latina y el Caribe (2020)

Por otro lado, en cuanto al acceso a seguro de salud de las mujeres, 83.1% de las que tuvieron hijos en la adolescencia posee un seguro de salud, siendo este porcentaje ligeramente mayor en las zonas rurales (88.0%) que en las zonas urbanas (80.7%). A su vez, 91.9% de las madres adolescentes que poseen un seguro de salud están afiliadas al Seguro Integral de Salud (SIS), 7.2% al Seguro Social de Salud (ESSALUD) y

menos de 1% tiene acceso a un seguro privado de salud.

El embarazo y la maternidad adolescente son problemáticas con mayor predominancia en los niveles socioeconómicos más pobres. Según la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar - ENDES (2019), en el quintil más pobre (i.e. 20% de la población con los menores ingresos) la proporción de mujeres en edad adolescente que están embarazadas o ya son madres es 24.9%, mientras que en el quintil más rico (i.e. 20% de la población con los mayores ingresos) esta proporción es solo 3.2%.

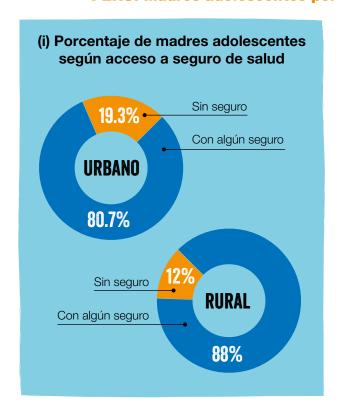
Las identidades dependen del entorno social, político, económico y cultural en el que se desarrollan los pueblos o grupos involucrados, por lo que obedecen a ciertos posicionamientos estra-

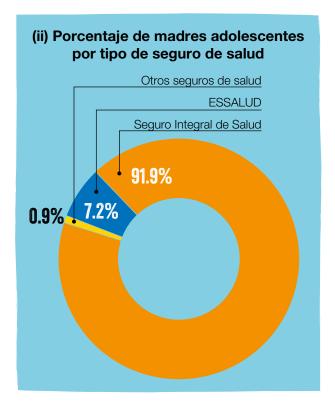


LAS MADRES ADOLESCENTES QUE POSEEN UN SEGURO DE SALUD

- 91.9% están afiliadas al Seguro Integral de Salud (SIS).
- 7.2% al Seguro Social de Salud.
- 1% tiene acceso a un seguro privado de salud.

FIGURA 4
PERÚ: Madres adolescentes por acceso a seguro de salud (2017)



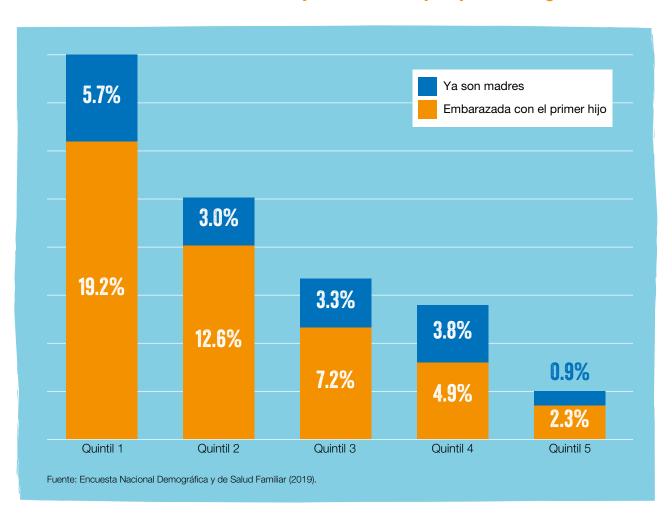


Nota: La categoría "Otros seguros de salud" comprende Seguro Privado de Salud, Seguro de las Fuerzas Armadas y Policiales, Seguro Universitario, Entidad Prestadora de Salud y Seguro Escolar Privado.
Fuente: Censo de Población y Vivienda (2017).

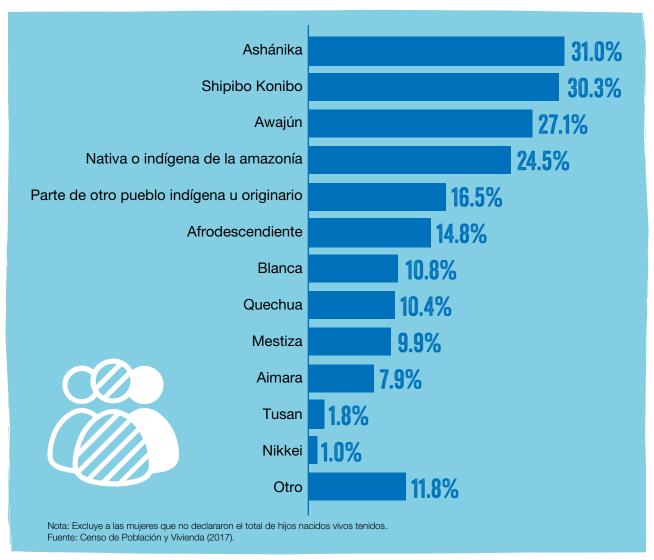


tégicos definidos a partir del contexto. En este sentido, se observan diferencias en cuanto a las cifras de maternidad según la autoidentificación étnica de las mujeres. Los resultados del Censo de Población y Vivienda (2017) indican que entre las mujeres de 15 a 19 años de edad que se auto identificaron ashánincas, 31.0% de ellas son madres, cifra similar al total de mujeres que mencionó shipibo konibo, que es 30.3%. Una posible explicación de este hallazgo está en las brechas en acceso a educación por parte de las comunidades nativas. Según el Censo de Población y Vivienda (2017), si bien 58.0% de la población posee educación secundaria completa, en las comunidades ashánika y shipibo konibo esta proporción se reduce a 23.5% del total.

FIGURA 5
PERÚ: Tasa de adolescentes que son madres por quintil de ingresos



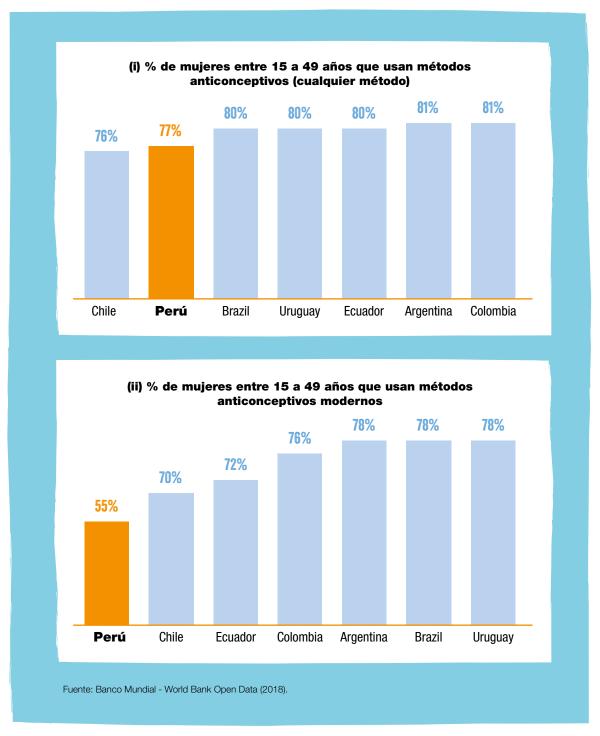




A nivel nacional, el uso de métodos anticonceptivos (tradicionales y/o modernos) ha experimentado un incremento en las últimas tres décadas. En 1986 sólo 45.8% de las mujeres unidas (i.e. casadas o convivientes) usaba algún método anticonceptivo, presentándose una marcada diferencia en el ámbito rural (24.0%) respecto al ámbito urbano (58.5%). En los últimos años, la cobertura de métodos anticonceptivos ha confluido a un valor de 77.4%, casi sin diferencia entre lo rural y lo urbano.

En comparación con otros países de la región, el uso de métodos anticonceptivos en Perú es similar al que se registra en otros países de la región. Sin embargo, el uso de métodos anticonceptivos modernos, por ejemplo la inyección, condón masculino, esterilización (masculina y/o femenina), píldora anticonceptiva, Dispositivo Intrauterino de Cobre (DIU), implantes y Método de Amenorrea de la Lactancia (MELA), es significativamente menor en Perú (55%) en comparación con otros países de la región como Chile (70%), Ecuador (72%) Colombia (76%), Argentina, Brasil y Uruguay (78%). En ese sentido, se necesita políticas públicas que orienten a las mujeres en la transición de métodos anticonceptivos tradicionales (e.g. abstinencia periódica, retiro y/o métodos folclóricos) hacia métodos modernos.

FIGURA 7
PERÚ: Uso de métodos anticonceptivos en Perú y ALC (2018)

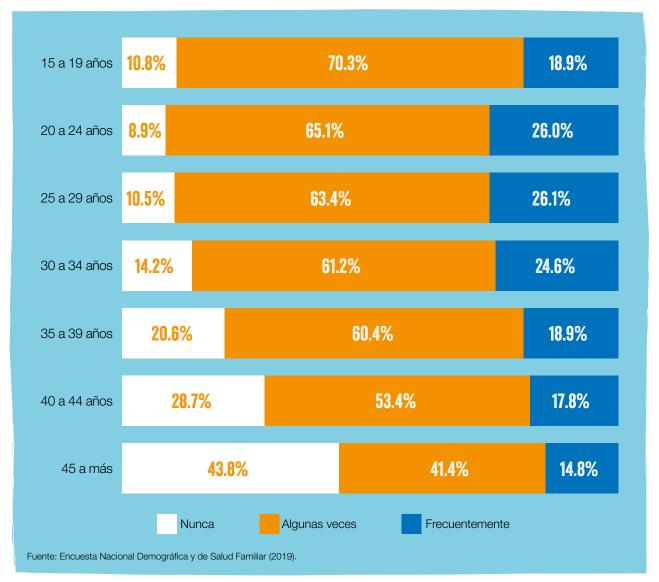


Asimismo, también se evidencia falta de involucramiento de la pareja en las decisiones de planificación familiar pues el diálogo con el esposo o compañero sobre el uso de estos métodos es escaso. Según la ENDES (2019), sólo 18.9%

de las mujeres unidas con 15 a 19 años hablan frecuentemente con sus parejas sobre el uso de métodos de planificación familiar, mientras que 10.8% nunca lo hacen.

FIGURA 8

PERÚ: Frecuencia de diálogo sobre planificación familiar con el esposo o compañero durante el último año (2019)



En cuanto a los determinantes del embarazo y la maternidad adolescente en Perú, Favara, Lavado y Sánchez (2016) encuentran principalmente cinco factores: (i) la edad de la mujer, (ii) riqueza familiar (durante la niñez), (ii) estructura familiar, (iv) asistencia y desempeño escolar durante la adolescencia y (v) las relaciones sexuales durante la adolescencia (a los 16 años o menos). La importancia de la edad y la riqueza del hogar coincide con lo encontrado en la literatura empírica (Field y Ambrus, 2008; Arceo-Gómez, 2012; Herrera y Sahn, 2015). Favara, Lavado y Sánchez (2016) destacan la importancia del

patrimonio familiar a largo plazo como factor determinante de la maternidad adolescente. En particular, la ausencia prolongada de uno de los padres durante todo el período de la infancia y la adolescencia, es el factor diferencial según los autores. Asimismo, Favara et al (2016) también encuentran que el bajo rendimiento escolar se asocia una mayor probabilidad de tener relaciones sexuales durante la adolescencia, y esto finalmente conduce a un embarazo temprano. Desde un punto de vista económico, la mejora del rendimiento escolar aumenta el costo de oportunidad del embarazo temprano.

2. Impactos socioeconómicos del embarazo y la maternidad adolescente en Perú

2.1. Costo de oportunidad educativa vinculado al embarazo y la maternidad adolescente

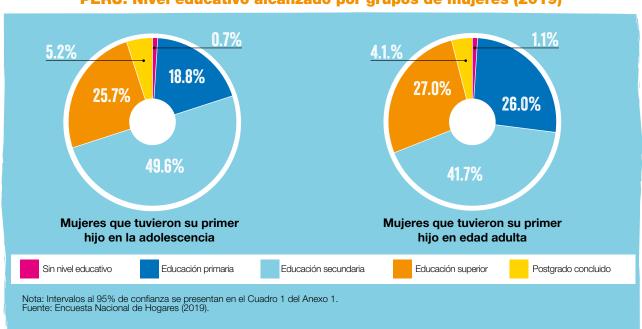
El embarazo y la maternidad adolescente están directamente relacionados con bajos logros en la educación en términos de asistencia escolar, matrícula o conclusión de estudios (Pantelides, 2004; Alcazar y Lovatón, 2006; Giovagnoli y Vezza, 2009) así como con la deserción escolar (Climent, 2002; Florez y Soto, 2006).

