



Plan Andino de Prevención y Reducción del Embarazo en Adolescentes **2026-2030**



Plan Andino de Prevención y Reducción del Embarazo en Adolescentes **2026-2030**



Plan Andino de Prevención y Reducción del Embarazo en la Adolescencia 2026-2030.
ORAS-CONHU; 2026.
52 p.; illus.tab
PLAN ANDINO/ Embarazo en Adolescentes/Prevención/ Fecundidad/ Etnicidad/ Políticas públicas
/Determinante/Desigualdad/Enfoques

Lima, Perú

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú: N° 2026-04508

Comité editorial

Dr. Fernando Araos Dattoli. Secretario ejecutivo, ORAS-CONHU

Dra. Javiera Menay Caballero. Secretaria adjunta, ORAS-CONHU

Dra. Gloria Lagos Eyzaguirre. Gerente de cooperación internacional y líneas estratégicas, ORAS-CONHU

Dra. Alejandra Corao. Asesora regional de Salud sexual y reproductiva, UNFPA

Dra. Sol East. Especialista en Salud sexual y reproductiva y VIH, UNFPA

Consultoras encargadas de la elaboración del Plan:

Dra. Natalia Gualdoni

Dra. Tamar Finzi

Coordinación de publicación

Lic. Yaneth Clavo Ortiz. Jefa de Comunicaciones, ORAS-CONHU

Primera edición digital, julio 2026

©ORGANISMO ANDINO DE SALUD - CONVENIO HIPÓLITO UNANUE, 2026

Av. Paseo de la República N.º 3832 - San Isidro. Tercer Piso. Lima, Perú

Teléfonos: (00-51-1) / 611 3700 <http://www.orasconhu.org/> contacto@conhu.org.pe



Atribución-NoComercial-CompartirIgual

CC BY-NC-SA

Esta publicación ha sido realizada por el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) bajo el criterio de Acceso Abierto; con la colaboración del Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA.

La obra puede ser reseñada, usada, traducida y reproducida con fines académicos No Comerciales y en todo uso que se haga debe indicarse la fuente

Ministerios de Salud de la Región Andina

Dra. Marcela Tatiana Flores Zambrana

Ministra de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia

Dra. May Chomalí Garib

Ministra de Salud de Chile

Dr. Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez

Ministro de Salud y Protección Social de Colombia

Dr. Javier Bernabé Erazo

Ministro de Salud Pública del Ecuador

Dr. Juan Carlos Velasco Guerrero

Ministro de Salud del Perú

Dr. Carlos Alvarado González

Ministro del Poder Popular para la Salud de Venezuela

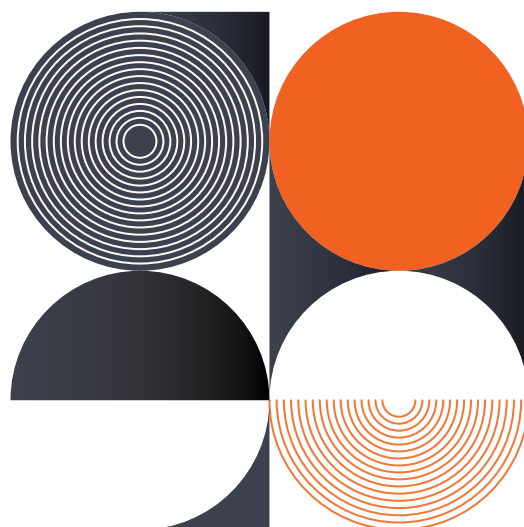
Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue

Dr. Fernando Araos Dattoli

Secretario Ejecutivo

Dra. Javiera Menay Caballero

Secretaria Adjunta



Comité Andino de Salud Integral del Adolescente

Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia

Alexia Paredes Prieto
Ermelinda Laime Rocha

Ministerio de Salud de Chile

Cettina D'Angello
Carolina Liu Orellana

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia

Magda Camelo Romero

Ministerio de Salud Pública de Ecuador

Daniela Lisintuña Jaguaco
Esteban Andrade Sandoval
Alexandra Minango Flores

Ministerio de Salud de Perú

María Elena Yumbato Pinto
Patricia Bravo Chávez

Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela

Luz Rodríguez Medina

ORAS-CONHU

Gloria Lagos Eyzaguirre

PARTICIPARON EN LA ELABORACIÓN DEL PLAN

Lucy Del Carpio Anaya, y Equipo técnico de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud del Perú.

Alejandra Corao, Asesora regional de Salud sexual y reproductiva y Sol East, Especialista en VIH y Salud sexual y reproductiva, del Fondo de Población de las Naciones Unidas.





Lima, Perú, 12 de diciembre de 2025

Resolución REMSAA XLI/569

ACTUALIZACIÓN DEL PLAN ANDINO DE PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA 2026 - 2030

Las Ministras y los Ministros de Salud de los países miembros,

Considerando:

1. Que, el Comité Andino de Salud Integral para Adolescentes con énfasis en la Prevención del Embarazo, ha venido trabajando ininterrumpidamente desde el 30 de marzo de 2007 en el que las ministras y ministros emitieron en Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, la Resolución REMSAA XXVIII/437, resolviendo la Conformación del Comité Subregional Andino con representantes de los Ministerios de Salud de los países, para abordar temas que determinan la situación del embarazo no planificado en adolescentes.
2. Que, con Resolución REMSAA XXXIII/478, emitida en Bogotá, Colombia el día 23 de noviembre del 2012, las ministras y ministros de salud aprueban la Política Andina: Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, con énfasis en la Prevención del Embarazo.
3. Que, con Resolución REMSAA XXXVI/515, emitida en Caracas, Venezuela el 05 de mayo del 2017, las ministras y ministros de salud aprueban el Plan Andino para la Prevención y Reducción del Embarazo en Adolescentes 2017 - 2022, extendido hasta la actualidad.
4. Que, con Resolución REMSAA XL/555, emitida en Lima, Perú el día 25 de noviembre del 2022, las ministras y los ministros de salud aprueban la Actualización de la Política Andina: Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, con énfasis en la Prevención del Embarazo.
5. Que, en la evaluación participativa del Plan Andino para la Prevención y Reducción del Embarazo en la Adolescencia, realizada en 2024, se identificaron necesidades, como ajustar las estrategias y priorizar acciones para abordar de manera más efectiva el embarazo no intencional en adolescentes, con un enfoque integral, inclusivo y sostenible.
6. Que, en trabajo conjunto y articulado entre el Comité Andino d, el ORAS CONHU, con apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA, se actualizó el Plan Andino para la Prevención y Disminución del Embarazo en la Adolescencia.



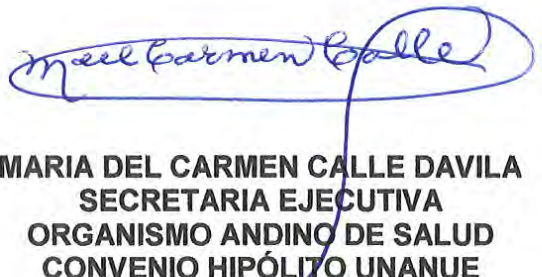
Resuelven:

1. Aprobar el Plan Andino para la Prevención y Reducción del Embarazo en la Adolescencia 2026-2030.
2. Encargar al Comité Andino de Salud Integral para Adolescentes con énfasis en la Prevención del Embarazo, la implementación del Plan Andino articulado con la Secretaría Ejecutiva del ORAS-CONHU, con el apoyo del UNFPA y otras instituciones expertas en el tema.

CERTIFICAMOS: Que el texto de la Resolución que antecede fue aprobado en la XLI Reunión Ordinaria de Ministros de Salud del Área Andina, realizada de manera virtual el 12 de diciembre de 2025.



LUIS NAPOLEÓN QUIROZ AVILES
MINISTRO DE SALUD DE PERÚ
PRESIDENTE DE LA XLI REMSAA



MARIA DEL CARMEN CALLE DAVILA
SECRETARIA EJECUTIVA
ORGANISMO ANDINO DE SALUD
CONVENIO HIPÓLITO UNANUE

Presentación



La realidad del embarazo en la adolescencia en la subregión andina continúa interpelando profundamente a nuestros sistemas de salud, educación y protección social. Más allá de los indicadores demográficos, esta problemática expresa desigualdades persistentes asociadas a la pobreza, las brechas territoriales, la violencia de género, la exclusión educativa y las limitaciones en el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes. Frente a ello, los países andinos reafirmamos nuestra convicción de que prevenir y reducir el embarazo adolescente constituye una prioridad sanitaria, social y política para el desarrollo sostenible de nuestros pueblos.