En Perú, la deserción escolar por causa del embarazo y la dedicación a trabajos domésticos no remunerados (e.g. el cuidado de personas dependientes y las tareas del hogar) se produce en 13.2% del total de mujeres entre 15 a 24 años que tienen por lo menos un hijo. En cuanto a sus efectos sobre la continuidad en la escuela secundaria, Mendoza y Subiría (2013) encuentran que en el área urbana el efecto de haber tenido algún hijo en los últimos tres años reduce en 33% la probabilidad de acceder a educación superior, mientras que en el área rural esa probabilidad se incrementa a 39%. La baja calidad educativa refuerza este circuito de exclusiones. Sin embargo, la deserción escolar también puede ser el resultado de uniones

tempranas, de la baja calidad de la educación que reciben y las limitadas expectativas que tienen las adolescentes sobre sus propias vidas.

Según la ENAHO (2019), las mujeres que tuvieron hijos en la adolescencia (MHA), en promedio alcanzaron un menor nivel educativo en comparación con las mujeres que tuvieron hijos en su edad adulta. Las MHA cuentan, en su gran mayoría, con estudios de educación secundaria (49.6%) y educación primaria (25.7%), mientras que una menor proporción accede a la educación superior (18.8%). Por otro lado, las mujeres que tuvieron su primer hijo en su edad adulta (20 a 29 años) cuentan principalmente con educación secundaria (41.7%), pero también un porcentaje significativo ha logrado cursar estudios de educación superior universitaria y/o técnica (26.0%) e incluso posgrados (1.1%). Es importante destacar que 5.2% de las MHA no alcanza a concluir ningún nivel educativo. Este porcentaje es inferior en quienes fueron madres en su edad adulta (4.1%) (Figura 9).

FIGURA 9
PERÚ: Nivel educativo alcanzado por grupos de mujeres (2019)

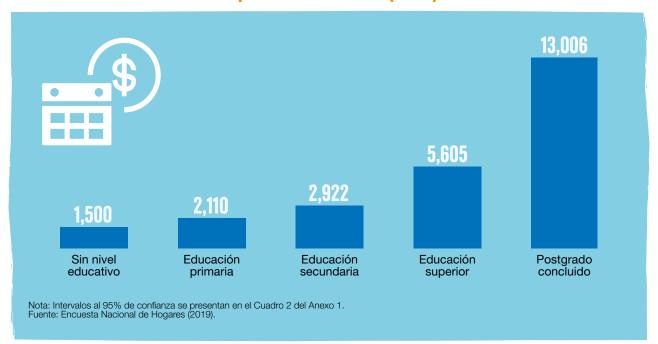


El ingreso laboral está fuertemente correlacionado con el nivel educativo logrado por la mujer. Según la ENAHO (2019), el ingreso mensual promedio de las mujeres con estudios de posgrado es 6.1 veces mayor que aquellas que sólo cuentan con educación primaria. Las mujeres con educación superior poseen un ingreso mensual promedio 2.7 veces mayor que las que sólo tienen educación primaria y 1.9 veces mayor frente a quienes cuentan con educación secundaria. Es evidente que acceder a una educación superior genera un incremento significativo de los ingresos; sin embargo, un embarazo durante la adolescencia tiene un impacto negativo directo en el logro educativo y la situación socioeconómica futura.



FIGURA 10

PERÚ: Salario promedio anual en mujeres por nivel educativo, expresado en dólares (2019)

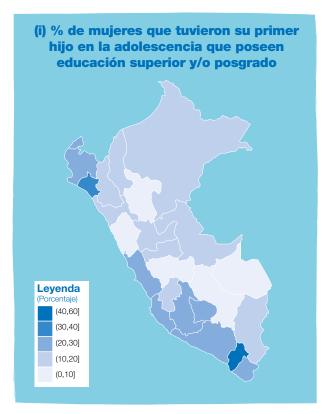


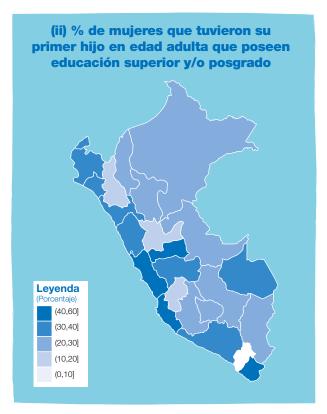
Teniendo en cuenta (i) las brechas educativas entre las MHA y quienes tuvieron su primer hijo en la edad adulta y (ii) los ingresos laborales según nivel educativo, se estima que el costo de oportunidad de la educación asociado al embarazo y la maternidad adolescente es de USD 94 millones (260 millones de soles).

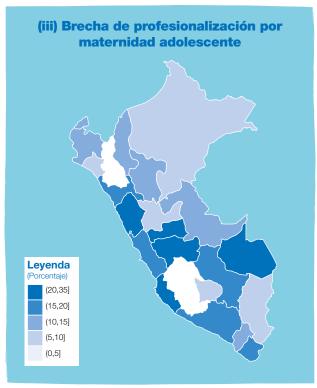
A nivel subnacional, se observa que el porcentaje de MHA que poseen educación superior

y/o posgrado es mayor en las regiones de Moquegua (53.0%), Lambayeque (30.3%), Callao (28.7%), Tacna (25.0%) y Lima (24.4%) mientras que el porcentaje de mujeres que tuvieron su primer hijo en edad adulta es mayor en Moquegua (63.7%), Ica (56.4%), Tacna (43.5%), Lima (42.3%) y Pasco (40.4%). Por otro lado, la brecha de profesionalización es mayor en Ica (32.6%), Madre de Dios (31.6%), Áncash (27.5%), Pasco (23.3%) y Junín (20.9%).

FIGURA 11
PERÚ: Acceso a la educación por regiones (2019)







Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (2019).

2.2. Costo de oportunidad laboral vinculado al embarazo y la maternidad adolescente

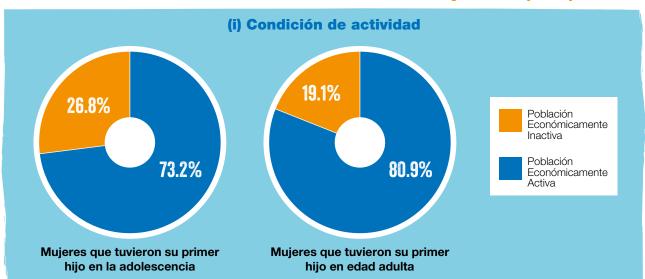
La existencia de oportunidades económicas para las mujeres son un resultado importante y un motor de éxito para el desarrollo económico (Duflo, 2012). Las décadas recientes presenciaron el aumento de las tasas de participación femenina en el mercado laboral y la disminución de la fertilidad en todo el mundo. A pesar de las crecientes tasas de mujeres que ingresan a la fuerza laboral, la evidencia sugiere que, en promedio, las mismas perciben menores salarios, acceden a trabajos menos productivos y tienen más probabilidades de trabajar en empleos no remunerados y/o informales que sus homólogos masculinos. Aunque las mujeres representan aproximadamente 40% de la fuerza laboral global total, también representan 58% del trabajo no remunerado y 50% del empleo en el sector informal (Banco Mundial, 2011). Así, las mujeres podrían estar en un punto de equilibrio no óptimo de bajo capital humano y acceso restringido al mercado de trabajo.

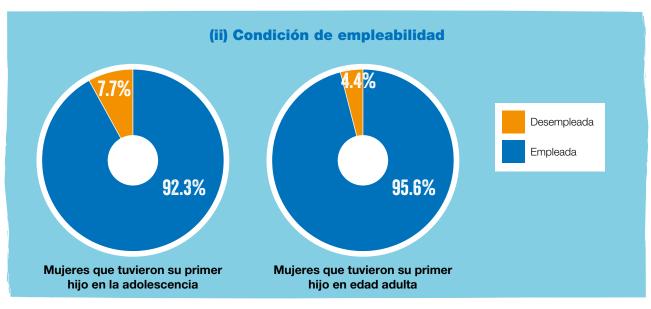
En ese sentido, la adolescencia representa una ventana crítica para influir en las oportunidades económicas de las mujeres (Bandiera et al., 2015), ya que la maternidad temprana y el matrimonio pueden interrumpir su acumulación de capital humano (Field y Ambrus, 2008; Baird et al., 2011; Herrera y Sahn, 2015). Las

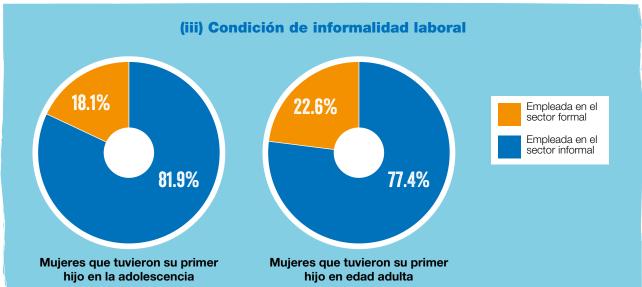
mujeres que tuvieron hijos en la adolescencia se enfrentan a mayores dificultades para conseguir un empleo y suelen estar más predispuestas a optar por empleos con peores condiciones laborales (Cavero et al., 2011). En tal sentido, se perpetúan las inequidades en las transiciones a la vida adulta, limitando el ejercicio de sus derechos, con altos costos sociales y económicos derivados de estos rezagos.

Según la ENAHO (2019), de las 429,875 mujeres entre 21 y 64 años que tuvieron su primer hijo en la adolescencia (10 a 19 años), 115,267 pertenecen a la Población Económicamente Inactiva (PEI), mientras que 314,608 pertenecen a la PEA, siendo la tasa específica de inactividad en este grupo poblacional igual a 26.8%, significativamente superior al registrado en las mujeres entre 21 y 64 años que tuvieron su primer hijo en edad adulta (20 a 29 años), que es igual a 19.1%. Asimismo, la tasa de desempleo en MHA es superior al grupo de mujeres que tuvieron hijos en edad adulta (20 a 29 años), siendo 7.7% y 4.4%; respectivamente. Además, es importante resaltar que las mujeres que tuvieron hijos en la adolescencia se desempeñan en mayor medida en el sector informal (81.9%) respecto a las mujeres que tuvieron hijos en edad adulta (77.4%) (Figura 12).

FIGURA 12
PERÚ: Situación laboral de madres adolescentes y adultas (2019)







Nota: Intervalos al 95% de confianza se presentan en el Cuadro 3 del Anexo 1. Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (2019).

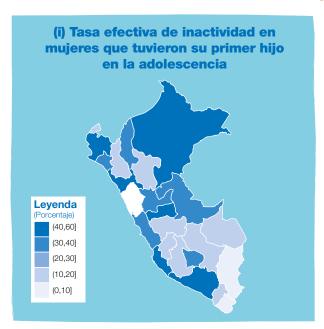
Considerando que la brecha de actividad laboral entre mujeres entre 21 y 64 años que tuvieron su primer hijo en la adolescencia y las que lo tuvieron en edad adulta es 7.7 p.p. (26.8% contra 19.1%), el costo de oportunidad de la actividad laboral debido a la maternidad adolescente es USD 109 millones (385 millones de soles). Además de la brecha de actividad entre los dos grupos de mujeres, para esta estimación se consideró toda la población de madres adolescentes, la tasa de ocupación en mujeres (71.3%) y su ingreso laboral promedio.

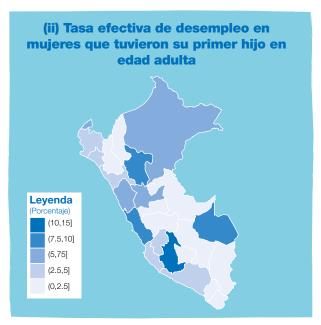
Por otro lado, considerando que la brecha de empleo entre ambos grupos poblacionales es 3.3 p.p. (7.7% contra 3.3%), el costo de oportunidad del empleo debido a ambas problemáticas asciende a USD 48 millones (171 millones de soles). Además de la brecha de empleo entre los dos grupos de mujeres, para esta estimación se consideró la Población Económicamente Activa de las MHA (314,608 mujeres) y el ingreso laboral promedio en mujeres.

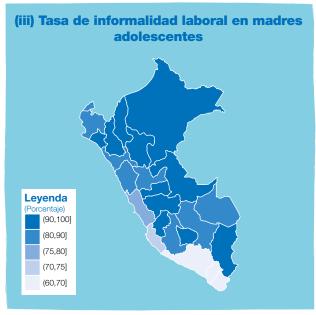
Ampliando el análisis al nivel subnacional, la tasa efectiva de inactividad en MHA es mayor

en los departamentos de Moquegua (53.0%), Lambayeque (32.5%), Callao (30.8%), Tacna (26.8%) y Lima (26.2%), mientras que la tasa efectiva de desempleo es mayor en Ayacucho (11.7%), Madre de Dios (9.2%), Lima (8.7%), San Martín (7.7%) y Huánuco (6.4%) (ver Figura 13). En cuanto a la tasa de informalidad laboral, Madre de Dios (83.7%), Cusco (88.7%), Puno (97.3%), Apurímac (100%), Amazonas (97.4%), Loreto (99.9%), y San Martin y Ucayali (100%) son las que poseen los mayores niveles de informalidad y también así como los niveles más bajos del Índice de Desarrollo Humano (IDH) (Figura 13).

FIGURA 13
PERÚ: Indicadores de empleabilidad por región (2019)



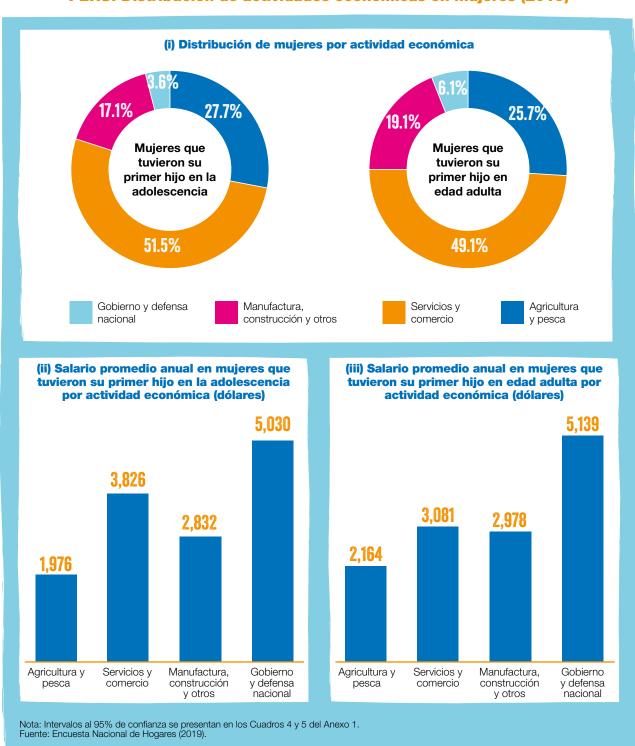




Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (2019).

Por actividad económica, las MHA se desempeñan principalmente en el sector servicios y comercio (51.5%) seguido por agricultura y pesca (27.7%), manufactura, construcción y otros (17.1%) y gobierno y defensa nacional (3.6%). No se encuentra diferencias significativas en la distribución por actividad laboral respecto a las mujeres que tuvieron hijos en edad adulta (Figura 14).

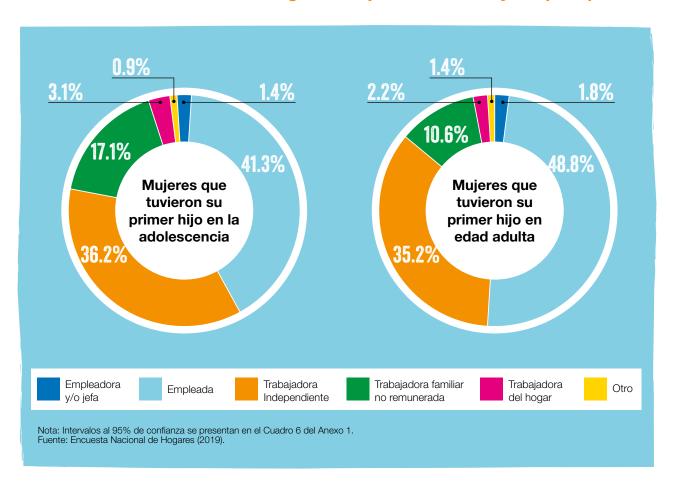
FIGURA 14
PERÚ: Distribución de actividades económicas en mujeres (2019)



Por categoría ocupacional, se observa que las mujeres que fueron madres en edad adulta tienen ligeramente mayor probabilidad de desempeñarse como empleadoras o jefas de su centro de labores (1.8%) respecto a las mujeres que tuvieron hijos en la adolescencia (1.4%). Adicio-

nalmente, éstas últimas tienen una mayor probabilidad de desempeñarse como trabajadoras familiares no remuneradas (17.1%) y trabajadoras del hogar (3.1%) en comparación con las mujeres que tuvieron hijos en edad adulta, 10.6% y 2.2% respectivamente (Figura 15).

FIGURA 15
PERÚ: Distribución de categorías ocupacionales de mujeres (2019)



2.3. Costo de oportunidad del ingreso laboral relacionado con el embarazo y la maternidad adolescente

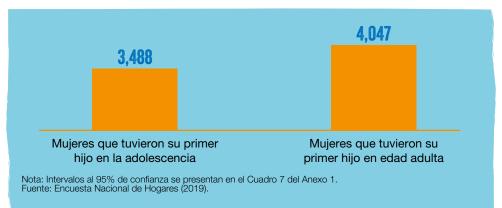
La brecha salarial entre las MHA y las mujeres que tuvieron su primer hijo en edad adulta es 13.8%. El ingreso laboral anual promedio de estas últimas es USD 4,047 (14,244 soles), mientras que en las madres adolescentes es igual a USD 3,448 (12,276 soles).

Teniendo en cuenta el total de MHA consideradas en este estudio es igual a 429,875 y la tasa de

ocupación en mujeres (71.3%), la pérdida anual de ingresos o el costo de oportunidad del ingreso laboral asciende a USD 73 millones (260 millones de soles). Este cálculo surge de comparar los ingresos que las MHA registran a lo largo de su vida, con los que hubieran obtenido si su formación del capital humano no se hubiera visto interrumpida por la maternidad temprana.

FIGURA 16

PERÚ: Ingreso laboral anual de mujeres según la edad a la que fueron madres, expresado en dólares (2019)

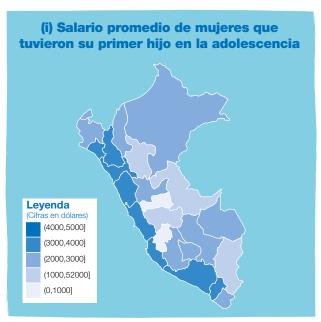


A nivel regional, los departamentos donde las MHA poseen un mayor salario anual son Arequipa (USD 3,986), Lima (USD 3,919), Ica (USD 3,910), Lambayeque (USD 3,495) y Moquegua (USD 3,495), mientras que los departamentos donde las mujeres que tuvieron hijos en edad adulta poseen mayores salarios son Loreto (USD 4,535), Moquegua (USD 4,523), Ica (USD 4,401), Lima (USD 4,327) y Apurímac (USD 4,088). Asimismo, las regiones con una mayor brecha de

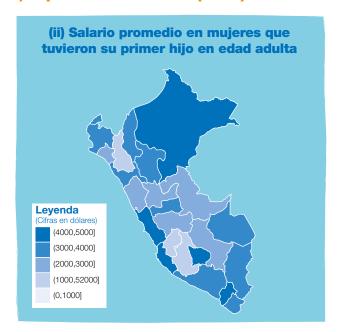
ingresos son Pasco (256.4%), Puno (90.4%), Huancavelica (84.9%), San Martín (78.0%) y Junín (68.1%) (Figura 17).

Al igual que con los niveles de informalidad, los menores niveles del Índice de Desarrollo Humano están correlacionados con los mayores niveles de brecha salarial, en particular, en los departamentos de Madre de Dios (64.3%), Puno (90.4%), Apurímac (60.9%), San Martin (78.0%) y Ucayali (51.0%) (Figura 17).

FIGURA 17
PERÚ: Ingreso laboral por grupos, expresado en dólares (2019)



Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (2019).



2.4. Costo sanitario del embarazo y la maternidad adolescente

Una cuarta dimensión por considerar con respecto a la maternidad adolescente es la atención de la salud. En particular, el embarazo afecta la salud de las adolescentes y sus recién nacidos, debido a que éstas tienen más probabilidad de tener embarazos no deseados y no toman conciencia de su embarazo en los primeros meses de gestación, por lo que tienen menos opción de recibir atención prenatal temprana.

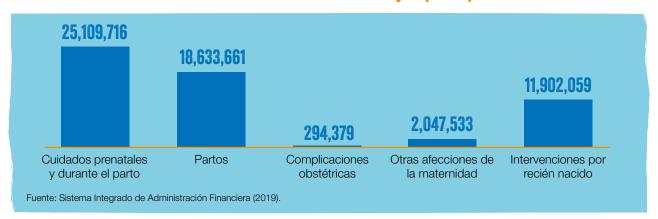
Las adolescentes tienen menor probabilidad de tomar vitaminas prenatales al momento de la concepción y tienen un mayor riesgo de resultados adversos del embarazo, como la hipertensión inducida por el embarazo y el parto prematuro (Martin et al., 2009). De la misma forma, los nacidos de madres adolescentes experimentan tasas más altas de prematuridad y mortalidad infantil. Según Levine et al. (2007), a menudo tienen más problemas de salud y dependen más del sistema de atención médica que los niños nacidos de madres que tienen más de dieciséis años. Lo anterior muestra la desventaja inicial en la que empiezan las madres adolescentes y que, más tarde, se traducirá en mayor pobreza, mayor dependencia, y muchas veces mayor violencia (Laursen et al., 2020; Tsaneva et al., 2020).

El embarazo y la maternidad adolescente pueden tener un desenlace con alta relevancia social: la mortalidad materna y los subsecuentes años de vida potencial perdidos, debido a que el embarazo y el parto en la adolescencia involucran riesgos de salud superiores a los que está expuesta una mujer adulta. Según el Ministerio de Salud (2019), el número de muertes maternas fue 309 en 2019, 34 de las mismas ocurriendo en adolescentes (11.0% del total). Asimismo, considerando que el número de nacidos vivos con madres adolescentes fue 50,379, la razón de mortalidad materna en adolescentes es igual a 67 por cada 100,000 nacidos vivos. Esto es equivalente a 1,999 años de vida potencial —considerando que la esperanza de vida en Perú es 76 años — y a 1,625 años de vida productiva potencial por muertes relacionadas con el embarazo y el parto en adolescentes. Considerando que el ingreso laboral anual promedio de mujeres que tuvieron su primer hijo en la adolescencia es igual a USD 3,055, esto implica para el país una pérdida social por mortalidad materna igual a USD 5 millones (17 millones de soles).

Con información del SIAF (2019) se estimó el gasto público destinado a mujeres de 19 años o menos para recibir atención de salud materna. Se ordenó los gastos en cinco categorías: (i) cuidados prenatales y durante el parto (USD 25 millones), (ii) partos (USD 19 millones), (iii) complicaciones obstétricas (USD 294,379), (iv) otras afecciones de la maternidad (USD 2 millones) e (v) intervenciones por recién nacido (USD 12 millones) (Figura 18). Considerando la agregación de éstas cinco categorías, el gasto de atención en salud de los embarazos en la adolescencia asciende a USD 58 millones (204 millones de soles) (Figura 18).

FIGURA 18

PERÚ: Gastos asociados a la atención de salud de mujeres en edad adolescente con hijos (2019)



2.5. Impacto fiscal del embarazo y la maternidad adolescente en términos de la reducción de los ingresos tributarios

La maternidad adolescente también tiene una consecuencia negativa en la dimensión fiscal. El Estado deja de recaudar anualmente alrededor de USD 73 millones por concepto de Impuesto General a las Ventas (IGV) e Impuesto a la Renta (IR), debido a la disminución de ingresos que implica la maternidad adolescente. Las disminuciones en la participación laboral y los ingresos por la maternidad adolescente generan un impacto fiscal debido

a los ingresos tributarios no percibidos por el Estado peruano.

Considerando que en 2019, según la Superintendencia Nacional de Aduanas y Administración Tributaria (Sunat) los ingresos tributarios del Gobierno Central (descontando las devoluciones de impuestos) fueron igual a USD 31 mil millones (111 mil millones de soles), el impacto fiscal de la maternidad adolescente es igual a 0.23% de los ingresos anuales del Gobierno Central.

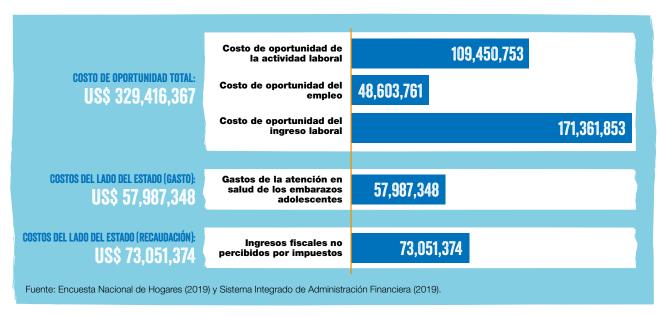
2.6. Impacto económico total del embarazo y la maternidad adolescente para la sociedad y el Estado

El embarazo y la maternidad adolescente implican un costo para el Estado. Por un lado, se tiene el costo en salud que representa la atención prenatal y del parto, que es de aproximadamente USD 844 (2,969 soles) por cada adolescente que tuvo hijos y que fue atendida en el sector público de salud. Por otro lado, como consecuencia de la disminución en ingresos y participación laboral de las mujeres que fueron madres adolescentes, se estima que

el Estado peruano dejó de percibir ese año USD 57,987,348 (204,115,465 soles).