En este contexto, presentamos el *Plan Andino de Prevención y Reducción del Embarazo en la Adolescencia 2026–2030 (PLANEA)*, como expresión renovada del compromiso regional con las juventudes andinas y con la construcción de sociedades más justas, inclusivas y equitativas. Este instrumento recoge la experiencia acumulada desde el inicio de este esfuerzo regional en 2007 y proyecta una agenda común orientada a fortalecer políticas públicas integrales, intersectoriales y centradas en derechos.

El presente Plan ha sido elaborado a partir de un proceso técnico y participativo de evaluación de las acciones implementadas durante el periodo 2017–2024, permitiendo identificar avances, desafíos y nuevas prioridades para la región andina. Esta actualización incorpora las transformaciones sociales, epidemiológicas y culturales que atraviesan nuestras sociedades, así como las demandas de las propias adolescencias y juventudes, reconociéndolas no solo como sujetos de protección, sino también como actores estratégicos en la construcción de políticas públicas.

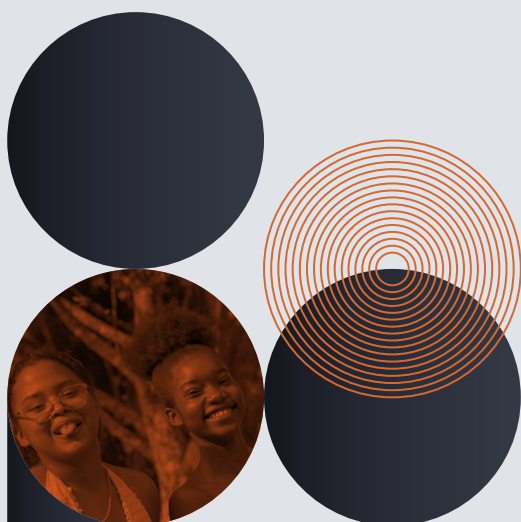
Desde una perspectiva de derechos humanos, igualdad de género e interculturalidad, el presente plan propone avanzar hacia respuestas integrales que fortalezcan la educación integral en sexualidad, el acceso oportuno y equitativo a servicios de salud sexual y reproductiva, la prevención de las violencias, la erradicación de los Matrimonios y Uniones Infantiles, Tempranas y Forzadas (MUITF), y la generación de oportunidades para el desarrollo pleno de las y los adolescentes en toda su diversidad. Este enfoque se encuentra alineado con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, particularmente el ODS 3 sobre salud y bienestar, y con la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018–2030, que promueve la equidad, la universalidad y la inclusión social como principios rectores de la acción sanitaria regional.

Asimismo, el PLANEA se articula con el Plan Estratégico de Integración en Salud 2023–2030 de nuestro organismo ORAS-CONHU, que reconoce la necesidad de fortalecer la cooperación regional, reducir desigualdades e impulsar respuestas integradas frente a los desafíos comunes de salud pública. En coherencia con este mandato, los países andinos reafirmamos que ninguna adolescente debe ver limitado su proyecto de vida por falta de oportunidades, exclusión social o ausencia de políticas públicas oportunas y basadas en evidencia.

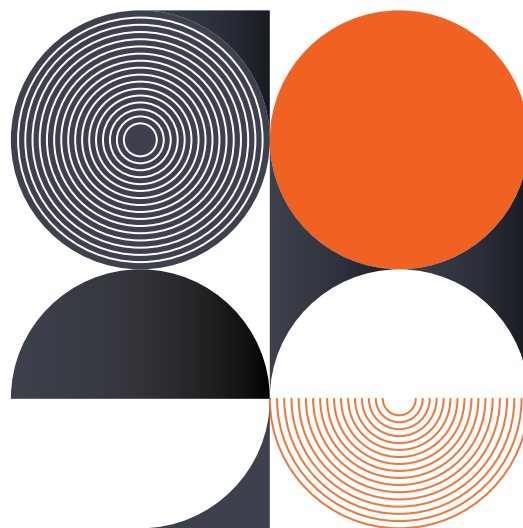
El plan andino de prevención y reducción del embarazo en adolescentes 2026–2030 se proyecta, por tanto, como una herramienta estratégica de articulación política y cooperación regional. Su implementación requerirá el compromiso sostenido de los Estados, la participación activa de las comunidades, el acompañamiento de los organismos internacionales y, especialmente, la voz y protagonismo de las juventudes andinas. Solo mediante una acción colectiva, solidaria e intersectorial será posible avanzar hacia una región donde las y los adolescentes puedan ejercer plenamente sus derechos, desarrollar sus capacidades y construir sus proyectos de vida en condiciones de dignidad, autonomía y bienestar.

Expresamos nuestro reconocimiento al Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), a los equipos técnicos de los ministerios de salud de los países andinos y a las y los integrantes del Comité Andino de Salud Integral de Adolescentes del Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), por su compromiso, liderazgo y valiosa contribución en la construcción colectiva de este Plan.

Dr. Fernando Araos Dattoli
Secretario Ejecutivo
Organismo Andino de Salud
Convenio Hipólito Unanue



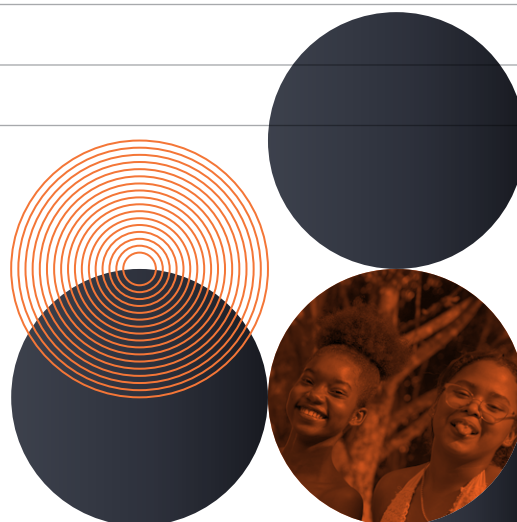
Contenido



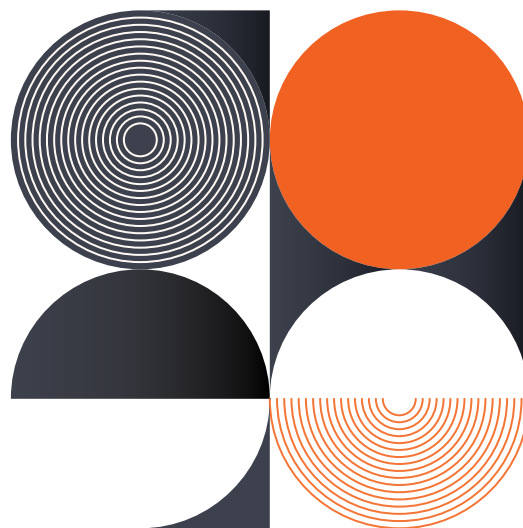
Abreviaciones y acrónimos	11
Introducción	12
01. Situación del embarazo en la adolescencia en la subregión Andina	13
1.1 Análisis de la fecundidad en la subregión Andina	14
1.2 Determinantes: interseccionalidad y desigualdad	17
1.3 Educación	18
1.4 Ruralidad	19
1.5 Desigualdad étnica	19
1.6 Matrimonios y Uniones Infantiles, Tempranas y Forzadas (MUITF)	22
1.7 Acceso a la Salud sexual y Reproductiva	24
02. Marco de referencia: contexto internacional y enfoques transversales	27
2.1 Contexto internacional	28
2.2 Enfoques transversales	29
03. Plan Andino de Prevención y reducción del embarazo en la adolescencia 2026-2030	32
3.1 Finalidad y propósito	34
3.2 Objetivo general	34
3.3 Objetivos específicos	34
3.4 Líneas de acción estratégicas	35
3.5 Matriz Programática	36
04. Priorización de las líneas programáticas	42
4.1 Priorización Subregión Andina	43
4.2 Priorización por país	44
4.3 Hoja de ruta para la implementación	45
05. Bibliografía consultada	47