Finalmente, el costo de oportunidad total asociado a la maternidad adolescente es USD 329,416,367 (1,159,545,612 soles), equivalente a 0.14% del PBI en 2019. Esto implica un costo de USD 1,047 por cada madre adolescente, considerando que el total de MHA que se encuentran económicamente activas es igual a 314,608 mujeres (Figura 19).

FIGURA 19
PERÚ: Impacto total de la maternidad adolescente en la actividad productiva nacional, expresado en dólares (2019)

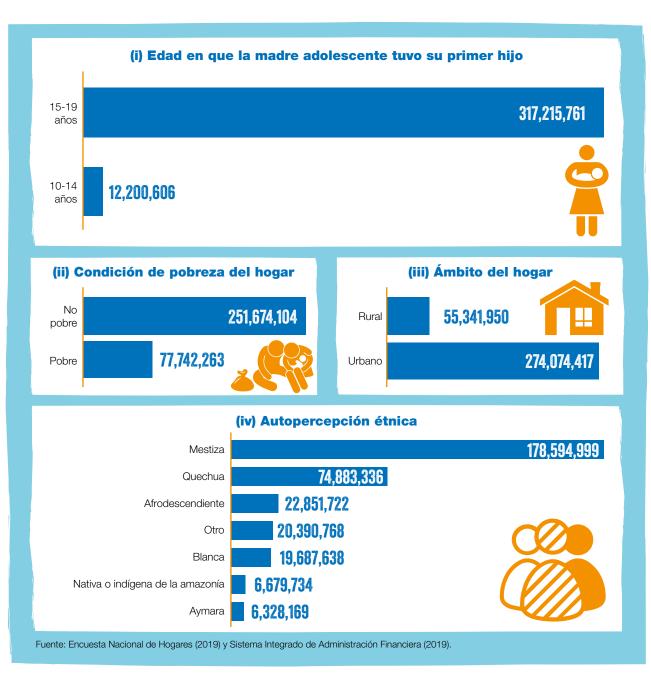


A partir de las características de las MHA es posible desagregar el costo total de la actividad productiva de USD 329 millones, con el objetivo de identificar los grupos poblacionales que requerirán mayor atención de las políticas públicas orientadas a reducir el embarazo y la maternidad adolescente (Figura 20).

23.6% de las mujeres que tuvieron su primer hijo en la adolescencia pertenecen a hogares pobres (USD 78 millones). Por ámbito o zona geográfica, la mayoría de madres adolescentes están concentradas en zonas urbanas 83.2% (USD 274 millones).

FIGURA 20

Desagregación del impacto total de la maternidad adolescente por características de las mujeres y sus hogares, 2019 (en USD)



3. Conclusiones

El costo de oportunidad total asociado a la maternidad adolescente en Perú es de USD 329,416,367 (1,159,545,612 soles), equivalente al 0.14% del Producto Bruto Interno (PBI) nacional del 2019. ⊟ mayor impacto económico lo registran las mismas mujeres, sus hijos y sus grupos familiares, pues concentran el costo de oportunidad del ingreso laboral debido al embarazo y la maternidad adolescente, de USD 171 millones (603 millones de soles), el costo de oportunidad de la actividad laboral de USD 109 millones (385 millones de soles), el costo de oportunidad del empleo de USD 49 millones (171 millones de soles), el costo de oportunidad de la educación de USD 150 millones (529 millones de soles) y la pérdida social por mortalidad materna de USD 5 millones (17 millones de soles). Por otro lado, el gasto público de la atención en salud de los embarazos adolescentes asciende a USD 57 millones (204 millones de soles) y la pérdida de ingresos fiscales no percibidos por impuestos a USD 73 millones (257 millones de soles).

Las mujeres que tuvieron su primer hijo en la adolescencia reciben un ingreso anual 13.8% inferior a quienes fueron madres entre los 20 y 29 años. El ingreso laboral anual promedio de estas últimas es USD 4,047 (14,244 soles), mientras que en las madres adolescentes de USD 3,488 (12,276 soles soles). Esto se traduce en que las mujeres que tuvieron hijos en la adolescencia tengan una menor capacidad adquisitiva y de ahorro, reduciendo sus niveles de inversión en capital humano (educación y salud), brindándoles un menor nivel de calidad de vida a sus hijos y perpetuando el ciclo de la pobreza.

Las mujeres que tuvieron su primer hijo en la adolescencia tienen mayores tasas de desempleo e informalidad laboral. La tasa efectiva de inactividad en madres adolescentes es 26.8%, mientras que en las mujeres que tuvieron hijos en edad adulta es igual a 19.1%, además de enfrentarse a mayores tasas de desempleo, 7.7% y 4.4% respectivamente. Adicionalmente, las mujeres que tuvieron hijos en la adolescencia se desempeñan en mayor medida en el sector informal (81.9%) respecto a las mujeres que tuvieron hijos en edad adulta (77.4%).

Las mujeres que tuvieron su primer hijo en la adolescencia se desempeñan en actividades económicas y categorías ocupacionales con menores remuneraciones. Las mujeres con hijos en la adolescencia se desempeñan principalmente en el sector servicios y comercio (51.5%), al igual que las mujeres que tuvieron hijos en edad adulta, aunque poseen ingresos 24.2% menor respecto a éstas últimas. Las madres adolescentes tienen una mayor incidencia de trabajo familiar no remunerado (17.1%) respecto a las madres en edad adulta (10.6%).

Las mujeres que tuvieron su primer hijo en la adolescencia alcanzan menores niveles de educación. En cuanto a los niveles de instrucción en educación básica (primaria y secundaria) no se observan diferencias significativas entre las mujeres que tuvieron hijos en la adolescencia y aquellas que tuvieron hijos en edad adulta. Sin embargo, éstas últimas tienen un mayor acceso a educación superior y posgrado (26.0%) respecto de las madres adolescentes (18.8%).

Los resultados de la estimación de los costos socioeconómicos del embarazo y la maternidad adolescente son un llamado urgente a la necesidad de políticas públicas efectivas y basadas en evidencia que contribuyan a la prevención de este grave problema de desarrollo social, de desigualdad de género, de exclusión y de vulneración de los derechos de las personas.

4. Recomendaciones

Fortalecimiento de las políticas y los servicios de salud pública

- Priorizar y fortalecer la efectividad de la política y los programas de prevención del embarazo adolescente por medio de la implementación de intervenciones efectivas basadas en evidencia.
- Garantizar la continuidad y/o el reestablecimiento de los servicios de salud sexual y reproductiva en el contexto de la pandemia de Covid-19.
- Fortalecer los servicios diferenciados de salud integral de adolescentes en los establecimientos de salud y las escuelas, brindando un particular énfasis a la consejería y uso de métodos anticonceptivos, siguiendo las directrices del Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013-2021, desde un trabajo articulado entre el Ministerio de Salud (MINSA) y el Ministerio de Educación (MINEDU).
- Suministrar de manera gratuita métodos anticonceptivos modernos. El MIN-SA debe asegurar la provisión continua y gratuita de métodos anticonceptivos modernos como los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC) en los Establecimientos de Salud (EESS) para adolescentes. Esta intervención se debe complementar con un mejor asesoramiento y la provisión de anticonceptivos (Barret et al., 2011; Cook y Dickens, 2003; OMS, 2019). Garantizar la distribución gratuita del Anticonceptivo Oral de Emergencia.
- Prevención de un posible segundo embarazo en adolescentes que han quedado embarazadas en el pasado. Según lo establecido en el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013-2021, el Ministerio de Salud (MINSA) debe fortalecer las directivas sanitarias de la salud integral focalizadas en la población en edad adolescente (Orozco et al., 2016). Asimismo, las intervenciones deben priorizar los hogares de los quintiles más pobres y a las

- comunidades con una mayor incidencia de embarazo adolescente como la ashánika y shipibo konibo.
- Ampliar la cobertura de los servicios de atención prenatal, de parto y postparto. El MINSA debe desarrollar e implementar dispositivos legales para ampliar el acceso a la atención prenatal especializada, la atención del parto y la atención postnatal, especialmente para las adolescentes (Alinsky y Goldstein, 2017; OMS, 2019).
- Ampliar el acceso a atención obstétrica de emergencia. La atención obstétrica de emergencia es una intervención que coadyuva a reducir los niveles de mortalidad materna en adolescentes. Por ello, el MINSA debe intervenir para ampliar el acceso a los servicios obstétricos de emergencia, especialmente para las adolescentes embarazadas (Alinsky y Goldstein, 2017). Además, se debe asegurar la presencia de estos servicios en las zonas rurales, priorizando la atención de comunidades vulnerables como los ashánika y shipibo konibo.
- Asegurar que las adolescentes y sus familias estén preparadas para el parto y otras emergencias. Las adolescentes embarazadas deben obtener el apoyo que necesitan para estar bien preparadas para el parto y las emergencias relacionadas con el parto, incluida la creación de un plan de parto. La preparación para nacimientos y emergencias debe ser una parte integral de la atención prenatal otorgada por los EESS del MINSA (Alinsky y Goldstein, 2017).
- Remover barreras administrativas para facilitar el acceso al aborto terapéutico. En este punto, el MINSA debe proveer capacitación a las entidades prestadoras de servicios de salud para aplicar las directrices establecidas en la "Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la Inte-

rrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119 del Código Penal", reforzando el conocimiento de los proveedores de salud sobre aspectos bioéticos y de clarificación de valores relacionados con la prestación de servicios aborto terapéutico (Orozco et al., 2016).

Informar a los miembros de la comunidad sobre la importancia de la atención prenatal y postparto. La falta de información es una barrera importante para buscar servicios. Es importante difundir información precisa sobre los riesgos de no utilizar atención especializada para la madre y el bebé, y dónde obtener atención (OMS, 2012; Alinsky y Goldstein, 2017).

Medidas para la mejora de servicios de educación para adolescentes embarazadas y madres adolescentes

- Garantizar el acceso a la educación pública de calidad de todas las niñas y adolescentes a nivel nacional. El análisis evidencia que las mujeres con hijos en la adolescencia alcanzan un menor nivel educativo en comparación con las mujeres que tuvieron su primer hijo en edad adulta. Por ello, el Ministerio de Educación (MINEDU) debe garantizar la continuidad de servicios educativos para las adolescentes embarazadas con políticas orientadas a la reducción de la deserción escolar (Favara, Lavado y Sánchez, 2016; Stanger-Hall y Hall, 2011). Las acciones deben priorizar las regiones donde se detectaron las mayores brechas en profesionalización por embarazo en la adolescencia y maternidad temprana (Ica, Madre de Dios, Áncash, Pasco y Junín).
- Garantizar la educación sexual integral en el currículo de la educación básica regular. Adicionalmente, asegurar la inclusión del enfoque de igualdad de género a dicho Currículo, con el objetivo de desarrollar habilidades para la vida, brindar apoyo para lidiar con los pensamientos, sentimientos y experiencias que acompañan la madurez sexual así como estar vinculados a servicios y asesoramiento en el uso de anticonceptivos (Stanger-Hall y Hall, 2011).
- Desarrollo de competencias, aspiraciones socioemocionales y reforzamiento de habilidades blandas. El desarrollo de dimensiones socioemocionales es un aspecto clave para el desarrollo de una red de seguridad en los adolescentes y, como consecuencia, brindarles las herramientas

- para tomar mejores decisiones (Favara, Lavado y Sánchez, 2016).
- Garantizar la reinserción escolar de niñas y adolescentes por situación de embarazo y/o maternidad. Para ello, siguiendo lo establecido en el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013-2021, la Defensoría del Niño y del Adolescente (Demuna) de los Gobiernos Locales debe liderar las actividades de vigilancia y seguimiento a los casos de embarazo adolescente, para lograr la permanencia de la niña o adolescente en la institución educativa hasta completar su formación básica.
- Garantizar la continuidad de la educación básica en el contexto de la pandemia de la Covid 19. Considerando que como consecuencia de la pandemia las escuelas permanecerán cerradas, el MINEDU debe asegurarse que las niñas y adolescentes con hijos continúen con sus estudios desde sus casas y evitar que abandonen sus estudios por dedicarse a labores del hogar.
- Sensibilizar a la comunidad educativa en la situación del embarazo en la adolescencia. Se deben conducir acciones orientadas al involucramiento de la comunidad educativa (e.g. directores, docentes, personal administrativo, padres de familia y estudiantes) en el desarrollo de actividades para el bienestar, participación, promoción y defensa de los derechos de las niñas y adolescentes. Asimismo, se debe fortalecer el rol de la escuela y de la comunidad como agentes para la prevención de la violencia y del embarazo adolescente (OMS, 2011).

Medidas para la mejora de servicios de inserción laboral para adolescentes embarazadas y madres adolescentes

- Garantizar el acceso a madres adolescentes en la inserción laboral. El análisis también demuestra que las madres adolescentes perciben ingresos menores que sus pares que tuvieron su primer hijo en edad adulta. Según lo establecido por el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013-2021, los programas de inserción laboral que administra el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MTPE), como Trabaja Perú y Jóvenes Productivos, deben priorizar la atención a madres adolescentes, desarrollando competencias en las mismas para que mejoren sus niveles de empleabilidad. Asimismo, considerando el contexto actual con la pandemia de la Covid – 19, el MTPE debe fomentar que las empresas faciliten en mayor medida el teletrabajo brindando facilidades a las madres adolescentes (Paton y Wrigh, 2017). Las acciones deben priorizar las regiones donde se detectaron las mayores tasas de desempleo en mujeres que tuvieron su primer hijo en la adolescencia (Ayacucho, Madre de Dios, Lima, San Martín v Huánuco) v las regiones donde la incidencia de la informalidad laboral es mayor (San Martín, Ucayali y Apurímac).
- Brindar medidas de apoyo y facilidades para madres adolescentes para

- combinar la vida laboral y familiar. En algunos países como los Estados Unidos, se están buscando alternativas para ofrecer servicios de cuidado infantil al aire libre o espacios bien ventilados, manteniendo el tamaño de los grupos pequeños y siguiendo estrictos protocolos de seguridad. Es importante también resaltar que este tipo de iniciativas deben mantenerse a nivel local, para evitar desplazamientos a través de medios de transporte públicos, en el contexto de la pandemia de la Covid – 19. Es importante que el Gobierno Central en articulación con los Gobiernos Regionales y Locales prioricen esta problemática, que constituye un factor importante para lograr una igualdad de género y no limitar las oportunidades de las jóvenes en el acceso a educación y un trabajo decente.
- Ofrecer a las madres adolescentes una propuesta de capacitación que coadyuve en la generación de posibilidades formativas y productivas. Este punto corresponde a programas de capacitación formal a madres adolescentes en temáticas como capacitación psicosocial, empresarial y áreas específicas, con el objetivo de desarrollar capacidades este grupo poblacional para que puedan insertarse al mercado laboral o para que inicien su propio negocio y/o emprendimiento.

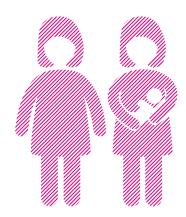
Medidas para la mejora de servicios de protección social para adolescentes embarazadas y madres adolescentes

• Garantizar la protección de todas las niñas y niños a nivel nacional. El embarazo de menores de 14 años en general, se encuentra asociado a actos de violencia sexual. Por ello, es importante implementar una ruta de atención integral a niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual, explotación sexual y/o trata con fines de explotación sexual. Según lo establecido por Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013-2021, esta ruta

de atención debe ser liderada por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), garantizando la protección de todas las niñas y niños a nivel nacional y fortaleciendo el trabajo multisectorial entre el sector salud, mujer y poblaciones vulnerables, Defensoría del Pueblo y Gobiernos Locales (a través de la Demuna) para el tamizaje precoz de la violencia, así como también de la provisión de anticonceptivos de emergencia (Green et al., 2017).

- Fortalecer el sistema de administración de justicia por el cual se asegura que la penas por condenas de violación y abuso sexual sean efectivamente aplicadas. El MIMP en coordinación con el Congreso de la República deben evaluar incrementar el tiempo de condena en casos de violencia sexual y hacer cumplir las leyes que penalizan las relaciones sexuales forzadas. Las víctimas y sus familias deben sentirse seguras y apoyadas cuando se acercan a las autoridades y buscan justicia (Noll et al., 2019). Asimismo, se debe asegurar la entrega de los kits de emergencia a las adolescentes víctimas de violación, por parte del profesional de salud de los establecimientos de salud a nivel nacional.
- Empoderar a las niñas y adolescentes.
 Mediante el trabajo conjunto con las familias, redes de adolescentes, la escuela y la sociedad civil en general se debe garantizar que

- las niñas tengan facultades para protegerse y para solicitar y obtener asistencia efectiva. Los programas que desarrollan la autoestima, desarrollan habilidades para la vida y mejoran los enlaces a redes sociales y apoyos pueden ayudar a las niñas a rechazar el sexo no deseado (UNFPA, 2013; Orozco et al., 2016).
- Promover normas sociales que condenen la coacción en las relaciones sexuales. Los esfuerzos para empoderar a los adolescentes deben ir acompañados de esfuerzos para desafiar y cambiar las normas que toleran la coacción en las relaciones sexuales, especialmente las normas de género (Orozco et al., 2016). Asimismo, se deben generar mecanismos para transformar las normas sociales que naturalizan las uniones y la maternidad a una edad temprana como consecuencia de costumbres culturales y tradición, pues estos hechos atentan contra los derechos humanos de las niñas y adolescentes (UNFPA, 2013).



Sección 2

Metodología aplicada para cuantificar las consecuencias socioeconómicas del embarazo y la maternidad adolescente en Perú

1. Definición de la población de estudio

Con el fin de construir los perfiles educativos, laborales y de ingresos de las mujeres que tuvieron embarazos en la adolescencia, la metodología MILENA define como población objetivo a todas las mujeres de entre 21 y 64 años. Esta población se segmenta en dos grupos de interés según la edad a la que las mujeres tuvieron hijos:

GRUPO '

Mujeres que tuvieron su primer hijo en la adolescencia – MHA (10 a 19 años)





GRUPO 2:

Mujeres que tuvieron su primer hijo en su primera década de edad adulta (20 a 29 años)

Para la construcción de estos grupos se utilizaron los microdatos de la Encuesta Nacional de Hogares – ENAHO (2019). En particular, se utilizó la información del "Módulo 2 – Características

de los Miembros del Hogar". A nivel de hogar, se identificaron a los hogares que contaban con hijos a través de la pregunta "¿Cuál es su relación de parentesco con el/la jefe/a del hogar?". Las MHA son aquellas mujeres que al momento de la conducción de la encuesta tenían entre 21 y 64 años y tuvieron su primer hijo en la adolescencia (10 a 19 años). Por otro lado, las mujeres que tuvieron hijos en edad adulta son aquellas que al momento de la conducción de la encuesta tenían entre 21 y 64 años y tuvieron su primer hijo entre los 20 y 29 años. Por ejemplo, si una mujer tenía 56 años al momento de la encuesta y la edad de su primer hijo es 40 años, entonces esta mujer pertenece al Grupo 1, pues tuvo su primer hijo a los 16 años. Por otro lado, si una mujer tenía 44 años al momento de la encuesta y la edad de su primer hijo es 17 años, entonces esta mujer pertenece al Grupo 2, pues tuvo su primer hijo a los 27 años.

Siguiendo este criterio y utilizando el factor de expansión poblacional de la ENAHO, el universo de MHA es igual a 429,875 mujeres, mientras que el de las mujeres que tuvieron su primer hijo en edad adulta es de 3,476,225 mujeres.

2. Estimación del impacto del embarazo y la maternidad adolescente

2.1. Estimación de la dimensión de educación

Existe evidencia empírica que sustenta que el embarazo y la maternidad adolescente están asociados con mayores niveles de deserción escolar y profesionalización (i.e. menor acceso a educación superior) (Mendoza y Subiría, 2013; Favara, Lavado y Sánchez, 2016). En esta sección se estiman los efectos de la maternidad en la adolescencia sobre la educación, para lo cual se trabajó con el "Módulo 3 – Educación" de la ENAHO. En particular, a partir de la caracterización los dos grupos de mujeres en el Módulo 2

de la encuesta, se generó un código de identificación único para cada observación, conformado por el código del distrito (ubigeo), el código del conglomerado, el código de la vivienda, el código del hogar y el código de la persona.

Con ese código de identificación único se realizó un cruce con la base del Módulo 3 y se utilizó la pregunta "¿Cuál es el último año o grado de estudios y nivel que aprobó?". En función a las respuestas de las encuestadas se generaron cinco categorías:

- Sin nivel educativo (k=1): Incluye a las mujeres que reportaron no poseer nivel educativo y aquellas que sólo poseen educación inicial y/o primaria incompleta.
- Educación primaria (k=2): Incluye a las mujeres que reportaron poseer educación primaria completa o secundaria incompleta.
- Educación secundaria (k=13): Incluye a las mujeres que reportaron poseer educación secundaria completa, superior no universitaria incompleta o superior universitaria incompleta.
- Educación superior (k=4): Incluye a las mujeres que reportaron poseer educación universitaria completa o no universitaria completa.
- **Postgrado (k=5):** Incluye a las mujeres que reportaron poseer maestría y/o doctorado.

Considerando las categorías que se presentan a continuación, se construyeron las siguientes variables para los dos grupos de mujeres definidos, utilizando el factor de expansión poblacional:

Grupo 1: Mujeres que tuvieron su primer hijo en la adolescencia

- Tasa de MHA que no poseen nivel educativo = Número de MHA que no poseen nivel educativo o sólo poseen educación inicial y/o primaria incompleta / Número de MHA.
- Tasa de conclusión de educación primaria o menor en MHA = Número de MHA que han concluido la educación primaria / Número de MHA.
- Tasa de conclusión de educación secundaria en MHA = Número de MHA que han concluido la educación secundaria / Número de MHA.
- Tasa de conclusión de educación superior en MHA = Número de MHA que han concluido la educación superior / Número de MHA.
- Tasa de conclusión de posgrado en MHA = Número de MHA que cuentan con maestría o doctorado / Número de MHA.

Grupo 2: Mujeres que tuvieron su primer hijo en edad adulta

 Tasa de mujeres que fueron madres en edad adulta sin nivel educativo = Número de mujeres que fueron madres en edad adulta y no

- poseen nivel educativo o sólo poseen educación inicial y/o primaria incompleta / Número de mujeres que fueron madres en edad adulta.
- Tasa de conclusión de educación primaria o menor en mujeres que fueron madres en edad adulta = Número de mujeres que fueron madres en edad adulta y han concluido la educación primaria / Número de mujeres que fueron madres en edad adulta.
- Tasa de conclusión de educación secundaria en mujeres que fueron madres en edad adulta = Número de mujeres que fueron madres en edad adulta y han concluido la educación secundaria / Número de mujeres que fueron madres en edad adulta.
- Tasa de conclusión de educación superior en mujeres que fueron madres en edad adulta
 Número de mujeres que fueron madres en edad adulta y han concluido la educación superior / Número de mujeres que fueron madres en edad adulta.
- Tasa de conclusión de posgrado en mujeres que fueron madres en edad adulta = Número de mujeres que fueron madres en edad adulta y cuentan con maestría o doctorado/ Número de mujeres que fueron madres en edad adulta.

Comparación de grupos

- Brecha de escolarización entre MHA y mujeres que tuvieron su primer hijo a edad adulta
 Tasa de conclusión de educación primaria o menor en mujeres que fueron madres adolescentes Tasa de conclusión de educación primaria o menor en mujeres que fueron madres en edad adulta.
- Brecha de profesionalización (educación superior) entre MHA y mujeres tuvieron su primer hijo a edad adulta = Tasa de conclusión de educación superior en mujeres que fueron madres en edad adulta Tasa de conclusión de educación superior en MHA
- Brecha de formación de posgrado entre MHA y mujeres que tuvieron su primer hijo a edad adulta = Tasa de conclusión de posgrado en mujeres que fueron madres en edad adulta -Tasa de conclusión de posgrado en MHA.

2.2. Estimación de la dimensión de participación laboral

Según la evidencia empírica, las mujeres que tienen hijos en la adolescencia se enfrentan a mayores dificultades para conseguir un empleo y suelen estar más predispuestas a optar por empleos con peores condiciones laborales (Field y Ambrus, 2008; Baird et al., 2011; Cavero et al., 2011; Herrera y Sahn, 2015).

En esta sección se busca estimar los efectos de la maternidad adolescente sobre la participación laboral. Para ello, se trabajó con el "Módulo 5 -Empleo e Ingresos" de la ENAHO. En esta dimensión, a partir del cruce de información (utilizando el código de identificación único generado en el Módulo 2 de la encuesta), se identificó a las MHA que pertenecen a la Población Económicamente Activa (PEA)³, y a las mujeres que fueron madres en edad adulta y pertenecen a la PEA. Utilizando esta caracterización y las variables construidas del Módulo 5 "Indicador de la PEA (ocupado⁴. desocupado abierto⁵ y desocupado oculto⁶)" y "Situación de informalidad (empleo formal⁷ y empleo informal⁸)" se construyeron las siguientes variables, utilizando el factor de expansión poblacional:

Grupo 1: Mujeres que tuvieron su primer hijo en la adolescencia

 Tasa de inactividad de MHA = Número de MHA económicamente activas que no se encuentran ocupadas y no están buscando trabajo / Número de MHA.