Abreviaciones y acrónimos

AMEU	Aspiración Manual Endouterina
APP	Alianzas Público – Privadas
EDSA	Estudio Nacional de Mortalidad Materna (Bolivia)
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Perú)
EA	Embarazo en la Adolescencia
ILE	Interrupción Legal del Embarazo
INJUV	Instituto Nacional de la Juventud (Chile)
IVE	Interrupción Voluntaria del Embarazo
LARCS	Anticonceptivos Reversibles de Larga Duración (por sus siglas en inglés: Long-Acting Reversible Contraceptives)
LP	Línea Programática
MAC	Métodos Anticonceptivos
MAIVVS	Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual
MINSA	Ministerio de Salud
MUITF	Matrimonios y Uniones Infantiles, Tempranas y Forzadas
ORAS-CONHU	Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue
PLANEA	Plan Andino de Prevención y reducción del embarazo en la Adolescencia 2026-2030
RM	Resolución Ministerial
SIP-A	Sistema Informático Perinatal - Aborto
SNIS-VE	Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica
TEFA	Tasa de fecundidad específica adolescente de 15-19 años
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas



Introducción



El documento presenta la nueva edición del “Plan Andino de Prevención y Reducción del Embarazo en Adolescentes 2026-2030”, una iniciativa estratégica diseñada para abordar de manera integral la prevención y reducción del embarazo en la adolescencia en los países de la subregión Andina.

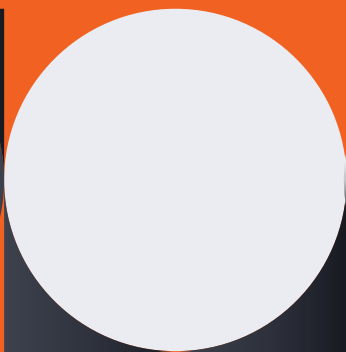
Este plan, originalmente lanzado en 2007, nació como una respuesta a la necesidad de comprender en profundidad el fenómeno del embarazo adolescente, caracterizar sus múltiples dimensiones y establecer un marco de acción orientador. Su propósito ha sido guiar y fortalecer la gestión de los países de la subregión a través de la formulación de lineamientos estratégicos que promuevan acciones efectivas para prevenir y reducir el embarazo en adolescentes, todo ello en el marco de los principios de derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos, igualdad de género, empoderamiento, equidad y participación ciudadana.

Este documento es el resultado de un esfuerzo coordinado entre diversas instituciones de los ámbitos estatales y regionales de la subregión, contando con la valiosa colaboración técnica del UNFPA Regional. Para su elaboración, se llevó a cabo una evaluación participativa de la implementación de la edición anterior del Plan. A partir de los resultados obtenidos, se revisaron y actualizaron los lineamientos estratégicos y programáticos para adaptarlos a las necesidades actuales. Posteriormente, también en forma participativa, se priorizaron líneas de acción estratégicas y se elaboró una hoja de ruta para orientar la implementación.

En la primera sección, el documento ofrece una caracterización detallada del fenómeno del embarazo en adolescentes, diferenciando dos grupos etarios clave: 10 a 14 años y 15 a 19 años. Esta caracterización incluye un análisis de las tendencias de fecundidad, la identificación de los determinantes que interactúan de forma interseccional y la exposición de las desigualdades étnicas persistentes que afectan la experiencia de la adolescencia y la maternidad temprana.

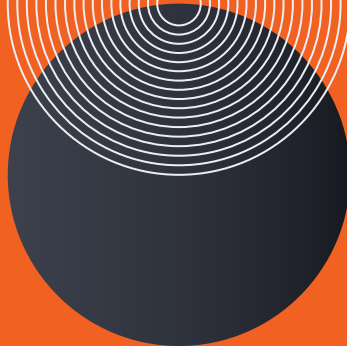
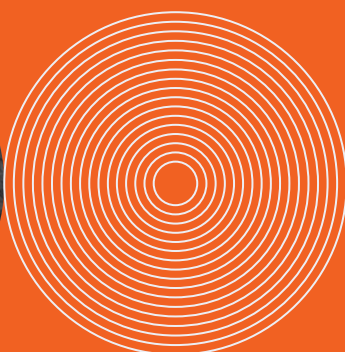
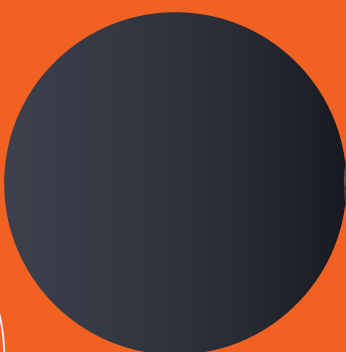
Adicionalmente, el documento no sólo describe la situación actual, sino que también realiza un balance de los avances logrados en el marco del Plan durante el periodo 2017-2024. En este análisis, se destacan los esfuerzos dirigidos a la promoción de la participación y la articulación de actores clave, el fortalecimiento de capacidades institucionales y competencias individuales, así como el fomento del protagonismo de las adolescentes en las iniciativas de prevención del embarazo.

A continuación, el documento presenta el marco de referencia que sustenta el plan, los enfoques transversales que lo guían, los objetivos establecidos, y las líneas estratégicas programáticas, y una priorización para el periodo 2026-2030. Adicionalmente en esta sección, se presenta una hoja de ruta diseñada que fue consensuada con los puntos focales de los seis países de la subregión Andina, el ORAS CONHU y el UNFPA Regional.



01.

Situación del embarazo en la adolescencia en la subregión Andina



1.1 Análisis de la fecundidad en la subregión Andina

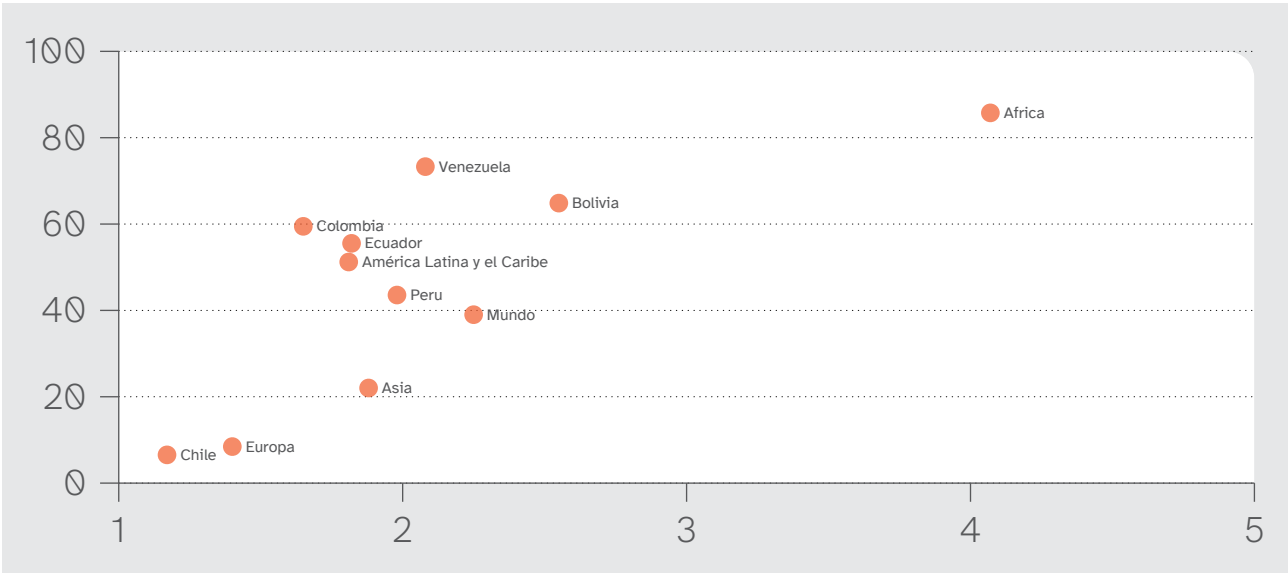
En las últimas décadas, la región de América Latina y El Caribe (ALC), ha experimentado una disminución de la tasa global de fecundidad (cantidad de hijos por mujer de 15 a 49 años). Según Naciones Unidas, a principios de los años 80, el número de hijos por mujer era de 4.1, mientras que en el año 2023 este fue de 1.8, inferior a la tasa mundial que fue de 2.2, y por debajo del nivel de reemplazo (2 hijos). Varios factores contribuyen a explicar este descenso: el reconocimiento progresivo de derechos de las mujeres, la disponibilidad de métodos anticonceptivos modernos, la mejora en la cobertura de educación, el avance de la urbanización y la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo remunerado, son algunos de ellos (Rodríguez Vignoli, 2017).