- Tasa de desempleo de MHA = Número de MHA económicamente activas que no se encuentran ocupadas y están buscando trabajo / Número de MHA económicamente activas.
- Tasa de empleo informal de MHA = Número de MHA que se desempeñan en el sector informal / Número de MHA económicamente activas.

Grupo 2: Mujeres que tuvieron su primer hijo en edad adulta

- Tasa de inactividad de mujeres que fueron madres en edad adulta = Número de MHA económicamente activas que no se encuentran ocupadas y no están buscando trabajo / Número de mujeres que fueron madres en edad adulta.
- Tasa de desempleo de mujeres que fueron madres en edad adulta = Número de mujeres económicamente activas que fueron madres en edad adulta que no se encuentran ocupadas y están buscando trabajo / Número de mujeres económicamente activas que fueron madres en edad adulta.
- Tasa de empleo informal de mujeres que fueron madres en edad adulta = Número de mujeres económicamente activas que fueron madres en edad adulta y se desempeñan en el sector informal / Número de mujeres económicamente activas que fueron madres en edad adulta.

³ La PEA refiere al conjunto de personas que, contando con la edad mínima establecida (14 años en el caso del Perú), ofrecen la mano de obra disponible para la producción de bienes y/o servicios durante un período de referencia determinado.

⁴ La categoría "ocupado" abarca a aquellas personas que poseen un empleo durante la semana de referencia (semana previa a la Encuesta). Este empleo puede ser a tiempo completo o a tiempo parcial.

⁵ La categoría "desocupado abierto" abarca a aquellas personas que durante la semana de referencia no tienen trabajo y lo buscan activamente, que estaban disponibles para trabajar de inmediato, y que habían tomado medidas concretas para buscar un empleo asalariado o un empleo independiente.

⁶ La categoría "desocupado oculto" abarca a aquellas personas que no tienen una ocupación, que teniendo deseos de trabajar, no realizan la búsqueda activa; por lo que no forman parte de la PEA.

⁷ La categoría "empleo formal" abarca a aquellas personas que se desempeñan en unidades productivas inscritas en la administración tributaria, es decir, que pagan impuestos por la ejecución de sus actividades económicas.

⁸ La categoría "empleo informal" abarca al conjunto de personas que se desempeñan en unidades productivas no inscritas en la administración tributaria. Estas unidades pueden ser de dos tipos: (i) empresas informales por cuenta propia, y (ii) empresas de empleadores informales.

Comparación de grupos

- Brecha de actividad laboral entre las MHA y quienes tuvieron su primer hijo en edad adulta
 Tasa de inactividad de mujeres que fueron madres en edad adulta - Tasa de inactividad de MHA.
- Brecha de empleo entre las MHA y quienes tuvieron su primer hijo en edad adulta = Tasa de desempleo de mujeres que fueron madres en edad adulta - Tasa de desempleo en MHA.

Asimismo, para realizar la desagregación por actividad económica se utilizó la pregunta "¿A qué se dedica el negocio, organismo o empresa en la que trabajó en su ocupación principal?" y en función al código de la "Clasificación Industrial Internacional Uniforme – (CIIU Revisión 4)", se construyeron las siguientes categorías:

- Agricultura y pesca: actividades con CIIU Revisión 4 entre 0111 a 0322.
- **Servicios y comercio:** actividades con CIIU Revisión 4 entre 4510 y 8299.
- Gobierno y defensa nacional: actividades con CIIU Revisión 4 entre 8411 al 8430.
- Manufactura, construcción y otros: engloba al resto de actividades no mencionadas previamente.

Finalmente, para construir la variable de categoría ocupacional, se utilizó la pregunta "¿Qué función cumple en su centro de trabajo?", la cual tiene las siguientes posibles respuestas: (i) empleador o jefe, (ii) trabajador independiente, (iii) empleado, (iv) obrero, (v) trabajador familiar no remunerado, (vi) trabajador del hogar, y (VII) otro.

2.3. Estimación de la dimensión de ingreso laboral

En esta sección se busca estimar los efectos del embarazo y la maternidad adolescente sobre el ingreso laboral. Como se mencionó en el punto anterior, las mujeres que tienen hijos en la adolescencia se enfrentan a mayores dificultades para encontrar trabajo y por ello, tienen en promedio un ingreso laboral menor que las mujeres que tuvieron su primer hijo en edad adulta (Field y Ambrus, 2008; Herrera y Sahn, 2015).

Para realizar las estimaciones, se trabajó con el "Módulo 5 – Empleo e Ingresos" de la ENAHO. En esta dimensión, a partir del cruce de información (utilizando el código de identificación único generado en el Módulo 2) se identificó a las MHA que pertenecen a la PEA, y a las mujeres que fueron madres en edad adulta y que pertenecen a la PEA. Utilizando esta caracterización y las variables construidas del Módulo 5 "¿Cuándo fue su ingreso total en el mes anterior? (Anualizado y deflactado)" y considerando el factor de expansión se construyeron las siguientes variables:

Grupo 1: Mujeres que tuvieron su primer hijo en la adolescencia

 Salario promedio de MHA = Sumatoria de los salarios de MHA económicamente activas y que se encuentran ocupadas / Número de MHA económicamente activas y ocupadas.

Grupo 2: Mujeres que tuvieron su primer hijo en edad adulta

 Salario promedio de mujeres que fueron madres en edad adulta = Sumatoria de los salarios de mujeres económicamente activas que fueron madres en edad adulta y se encuentran ocupadas / Número de mujeres económicamente activas y ocupadas que fueron madres en edad adulta.

Comparación de grupos

- Brecha salarial entre MHA y mujeres que fueron madres en edad adulta = 1 (Salario promedio de mujeres que fueron madres en edad adulta / Salario promedio de MHA).
- Salario promedio de mujeres según nivel educativo = Sumatoria de los salarios de mujeres económicamente activas y empleadas según nivel educativo (primaria, secundaria, superior y posgrado) / Número de mujeres económicamente activas y ocupadas según nivel educativo (primaria, secundaria, superior y posgrado).

2.4. Estimación de la dimensión de gastos en salud

Esta dimensión consta de dos partes: por un lado los datos relacionados a la mortalidad materna adolescente y esperanza de vida, y por el otro, los costos en salud durante el embarazo y el parto.

Para el primer punto, se utilizaron las siguientes variables: I) la razón de mortalidad materna en adolescentes (en Perú cada año mueren 67 adolescentes por cada 100,000 nacidos vivos por causas relacionadas con el embarazo), II) esperanza de vida (76 años), III) edad promedio de fallecimiento de mujeres adolescentes por causas relacionadas con el embarazo (17.20 años), IV) edad de inicio de la actividad laboral (15 años), V) edad de retiro (65 años), e VI) ingreso laboral anual promedio de MHA (igual a USD 3,055).

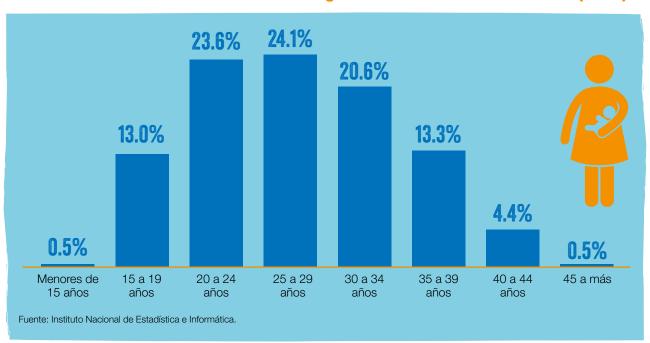
Para el segundo punto, debido a que Perú no cuenta con una base de datos que reporte los costos promedios en los que incurre el sistema de salud pública derivado de la atención prenatal y parto en los Establecimientos de Salud (EESS), se realizará una aproximación a partir de los gastos generados por las mujeres que tuvieron un hijo en edad adolescente. Para ello, se realizó una aproximación de los gastos públicos incurri-

dos para atender a las mujeres que fueron madres en la adolescencia a partir del presupuesto asignado al Programa Presupuestal (PP) "Salud Materno Neonatal".

En primer lugar, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el año 2018, hubo 601,781 nacidos vivos en Perú, de los cuales el 13.5% correspondió a niñas y adolescentes, lo que representó a 81,240 mujeres de 10 a 19 años (Figura 21).

Según el INEI, el 95.0% de partos fueron atendidos en un establecimiento de salud (público o privado) y por personal de salud calificado (médico, obstetra y enfermera). De estos nacimientos atendidos en un establecimiento de salud, el 64.4% fue atendido en hospitales públicos y el 24.6% en centros o puestos de salud públicos. Es decir, del 95% de partos atendidos en un establecimiento de salud, el 89% se hizo en un establecimiento de salud público. Por lo tanto, del total de nacimientos, el 84.6% de los nacimientos fue atendido en un establecimiento de salud público. Entonces, a fin de calcular el costo de salud asociado con el embarazo y la maternidad adolescente se considerarán 68.726 casos.

FIGURA 21
PERÚ: Distribución de nacidos vivos según la edad de la madre en Perú (2018)



Luego, se utilizó la información provista por el Programa presupuestal (PP) "Salud Materno Neonatal" en el año 2019, en particular se utilizó la información de ejecución presupuestal de los siguientes productos⁹:

- Producto 3033172: Atención prenatal reenfocada
- Producto 3033294: Atención de la gestante con complicaciones
- Producto 3033295: Atención del parto normal
- Producto 3033296: Atención del parto complicado no quirúrgico
- Producto 3033297: Atención del parto complicado quirúrgico
- Producto 3033298: Atención del puerperio
- Producto 3033299: Atención del puerperio con complicaciones
- Producto 3033300: Atención obstétrica en unidad de cuidados intensivos
- Producto 3033305: Atención del recién nacido normal

- Producto 3033306: Atención del recién nacido con complicaciones
- Producto 3033307: Atención del recién nacido con complicaciones que requiere Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)

Asimismo, considerando que la población objetivo del PP "Salud Materno Neonatal" es la población integrada por mujeres en edad fértil (de 10 a 49 años), las metas físicas (i.e. atenciones) asociadas a cada uno de los productos, consideran la atención a las mujeres que tuvieron hijos en todo el rango de edad mencionado. Por ello, se ponderó la asignación presupuestal por 13.5%, para capturar la proporción del gasto dirigido exclusivamente para mujeres que fueron madres en edad adolescente (10 a 19 años). Finalmente se clasificaron los gastos en cinco categorías: (i) cuidados prenatales y durante el parto, (ii) partos, (iii) complicaciones obstétricas, (iv) otras afecciones de la maternidad y (v) intervenciones por recién nacido.

TABLA 1

Matriz de estimación de costos en salud

Categoría de gasto en salud¹º	Costo unitario (USD)	Adolescentes atendidas	Gasto total (USD)
Cuidados prenatales y durante el part	68,726	25,109,716	
Cuidados prenatales (Z34 - Z35)	529.62	28,751	15,227,211
Tratamiento de anemia aguda (Z51)	556.31	1,025	570,220
Hipertensión durante el embarazo (O16)	28.11	3,417	96,057
Prevención de la malaria durante los cuidados prenatales	-	-	-
Tratamiento de la malaria durante los cuidados prenatales	-	-	-
Cuidados durante el parto (Z39)	325.34	27,333	8,892,628
Cuidados después del parto (Z39)	39.46	8,200	323,600
Partos		68,726	18,633,661
Parto único espontáneo (O80)	206.26	34,601	7,136,640
Parto único por fórceps o ventosa obstétrica (O81)	84.95	3,027	257,139

⁹ El PP "Salud Materno Neonatal" incluye también productos presupuestales orientados a proveer servicios de salud sexual y reproductiva y consejería de planificación familiar que no están siendo consideradas para este cálculo pues no están relacionados directamente con la atención de adolescentes gestantes. Seguiendo los lineamientos de la metodología Milena, en esta dimensión se cuantifica sólo el gasto durante el embarazo y el parto, más no el gasto relacionado con prevención del embarazo adolescente.

¹⁰ Las categorías de gasto en salud se definieron siguiendo la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (Décima Revisión, Volumen 3) de la Organización Mundial de la Salud.