Como se observa en otras regiones del mundo, las tasas de fecundidad específicas para determinados grupos etarios siguen patrones similares: baja fecundidad global y baja fecundidad adolescente (caso europeo) y a la inversa (caso africano). Sin embargo, en la región ALC, estos indicadores están desacoplados. La tasa de fecundidad específica adolescente de 15-19 años (TEFA) de nuestra región, está estimada 51.2 por mil, por encima del promedio mundial (39) y sólo superada por África que alcanza 85.7 por mil.

Asimismo, si se observa en la serie de tiempo, se aprecia que mientras la tasa de fecundidad de los grupos etarios en las mujeres adultas descendió hasta la mitad o menos de los niveles de 1980, la tasa de fecundidad en las adolescentes disminuyó de manera más lenta (OPS, UNFPA, UNICEF, 2018).

Como se puede observar en el gráfico siguiente, la brecha entre la TEFA de los países andinos y la mundial es aún mayor. Países como Colombia, Ecuador y Venezuela, muestran una TEFA incluso superior a la regional.

GRÁFICO 1: TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD POR TASA DE FECUNDIDAD ESPECÍFICA (15-19 AÑOS) EN PAÍSES DE LA SUB-REGIÓN ANDINA Y GRANDES REGIONES, 2023¹.



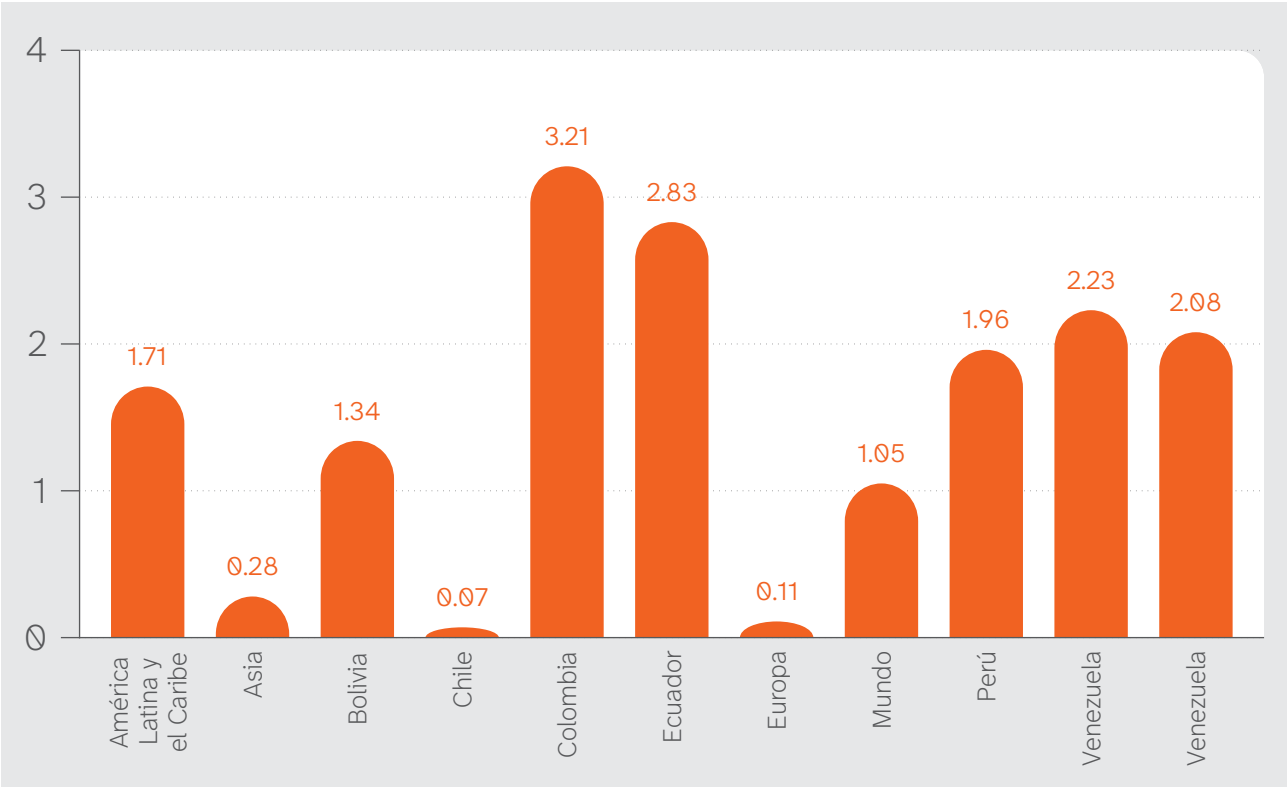
Fuente: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2024). World Population Prospects 2024, Online Edition (acceso agosto 2024).

1. Al momento de cerrar este informe la EDSA (2023) de Bolivia no había reportado la actualización de la TEFA: 48 (EDSA 2023)

Por otra parte, la fecundidad en menores de 15 años históricamente ha sido invisibilizada por falta de datos, muchas veces relacionado al ocultamiento y el estigma. Sin embargo, en los últimos años la comunidad internacional ha reconocido la importancia de vigilar los niveles de fecundidad entre menores de 15 años y se ha incluido este grupo en las medidas prioritarias del Consenso de Montevideo y como indicador de los ODS.

Según Naciones Unidas la maternidad en este grupo de edad es más frecuente en África y América Latina y el Caribe que en otras partes del mundo. Para la región ALC estimó para el año 2023 una Tasa de fecundidad 1.71 por mil, superior al promedio mundial (1.05), sólo superado por África (2.82).

GRÁFICO 2: TASA DE FECUNDIDAD ESPECÍFICA (10-14) EN PAÍSES DE LA SUB-REGIÓN ANDINA Y GRANDES REGIONES, 2023.



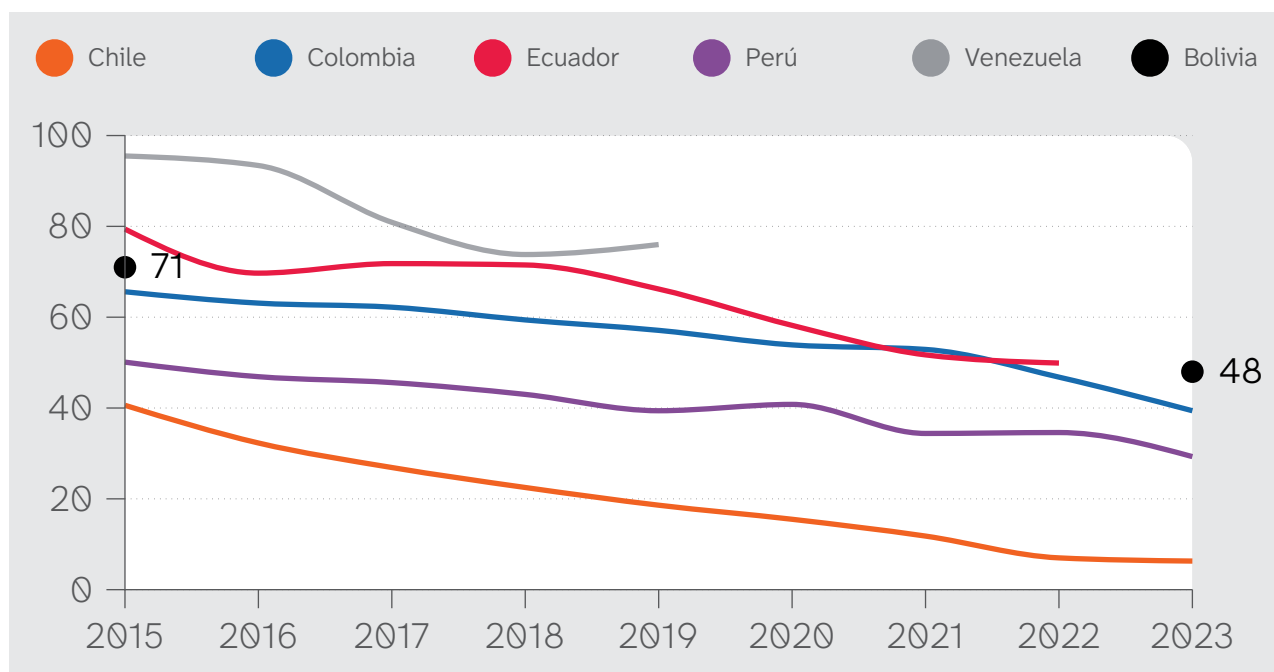
Fuente: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2024). World Population Prospects 2024, Online Edition (acceso agosto 2024)

Cabe mencionar que América Latina y el Caribe es la única región donde los partos de niñas de menos de 15 años aumentaron. En esta región, se prevé que esos partos continúen en aumento hasta el 2030. (UNFPA, 2013).