Categoría de gasto en salud¹º	Costo unitario (USD)	Adolescentes atendidas	Gasto total (USD)
Parto único por cesárea (O82)	297.34	26,341	7,832,201
Otros partos únicos asistidos (O83)	743.37	4,325	3,215,061
Parto múltiple (O84)	445.88	432	192,619
Complicaciones obstétricas		392	294,379
Cuidados de emergencia previos a la remisión	-	-	-
Ruptura de membranas antes del parto (O42)	-	-	-
Parto prolongado (>18 horas) (O63)	1033.51	71	73,379
Hemorragia antes del parto (O67)	269.33	128	34,475
Hemorragia después del parto (O72)	892.20	125	111,525
Sepsis puerperal (O85)	1113.21	59	65,679
Eclampsia / Preeclampsia grave (O15)	1035.61	9	9,320
Otras afecciones de la maternidad		3,411	2,047,533
Fístula obstétrica	-	-	-
Infección del tracto urinario (O23)	556.73	3,074	1,711,381
Mastitis (O91)	997.48	337	336,152
Intervenciones por recién nacido		68,726	11,902,059
Cuidados de rutina del recién nacido (Z00)	136.55	64,516	8,809,714
Sepsis / infecciones del recién nacido (P36)	983.21	330	324,459
Asfixia / dificultades respiratorias al nacer (P21)	623.66	1,681	1,048,373
Bajo peso al nacer (P05)	781.95	2,199	1,719,514

Fuente: Sistema Integrado de Administración Financiera (2019). Elaboración: UNFPA (2020).

2.5. Dimensión del impacto fiscal y el costo de oportunidad total

Debido a la participación laboral e ingresos disminuidos como consecuencia del embarazo y la maternidad adolescente, se genera un impacto fiscal a partir de los ingresos fiscales por impuestos no percibidos. Este costo se estima a partir de la suma de los dos costos de oportunidad de la participación laboral: disponibilidad laboral y empleo y el costo de oportunidad de los salarios, pues ambos inciden en la capacidad de compra y generación de rentas imponibles de las mujeres.

Es importante mencionar que no se considera el costo de oportunidad de la educación, pues éste se mide teniendo en cuenta los salarios por nivel educativo y este resultado se captura de manera general en el costo de oportunidad de los ingresos.

Para ello, en esta dimensión se determinará el resultado final, es decir, el costo total de oportunidad, el cual tiene como insumos los siguientes indicadores:

• Porcentaje de impuesto al valor agregado (impuesto al consumo). En este punto se consideró el porcentaje de Impuesto General a las Ventas (IGV), que grava todas las fases del ciclo de producción y distribución y está orientado a ser asumido por el consumidor final, encontrándose normalmente en el precio de compra de los productos que adquieren los consumidores. Según el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), el valor del IGV es igual a 18%.

- Porcentaje estimado de ingresos que se gasta en consumos gravables. Se utilizó el "Módulo 5 – Empleo e Ingresos" de la ENAHO y a partir de las líneas de gastos identificadas a nivel de hogar, se seleccionaron las líneas que reportan un pago de impuestos, obteniéndose como resultado el 74.2%.
- Porcentaje de Impuesto a la Renta (IR).
 En este punto se calculó un IR promedio para las MHA según la distribución de sus niveles de ingreso anuales. En particular, se identificaron MHA en dos tramos del IR: I) Tramo 1: con ingresos anuales menores que 21,500 soles
- (USD 6,107), igual al 86.3% del total (este grupo paga 8% como IR), y II) Tramo 2: con ingresos anuales mayores a 21,500 soles (USD 6,107) pero menores que 86,000 soles (USD 24,431), igual al 13.7% del total (este grupo paga 14% como IR). Computando un promedio ponderado se obtuvo un IR igual a 8.82%.
- Producto Bruto Interno (PBI). Es una magnitud macroeconómica que expresa el valor monetario de la producción de bienes y servicios de demanda final en el Perú. Según el Banco Central de Reserva del Perú (BCRP), el PBI en el 2019 fue igual USD 228 mil millones.

3. Fuentes de información utilizadas

Las fuentes de información utilizadas para el presente análisis se mencionan a continuación:

- Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO). Es el medio estadístico más importante y oportuno que dispone el Perú para la obtención de información estadística, social, demográfica y económica, proveniente de los hogares. A partir de la información obtenida se calculan indicadores económicos y sociales. Además permite conocer y explicar los determinantes o factores causales del comportamiento de dichos aspectos, lo cual es de gran importancia para el diseño, monitoreo y medición de resultados de las políticas públicas. La ENAHO 2019 constituye una encuesta por muestreo que se realizó en el ámbito nacional (en el área urbana y rural), en los 24 departamentos del país y en la Provincia Constitucional del Callao. La unidad de análisis está constituida por los integrantes del hogar familiar, así como los trabajadores del hogar.
- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). Su objetivo principal es proveer información actualizada y confiable sobre la dinámica demográfica, el estado de salud y nutrición de las madres y los menores de cinco años, así como brindar información sobre el Estado y factores asociados a las enfermedades no trasmisibles y trasmisibles para la evaluación y

- formulación de los programas de población y salud familiar en el país. Al igual que la ENAHO, la ENDES 2019 constituye una encuesta por muestreo que se realizó en el ámbito nacional, en el área urbana y rural, y en todos los departamentos del país. Asimismo, la ENDES tiene como población objetivo: (i) todas las mujeres de 15 a 49 años y niños menores de 5 años, (ii) las personas de 15 años o más en cada hogar particular, y (iii) todas las niñas y niños menores de 12 años.
- Censo de Vivienda y Población. Provee información para el análisis y la evaluación de la composición, distribución y crecimiento pasado y potencial de la población. Asimismo, muestra los patrones cambiantes de la concentración urbana y rural, el desarrollo de las zonas urbanizadas, la distribución geográfica de la población de acuerdo con variables tales como ocupación y educación. También presenta la evolución de la estructura por sexo y edad de la población, la mortalidad y los diferenciales de fecundidad para diversos grupos de población, así como las características económicas de la población y la fuerza laboral. Las unidades de análisis de investigación estadística son las siguientes: (i) las viviendas (particulares y colectivas), (ii) los hogares, y (iii) todas las personas del país que se encontraron en la vivienda en el "momento censal".

- Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF). Es un sistema informático que automatiza los procedimientos financieros necesarios para registrar los recursos públicos recaudados y aplicarlos a la concreción de los objetivos del sector público. En particular, se utilizó el "Módulo de Formulación Presupuestal", donde se registran las diferentes fases del proceso presupuestario, en la cual las Unidades Ejecutoras definen la estructura funcional programática de su presupuesto institucional, seleccionan las metas presupuestarias propuestas durante la fase de programación y consignan las cadenas de gasto, montos y los rubros para el siguiente ejercicio fiscal.
- Reporte de Natalidad, Mortalidad y Nupcialidad en Perú. Este reporte elaborado por el INEI presenta estadísticas vitales que constituyen el conocimiento cuantitativo del número y características de los hechos vitales (i.e. nacimientos, defunciones, matrimonios y divorcios). Esta información es importante para estimar el tamaño y crecimiento de la población, la edad promedio en la que fallecen los hombres y mujeres, generar evaluaciones de programas de salud pública, información sobre salud materno-infantil, nupcialidad, entre otros.

A continuación, se enumeran las fortalezas de utilizar las fuentes de información mencionadas:

- A partir de la información de las relaciones de parentesco al interior de los hogares en la ENAHO es posible identificar la edad en la cual las mujeres de 21 a 64 años tuvieron su primer hijo y, a partir de ello, diferenciar a las mujeres tuvieron su primer hijo en la adolescencia y las que lo tuvieron en edad adulta.
- Considerando dicha información, es posible identificar características de ambos grupos poblacionales relacionados con su condición

- laboral, nivel educativo, informalidad, condición de pobreza, entre otros.
- La ENAHO, además, permite complementar los resultados con un análisis de las principales actividades económicas y categorías ocupacionales donde se desempeñan las MHA.
- La representatividad de la información a nivel regional permite identificar los departamentos con los mayores niveles de brecha en empleo, salarios y profesionalización como consecuencia del embarazo y la maternidad adolescente.
- La ENDES permite identificar características sobre el estado de salud de las madres en edad adolescente y en edad adulta, con el objetivo de contextualizar las brechas y diferencias entre ambos grupos. Dicha información es contrastada con los resultados provenientes del Censo de Población y Vivienda.

Finalmente, se enumeran las debilidades de las fuentes de información utilizadas:

- No se cuenta con una base de datos administrativa de EESS públicos que incluya los costos promedios derivados de la atención prenatal y de parto en adolescentes. Por ello, se utilizó la base de datos del SIAF, que reporta la ejecución del gasto público destinado a la atención prenatal y de parto para todas las mujeres gestantes en EESS públicos. La información contenida en el SIAF no permite desagregar por edad de la madre gestante, por lo que se aproximó el gasto incurrido utilizando la proporción de gestantes adolescentes respecto del total de gestantes.
- Tampoco está disponible información sobre los costos de atención prenatal y de parto a niñas y adolescentes en hospitales y clínicas privadas, por lo que no es posible tener un parámetro para comparar los resultados obtenidos a partir de las estimaciones del SIAF.



Intervalos de confianza de variables utilizadas en la Sección 2

TABLA 1
Nivel educativo alcanzado por mujeres (2019)

		s que tuviero o en la adole	on su primer scencia	Mujeres que tuvieron su primer hijo en edad adulta			
Nivel educativo	Volor	Intervalo	de confianza	Valor	Intervalo de confianza		
	Valor medio	Límite inferior	Límite superior	medio	Límite inferior	Límite superior	
Sin nivel educativo	5.2%	3.8%	6.9%	4.1%	2.6%	5.9%	
Educación primaria	25.7%	24.2%	27.3%	27.0%	25.8%	28.8%	
Educación secundaria	49.6%	47.9%	51.2%	41.7%	40.4%	43.0%	
Educación superior	18.8%	17.0%	20.0%	26.0%	24.4%	27.5%	
Postgrado concluido	0.7%	0.0%	1.5%	1.1%	0.0%	2.3%	

Nota: Intervalos computados al 95% de confianza. Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (2019).

 TABLA 2

 Salario promedio anual en mujeres por nivel educativo, expresado en dólares (2019)

Nivel educativo	Valor medio	Intervalo de confianza			
Niver educativo	valor medio	Límite inferior	Límite superior		
Sin nivel educativo	1,500	1,460	1,530		
Educación primaria	2,110	2,049	2,152		
Educación secundaria	2,922	2,840	3,009		
Educación superior	5,605	5,442	5,717		
Postgrado concluido	13,006	12,668	13,396		

Nota: Intervalos computados al 95% de confianza. Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (2019).

TABLA 3Condición laboral de mujeres (2019)

	_	Mujeres que tuvieron su primer hijo en la adolescencia			Mujeres que tuvieron su primer hijo en edad adulta			
Situación Iaboral		Intervalo de confianza			Intervalo d	e confianza		
iaisora:	Valor medio	Límite inferior	Límite superior	Valor medio	Límite inferior	Límite superior		
Población Económicamente Activa	73.2%	71.7%	74.4%	80.9%	79.1%	82.6%		
Población Económicamente Inactiva	26.8%	25.5%	28.0%	19.1%	17.5%	20.3%		
Empleada	92.3%	90.6%	93.6%	95.6%	94.3%	97.3%		
Desempleada	7.7%	6.0%	8.9%	4.4%	3.2%	6.1%		
Empleada en el sector informal	81.9%	80.2%	83.3%	77.4%	75.6%	79.1%		
Empleada en el sector formal	18.1%	16.3%	19.9%	22.6%	21.2%	24.3%		

Nota: Intervalos computados al 95% de confianza. Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (2019).

TABLA 4

Distribución de mujeres por actividad económica (2019)

		que tuvieron en la adolesc		Mujeres que tuvieron su primer hijo en edad adulta			
Actividad económica		Intervalo d	Intervalo de confianza		Intervalo d	e confianza	
Conomica	Valor medio	/alor medio Límite Límite Valor medio inferior superior	Valor medio	Límite inferior	Límite superior		
Agricultura y pesca	27.7%	26.4%	29.2%	25.7%	24.2%	27.0%	
Servicios y comercio	51.5%	50.1%	52.9%	49.1%	47.3%	50.8%	
Manufactura, construcción y otros	17.1%	15.8%	18.7%	19.1%	17.8%	20.2%	
Gobierno y defensa nacional	3.6%	2.4%	5.4%	6.1%	4.3%	7.3%	

Nota: Intervalos computados al 95% de confianza. Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (2019).

 TABLA 5

 Salario promedio en mujeres por actividad económica, expresado en dólares (2019)

		que tuviero en la adoles		Mujeres que tuvieron su primer hijo en edad adulta			
Actividad económica	Valor	Intervalo d	e confianza		Intervalo d	Intervalo de confianza	
	medio	Límite inferior	Límite superior	Valor medio	Límite inferior	Límite superior	
Agricultura y pesca	2,164	2,117	2,208	1,976	1,929	2,016	
Servicios y comercio	3,081	3,016	3,173	3,826	3,722	3,902	
Manufactura, construcción y otros	2,978	2,912	3,067	2,832	2,750	2,889	
Gobierno y defensa nacional	5,139	4,995	5,242	5,030	4,899	5,131	

Nota: Intervalos computados al 95% de confianza. Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (2019).