Si bien estas tasas están muy por debajo de las tasas de adolescentes de 15 a 19 años, como sostienen Rodríguez Vignoli y San Juan Bernuy (2020), cada caso suele expresar un conjunto de privaciones, vulneración de derechos y muy altas probabilidades de abuso, por lo que requieren una atención especial y urgente.

Como se observó en el apartado anterior, con excepción de Bolivia, Chile y Perú, el resto de los países de la subregión andina, reportan indicadores de fecundidad adolescente superiores a la media regional, lo que da cuenta de disparidades al interior de la región. Según estimaciones de CEPAL, en Venezuela son madres alrededor de 80 adolescentes de 15-19 años cada mil, mientras que en Chile se estiman 10 cada mil. Asimismo, aunque se observa una tendencia descendiente en todos los países, también se refleja diferencias entre ellos. Para algunos la caída es más pronunciada, (Chile,62%) y para otros es moderada (Colombia 18%).

GRÁFICO 3: TASA DE FECUNDIDAD DE LAS ADOLESCENTES (POR CADA 1000 MUJERES DE ENTRE 15 A 19 AÑOS. PAÍSES DE LA SUB-REGIÓN ANDINA. PERÍODO 2015-2023.



Fuente: CEPALSTAT-CEPAL-NACIONES UNIDAS

Nota: Bolivia cuenta con información oficial para los años 2015 y 2023 (EDSA)

En cuanto a la fecundidad en menores de 15 años, como se mencionó anteriormente, este grupo requiere especial atención. Diferenciarlas de las adolescentes y las mujeres, contribuye a visibilizar sus características particulares, su relevancia en términos de derechos humanos y su atención para la salud pública.

Numerosos estudios (Rodríguez Vignoli y San Juan Bernuy, 2020; UNFPA, 2022, Casas Isaza et.al, 2015; ORAS-CONHU, 2017) dan cuenta de que la maternidad en estas edades está asociada a múltiples vulneraciones derechos como la pobreza, las uniones tempranas, la baja escolaridad y la violencia sexual. En estos escenarios, las niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas enfrentan maternidades forzadas o no planificadas que impactan en su salud, el ejercicio de su autonomía y el goce de sus derechos.

Además, desde el punto de vista biomédico, se observa que las niñas tienen mayor riesgo de complicaciones y muerte producto del embarazo y el parto (UNFPA, 2013) y entre los hijos de menores de 15 años se registra una mayor proporción de bajo peso, pretérmino y mortalidad fetal e infantil con respecto a las madres de otras edades (Pantelides, Marconi y Fernández, 2014;). Lamentablemente para la subregión andina, se observa un descenso muy bajo de estas cifras críticas.

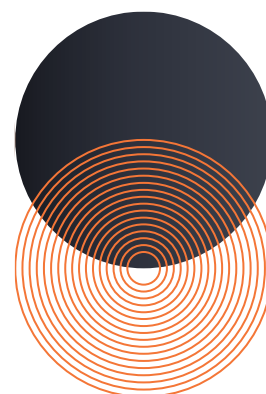
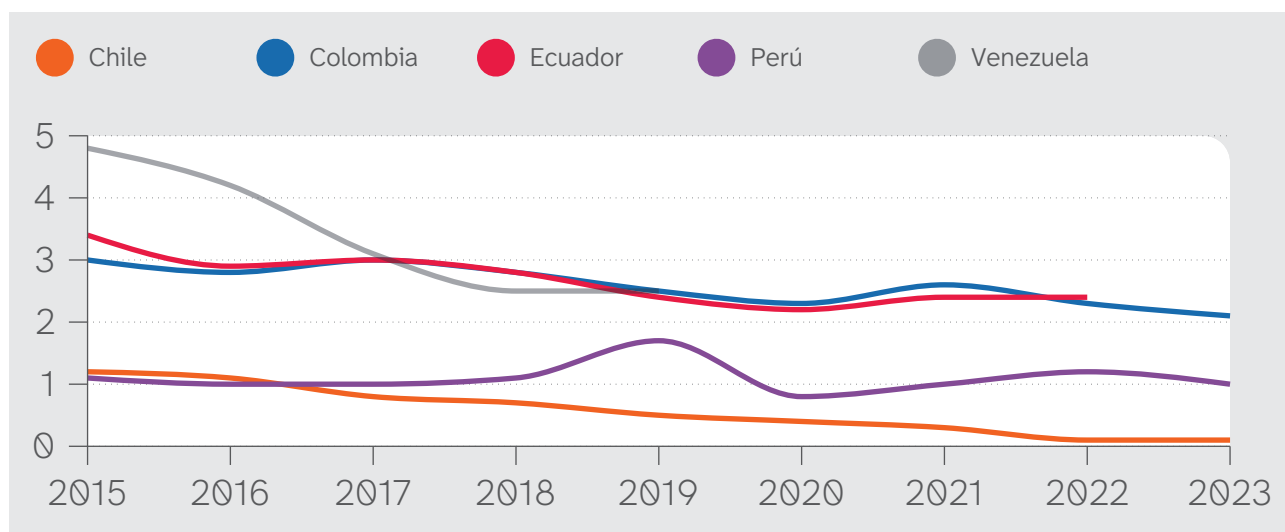


GRÁFICO 4: TASA DE FECUNDIDAD DE LAS ADOLESCENTES (POR CADA 1.000 MUJERES DE ENTRE 10 A 14 AÑOS). PAÍSES DE LA SUB-REGIÓN ANDINA.



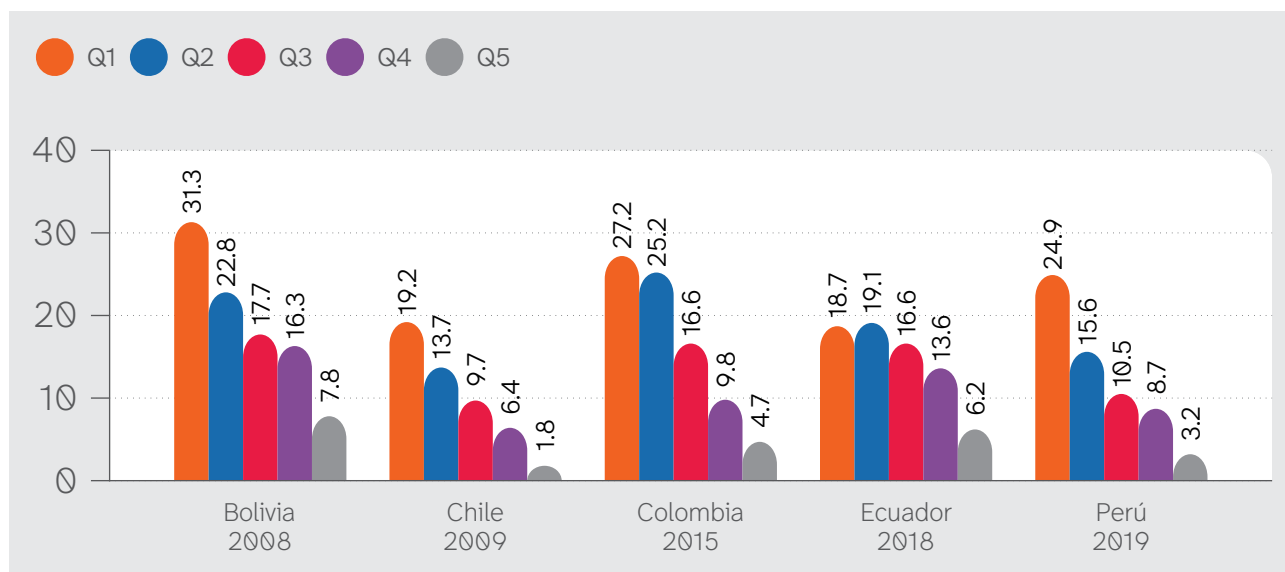
Fuente: CEPALSTAT-CEPAL-NACIONES UNIDAS

1.2 Determinantes: interseccionalidad y desigualdad

La maternidad en la adolescencia es una manifestación de la inequidad social ya que afecta principalmente a niñas y adolescentes que viven en hogares del quintil más bajo de ingreso, con menor nivel educativo, de áreas rurales y de comunidades indígenas y afrodescendientes (OPS, UNFPA y UNICEF, 2018).

Si se analiza la fecundidad en adolescentes según nivel socioeconómico, se manifiestan las inequidades dentro de los distintos países. En todos los casos la proporción de madres adolescentes de los quintiles más pobres, supera ampliamente a la observada en los quintiles más ricos.

GRÁFICO 5: PROPORCIÓN DE MADRES ADOLESCENTES 15-19 AÑOS POR QUINTIL DE INGRESO. PAÍSES DE LA SUB-REGIÓN ANDINA.

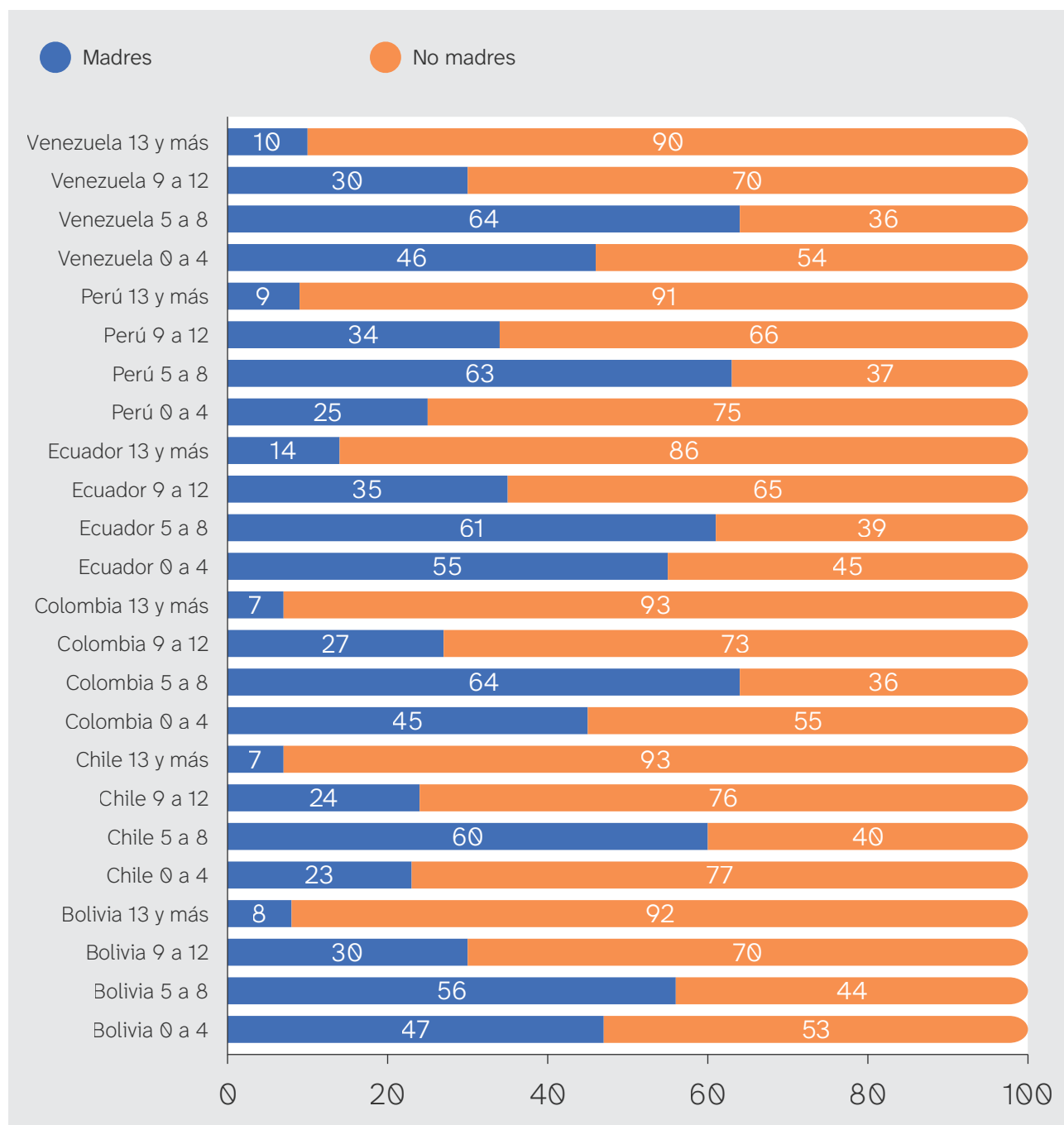


Fuentes: Bolivia: EDSA 2008; Colombia ENDES 2015; Ecuador INE ENSANUT 2018; Perú ENDES 2019; Chile: ENAJU 2009.

1.3 Educación

Asimismo, las mujeres que fueron madres en la adolescencia alcanzan menores niveles educativos que las que fueron madres en la adultez. Si bien varias adolescentes ya habían sido expulsadas del sistema educativo antes de quedar embarazadas, una gran cantidad de mujeres abandona la educación formal luego de la concepción o de los primeros meses de vida de su hijo/a (UNFPA, 2022). Es decir, en esta relación también operaría la denominada “causalidad inversa”².

GRÁFICO 6: PORCENTAJE DE MUJERES DE 18 Y 19 AÑOS SEGÚN CONDICIÓN DE MATERNIDAD Y AÑOS DE ESTUDIOS ALCANZADOS



Fuente CELADE - División de Población de la CEPAL, Banco de datos Maternilac

2. Para observar este indicador, se consideró el grupo de mujeres de 19 y 20 años que tenían al menos un hijo a esas edades. La utilización de esta cohorte permite que todas las adolescentes y jóvenes hayan atravesado el periodo completo de escolaridad (13 años o más).

Lo que se puede observar en todos los países de la subregión andina, es que la desigualdad que se establece entre los valores extremos (mayor y menor proporción de madres), se da entre quienes alcanzaron el nivel primario (5 a 8 años de escolaridad) y el nivel superior (13 años o más), y no entre quienes tienen niveles de escolaridad muy bajas o nulas (0 a 3 años) y las que reportan un nivel superior. Como señala CEPAL (2020), esto se debe a la universalización de la cobertura de la educación primaria en la región que ha impactado en la estructura educativa. Desde las rondas censales del 2010 se puede apreciar que las niñas y adolescentes sin ningún tipo de escolarización, son minoritarias.

1.4 Ruralidad

Diversos estudios dan cuenta de que existe una mayor tasa de embarazo de las mujeres jóvenes rurales, respecto a las urbanas (Guiskin, 2019; Díaz y Fernández 2017; acelerar el progreso, UNFPA y OPS, 2020). Esto se pudo constatar en aquellos países de la subregión andina que cuentan con información desagregada sobre el lugar de residencia de las madres. En efecto, lo que se observa es que la probabilidad de ser madre en la adolescencia es significativamente más elevada en el medio rural que en el urbano.

Según la EDSA, del año 2023, en Bolivia, la Tasa Específica de Fecundidad de 15 a 19 años fue de 48 nacimientos por mil mujeres. En un estudio, el área rural, 109 nacimientos por mil mujeres y en el área urbana 58 nacimientos por mil mujeres (UNFPA y Plan International, 2020). Para el caso de Ecuador, en 2018 la TEFA fue 73,1 y la distribución por área de residencia fue de 63,3 en zona urbana y 95,8 en zona rural (Mena et.al, 2023). En Perú se observó una TEFA de 39 en el año 2022, 29 en residencia urbana y 86 en el ámbito rural (ENDES, 2023). Finalmente, en Venezuela, según el último censo de población, cada mil adolescentes de zonas urbanas, 62 eran madres y 112 en zonas rurales.