 TABLA 6

 Distribución de categorías ocupacionales de mujeres (2019)

		que tuvieron en la adolesc		Mujeres que tuvieron su primer hijo en edad adulta			
Categoría ocupacional		Intervalo d	e confianza	Valor	Intervalo d	e confianza	
Coupudional	Valor medio	Límite inferior	Límite superior	medio	Límite inferior	Límite superior	
Empleadora y/o jefa	1.4%	0.0%	2.9%	1.8%	0.0%	3.1%	
Empleada	41.3%	39.7%	42.9%	48.8%	47.6%	50.1%	
Trabajadora independiente	36.2%	34.5%	37.9%	35.2%	33.6%	36.6%	
Trabajadora familiar no remunerada	17.1%	15.5%	18.8%	10.6%	9.1%	12.3%	
Trabajadora del hogar	3.1%	1.4%	4.3%	2.2%	0.6%	3.4%	
Otro	0.9%	0.0%	2.1%	1.4%	0.0%	2.5%	

Nota: Intervalos computados al 95% de confianza. Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (2019).

TABLA 7
Ingreso laboral anual de mujeres por tipo, expresado en dólares (2019)

	_	es que tuvieror jo en la adoles	The second secon	Mujeres que tuvieron su pri hijo en edad adulta		
Variable	Valor	Intervalo de	Intervalo de confianza Valor Intervalo de co		confianza	
	medio	Límite inferior Límite superior		medio	Límite inferior	Límite superior
Ingreso laboral anual	3,488	3,404	3,558	4,047	3,926	4,168

Nota: Intervalos computados al 95% de confianza. Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (2019).

Referencias bibliográficas

Alcazar, L. & Lovatón, R. (2006). Perspectivas socio-antropológicas sobre la adolescencia, la juventud y el embarazo. En M. Gogna, Embarazo y maternidad en adolescencia: estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas, pp. 33-65.

Alinsky, R. & Goldstein, M. (2017). Adolescent Pregnancy. In The Mass General Hospital for Children Adolescent Medicine Handbook, pp. 177-186. Springer.

Altamirano, A., Pacheco, C., Huelva, L., Sáenz, M., & López, A. (2016). Embarazo adolescente en Nicaragua: causas y consecuencias económicas y sociales del embarazo adolescente en Nicaragua (Serie de documentos de trabajo No. 7). Managua. Retrieved from http://www.funides.com/publicaciones/informe-y-estudios/200-causas-y-consecuencias-economicas-y-sociales-del-e/

Arceo-Gómez, E. & Campos-Vázquez, R. (2012). Teenage pregnancy in Mexico: evolution and consequences. Serie Documentos de Trabajo No 3. Centro de Estudios Económicos. El Colegio de México.

Baird, S., McIntosh, C., & Özler, B. (2011) Cash or Condition? Evidence from a Cash Transfer Experiment. The Quarterly Journal of Economics, 26(4), pp. 1709-1753.

Banco Mundial (2011) World Development Report 2012: Gender Equality and Development.

Bandiera, O., Buehren, N., Burgess, R., Goldstein, M., Gulesci, S., Rasul, I., & Sulaiman, M. (2015). Women's Empowerment in Action: Evidence from a Randomized Control Trial in Africa. The World Bank.

Barrett, H.; Lust, K.; Callaway, L.; Fajermo, N.; Postman, C. (2011). Termination of pregnancy for maternal medical indications: failings in delivery of contraceptive advice? The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology, 51(6), pp. 532-535.

Casas, X.; Cabrera, O.; Reingold, R. & Grossman, D. (2015). Vida Robadas: Un estudio multipaís sobre los efectos en la salud de las maternidades forzadas en niñas de 9–14 años.

Cavero, D., Montalva, V., Rodríguez, J. (2011). Determinantes socioeconómicos de las transiciones entre niveles educativos: un enfoque sobre género y ruralidad en el Perú. Documento de Trabajo No. 309. Pontificia Universidad Católica del Perú.

Chaaban, J. & Cunningham, W. (2011) Measuring the economic gain of investing in girls: the girl effect dividend. Policy Research Working Paper No. 5753. The World Bank.

Climent, G. (2002). El derecho a la educación y los proyectos de vida. Perspectivas de las madres adolescentes embarazadas de una zona del Gran Buenos aires. La Ventana, 1(15), pp. 313-355.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2011). Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe. El salto de la autonomía de los márgenes al centro. Documentos de Proyecto N° 436 (LC/W.436).

Cook, R.; Dickens, B.; Fathalla, M. (2003). Salud Reproductiva y Derechos Humanos. Bogotá, Colombia: Profamilia, pp. 605.

Duflo, E. (2012) Women Empowerment and Economic Development. Journal of Economic Literature, 50(4), pp. 1051-1079.

Favara, M.; Lavado, P.; Sánchez, A. (2016). Understanding teenage fertility, cohabitation, and marriage: the case of Peru.

Feyisetan, B. & Pebley, A. (1989). Premarital Sexuality in Urban Nigeria. Studies in family planning, 20(20), pp. 100.

Field, E. & Ambrus, A. (2008). Early Marriage, Age of Menarche, and Female Schooling Attainment in Bangladesh. Journal of Political Economy, 116(5), pp. 881-930.

Florez, C., & Soto, V. (2006). Fecundidad adolescentes y desiguldad en Colombia y en la Región de América Latina y el Caribe. Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América Latina y el Caribe.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - Unicef (2015). Una aproximación a la situación de adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe. A partir de evidencia cuantitativa reciente.

Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA (2012). The right to decide: Family Planning in Eastern Europe and Central Asia. Key Messages on Family Planning.

Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA (2013). Motherhood in Childhood Facing the challenge of adolescent pregnancy.

Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA (2017). El costo económico del embarazo en niñas y adolescentes, El Salvador 2017. Retrieved from http://elsalvador.UNFPA.org/sites/default/files/pub-pdf/Costo económico del embarazo adolescente0.pdf

Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA (2019). Metodología para estimar el impacto económico del embarazo y la maternidad adolescentes en países de América Latina y el Caribe - MILENA 1.0.

Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA y Instituto Tecnológico de Santo Domingo. (2013). Costos del embarazo y la maternidad en la adolescencia en la República Dominicana.

Giovagnoli, P. & Vezza, E. (2009). Early Childbearing and Educational Outcomes: A Quantitative Assessment.

Green, J.; Oman, R.; Lu, M. & Clements-Nolle, K. (2017). Long-term improvements in knowledge and psychosocial factors of a teen pregnancy prevention intervention implemented in group homes. Journal of Adolescent Health, 60(6), pp. 698-705.

Greene, Margaret E. (2019) Una Realidad Oculta para niñas y adolescentes. Matrimonios y uniones infantiles, tempranas y forzadas en América Latina y el Caribe. Reporte Regional. Plan International Américas y UNFPA, ver: https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UnionesTempranas_ESP_Web.pdf.

Herrera, C. & Sahn, D. (2015). The impact of early child- bearing on schooling and cognitive skills among young women in Madagascar. Working Paper No. 247. Cornell University Food and Nutrition Policy Program.

Herrera, C. and Sahn, D. (2015). The Impact of Early Childbearing on Schooling and Cognitive Skills among Young Women in Madagascar. Discussion Paper No. 9362. Institute for the Study of Labor (IZA).

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2017). Resultados definitivos de los censos nacionales. Lima, Perú.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2019). Encuesta Nacional de Hogares. Base de datos recuperada de http://iinei.inei.gob.pe/microdatos/

Kiernan, K. (1980). Teenage Motherhood: Associated Factors and Consequences: The Experience of a British Birth Cohort. Journal of Biosocial Science, 12(4), pp. 393-405.

Laursen, L.; Hebert, L.; Newton, S.; Norcott, C. & Gilliam, M. (2020). Community violence exposure and adolescent pregnancy in Chicago. Journal of interpersonal violence.

Levine, J., Emery, C., & Pollack, H. (2007). The well-being of children born to teen mothers. Journal of Marriage and Family, 69(1), pp. 105-122.

Martin, J., Hamilton, B., Sutton, P., Ventura, S., Menacker, F., Kirmeyer, S., et al. (2009). Births: Final data for 2006. National Vital Statistics Reports, 57(7). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.

McKay, A. (2012). Trends in Canadian national and provincial/territorial teen pregnancy rates: 2001-2010. The Canadian Journal of Human Sexuality, 21(3), pp. 161-165.

McMichael, C. (2013). Unplanned but not unwanted? Teen pregnancy and parenthood among young people with refugee backgrounds. Journal of Youth Studies, 16(5), pp. 663-678.

Mendoza, W. & Subiría, G. (2013). Adolescent pregnancy in Peru: its current situation and implications for public policies. Revista peruana de medicina experimental y salud publica, 30(3), pp. 471-479.

Metson, D. (1988). Lesson from an Adult of Unplanned Pregnancies. The British Medical Journal, 297(6653), pp. 904-906.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo - SENPLADES, Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA y Fundación Sendas (2017). Estudio Costos de omisión en salud sexual y reproductiva en Ecuador - Resumen Ejecutivo. Quito.

Miranda R. (2005). Factores biopsicosociales relacionados al embarazo en adolescentes del Centro Materno Infantil "Juan Pablo II" de Villa el Salvador-2005. Tesis de Bachiller en Obstetricia. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Näslund-Hadley, E. & Binstock, G. (2010). The miseducation of Latin American girls: poor schooling makes pregnancy a rational choice. Technical Notes No. IDB-TN-204. Inter-American Development Bank.

Noll, J.; Guastaferro, K.; Beal, S.; Schreier, H.; Barnes, J.; Reader, J. & Font, S. (2019). Is sexual abuse a unique predictor of sexual risk behaviors, pregnancy, and motherhood in adolescence? Journal of research on adolescence, 29(4), pp. 967-983.

Observatorio de igualdad de Género de América Latina y el Caribe (2020). Interrelación de las autonomías. Santiago de Chile, Chile. Comisión Económica para América Latina (CEPAL). Recuperado de https://oig.CEPAL.org/es/autonomias/interrelacion-autonomias

Odu, B. & Ayodele, C. (2007). The Menace of Teenage Motherhood in Ekiti State Middle East. Journal of Scientific Research, 2(4), pp. 158-161.

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

Organización Mundial de la Salud - OMS (2011). WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes in adolescents in developing countries.

Organización Mundial de la Salud - OMS (2012). Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias.

Organización Mundial de la Salud - OMS (2017). El embarazo en la adolescencia. Nota descriptiva No 364.

Organización Mundial de la Salud - OMS (2019). Adolescent pregnancy: Evidence brief.

Orozco, L.; Macharé, P.; Angulo S.; Guevara, E.; Cabrera, S. (2016). Barriers to access to safe abortion in the full extent of the law in Peru. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2016, 62(2), pp. 153-168.

Panova, O.; Kulikov, A.; Berchtold, A. & Suris, J. (2016). Factors Associated with Unwanted Pregnancy among Adolescents in Russia. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 29(5), pp. 501–505.

Pantelides, E. (2004). Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina. Notas de Población, 31(78), pp. 7-34.

Paton, D., & Wright, L. (2017). The effect of spending cuts on teen pregnancy. Journal of Health Economics, 54(1), pp. 135-146.

Plan Internacional (2017a). Niñas esposadas: Caracterización del Matrimonio Infantil Forzado en las provincias de Azua, Barahona, Pedernales, Elías Piña y San Juan.

Plan Internacional (2017b). Liberar el poder de las niñas ahora: ¿Por qué la igualdad de género es el problema social y político de nuestro tiempo?

Plan Internacional y el Fondo de Poblacion de las Naciones Unidas (2019): Las Adolescentes Peruanas en Matrimonio o Union: Tradiciones, desafios y recomendaciones. Lima, Peru.

Plan International y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (2019): Las adolescentes peruanas en matrimonio o unión: Tradiciones, desafíos y recomendaciones. Lima, Perú, ver: https://peru.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/estudio-uniones-tempranas-web.pdf.

Rotermann, M. (2008). Trends in teen sexual behaviour and condom use. Health Reports, 19(3), pp. 53-57.

Seguro Nacional de Salud (Senasa) & Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA (2017). Planificación familiar vs. atención del embarazo Análisis costo beneficio en población afiliada al Senasa.

Stanger-Hall, K. & Hall, D. (2011). Abstinence-only education and teen pregnancy rates: Why we need comprehensive sex education in the US. PloS one, 6(10), e24658.

Tsaneva, M. & Gunes, P. (2020). The effect of violent crime on teenage pregnancy in Mexico. Review of Economics of the Household, 18(1), pp. 141-164.

Wilson, F. (1980). Antecedents of Adolescents Pregnancy.