1.5 Desigualdad étnica

América Latina tiene una gran diversidad sociocultural. Según la CEPAL (2014), la región cuenta con 828 pueblos indígenas que representan aproximadamente a un 8% de la población total. Pese al descenso generalizado del nivel de fecundidad de los países de la región, las mujeres indígenas mantienen un promedio de hijos superior al resto de la población. Por lo tanto, las jóvenes indígenas no solamente son madres en una mayor proporción, sino que también es de esperar que, al final de su vida reproductiva, tengan un número mayor de hijos (CEPAL, 2013)

En el gráfico que sigue se observan las proporciones de madres adolescentes según se identifiquen como indígenas o no. Aunque en todos los países el porcentaje de adolescentes madres es más alto entre la población indígena, las diferencias interétnicas no son significativas en todos los casos: las mayores diferencias se aprecian en Colombia y Venezuela y las más bajas en Ecuador y Perú.

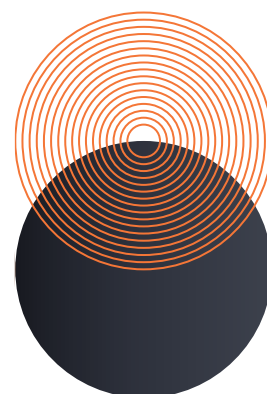
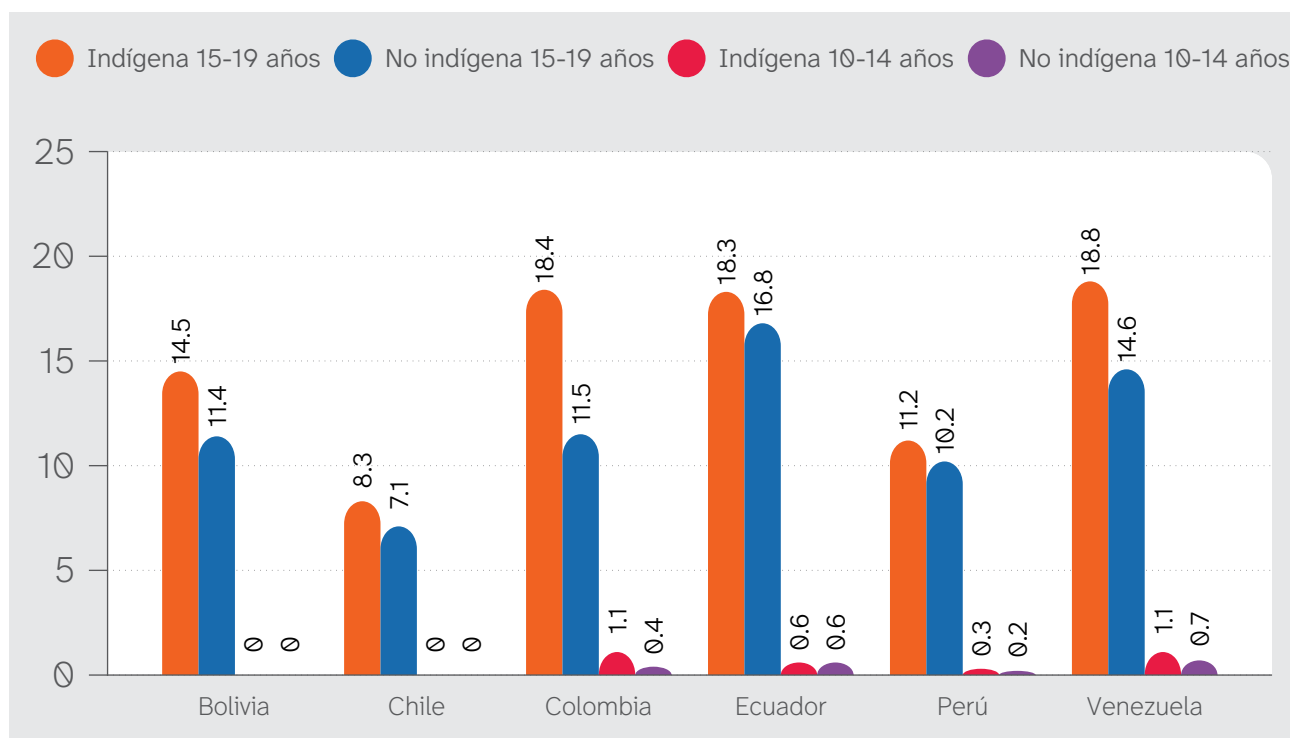


GRÁFICO 7: PROPORCIÓN DE NIÑAS Y ADOLESCENTES INDÍGENAS QUE SON MADRES SEGÚN GRUPO DE EDAD Y PAÍS.



Fuente CELADE - División de Población de la CEPAL, Banco de datos Maternilac

Los resultados en materia de fecundidad en la adolescencia para estas poblaciones dan cuenta de una vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de las niñas y adolescentes de comunidades indígenas. Si bien el embarazo a edades tempranas puede relacionarse con prácticas culturales tradicionales y normas sociales que otorgan un significado particular a la sexualidad, el embarazo y las uniones a temprana edad, esto no implica que tengan una jerarquía superior a la de sus derechos sexuales y reproductivos (CEPAL, 2019). Por lo tanto, se deben implementar políticas públicas para garantizar estos derechos también a las jóvenes indígenas.

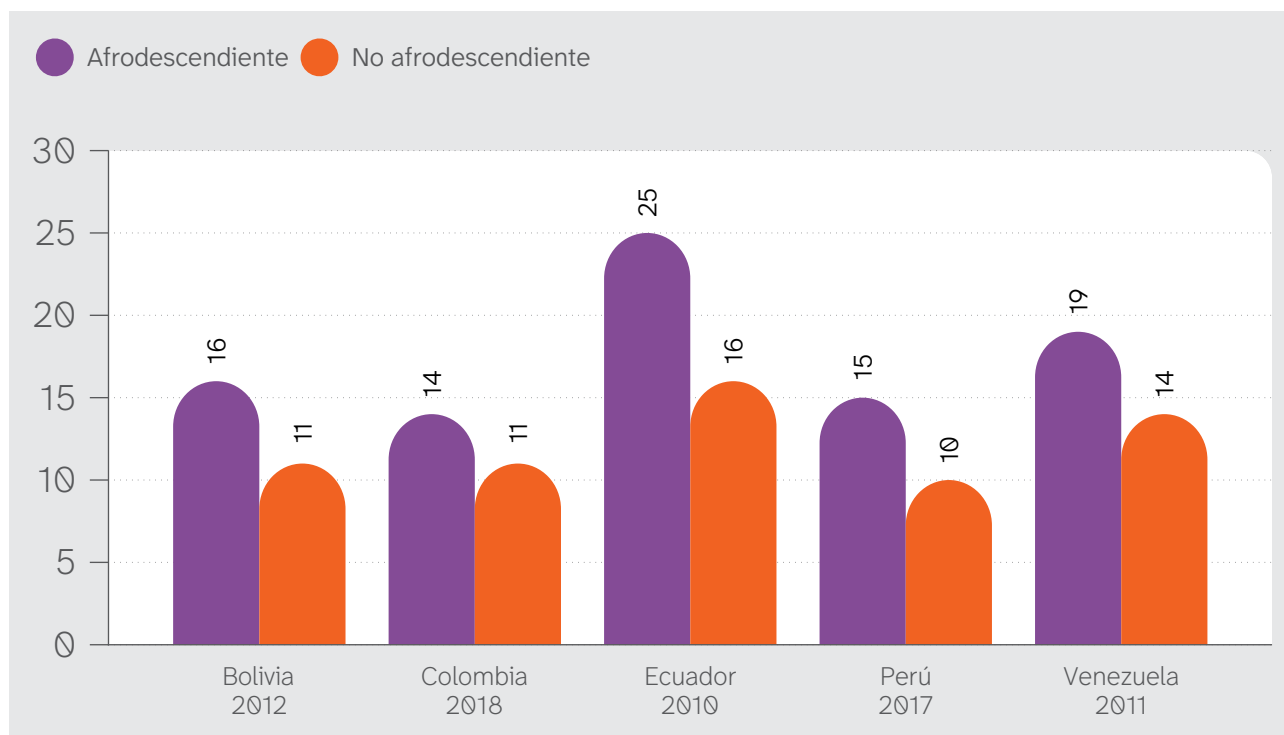
En cuanto a niñas y adolescentes afrodescendientes, si bien están presentes en todos los países de la región, han estado invisibilizadas en las agendas públicas. Por ello, su inclusión explícita en el año 2013, en el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo ha sido un avance significativo (CEPAL, 2019).

Un informe elaborado por CEPAL y UNFPA (2021), señala que el embarazo en la adolescencia es otra manifestación de las múltiples desigualdades que afectan a las jóvenes afrodescendientes. Los datos censales muestran que un alto porcentaje de adolescentes afrodescendientes de 15 a 19 años ha tenido al menos un hijo, superando la proporción de adolescentes no afrodescendientes.

En países de la subregión andina, entre un 14% (Colombia) y un 25% (Ecuador) de las adolescentes afrodescendientes han tenido al menos un hijo. La proporción más alta se observa en Ecuador, donde también se registran las mayores desigualdades entre población afrodescendientes y no afrodescendientes.

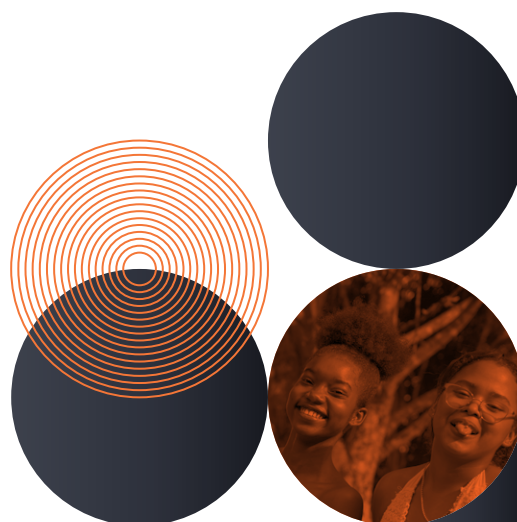


GRÁFICO 8: PROPORCIÓN ADOLESCENTES DE 15-19 AÑOS AFRODESCENDIENTES Y NO AFRODESCENDIENTES QUE HAN TENIDO AL MENOS UN HIJO EN PAÍSES DE LA SUB-REGIÓN ANDINA.



Fuente: Elaboración en base a Informe CEPAL y UNFPA (2021).

El informe concluye que la fecundidad a edades tempranas se intensifica en la población afrodescendiente porque enfrentan mayores desigualdades socioeconómicas e inequidades estructurales (mayor desempleo, menor acceso al sistema educativo y sanitario), y se encuentran expuestas a la violencia y el racismo que dificultan el ejercicio de sus derechos.



1.6. Matrimonios y Uniones Infantiles, Tempranas y Forzadas (MUITF)

Naciones Unidas utiliza el término “Matrimonio Infantil, Temprano y Forzado” para describir aquellos matrimonios y uniones que ocurren antes de los 18 años, edad en que, según la Convención sobre los Derechos del Niño, finaliza la etapa de la infancia, de allí el término “infantil”. La palabra “temprano” procura dar cuenta que el matrimonio y la unión de niñas y adolescentes compiten con su escolarización, su ingreso al mercado laboral y su desarrollo físico, psicológico y emocional (UNFPA y Plan Internacional, 2019), al tiempo que busca resaltar que estas prácticas interrumpen las transiciones del sistema educativo hacia el mundo del trabajo remunerado.

El término “forzado”, por su parte, busca resaltar las relaciones desiguales de poder entre varones y mujeres y cuestiona la “libre elección” de las niñas y adolescentes, al considerar un conjunto de situaciones que las condicionan: bajas expectativas que tienen las niñas o sus familias con respecto a su futuro, situaciones de pobreza o violencia en el hogar, el trabajo doméstico, el bajo compromiso con su escolarización y normas y estereotipos de género que colocan a las niñas en el ámbito de lo doméstico y privado, entre los más comunes.

En ALC se incorpora el término “uniones” para incluir aquellas uniones no formalizadas por el Estado pero que son semejantes al matrimonio en la forma que asumen y las consecuencias que tienen sobre las niñas y adolescentes (Greene; 2019). En la región, es mayor la prevalencia de uniones informales ya que muchos países prohíben el matrimonio antes de los 18 años sin excepciones (OIG, 2023), por lo que analizar cifras de matrimonios formales no resulta pertinente. Es justamente esta informalidad la que plantea grandes desafíos a la recolección de evidencia en nuestra región.

Perfil regional y subregional de los MUITF

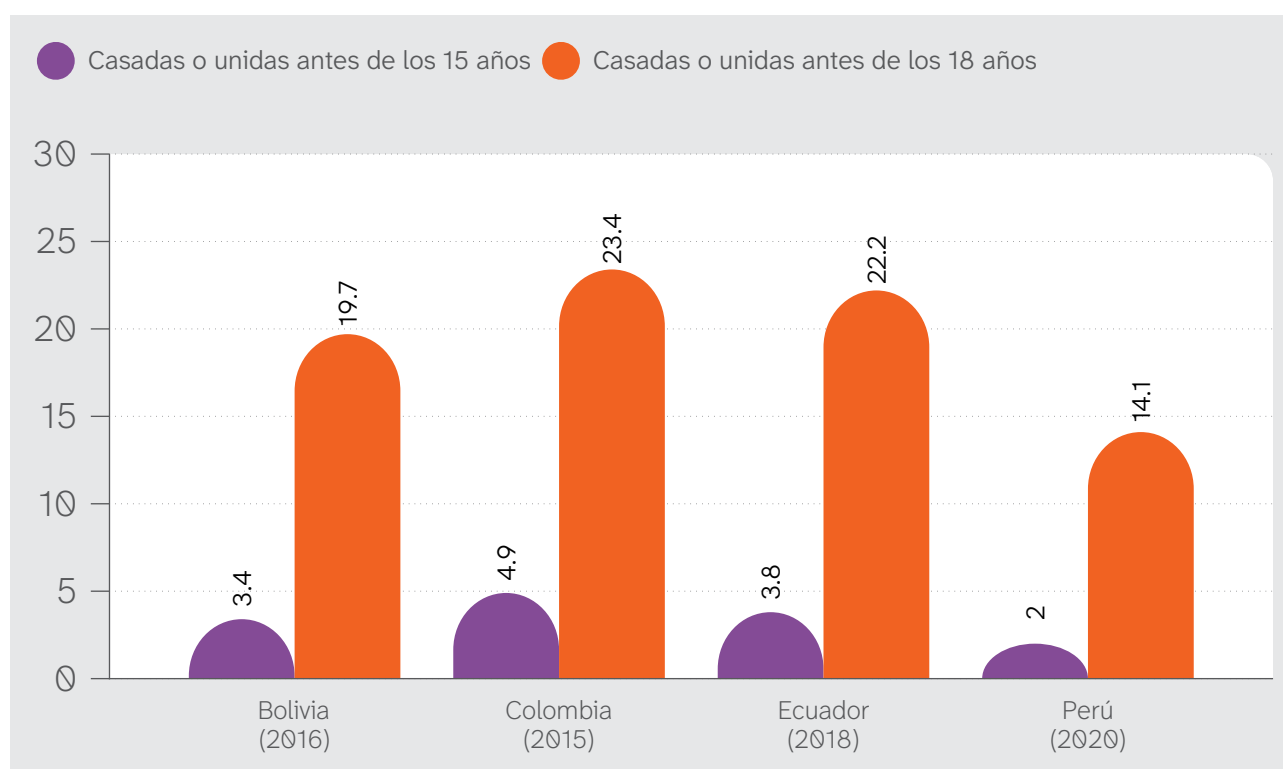
Según el Observatorio de Igualdad de Género de ALC, en el año 2022, el 21,2% de mujeres de entre 20 y 24 años estaban casadas o mantenían una unión estable antes de cumplir los 18 años (CEPAL-OIG, 2023)³. UNICEF (2019) destaca que, en algunos países, la etnicidad se relaciona significativamente con los índices de matrimonio infantil y que los MUITF tienen mayor prevalencia entre población indígena y afrodescendiente. Además, se ha identificado que estas prácticas afectan desproporcionadamente a niñas y adolescentes de zonas rurales, de hogares pobres y con menor educación (UNFPA y Plan Internacional, 2019; CEPAL, UNFPA, UNICEF y ONU Mujeres, 2021).

De la subregión andina, Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú, reportan el indicador ODS 5.3.1 Proporción de mujeres de entre 20 y 24 años que estaban casadas o mantenían una unión estable antes de cumplir los 15 años y antes de cumplir los 18 años⁴. En función de los últimos datos reportados se observa que la prevalencia es similar a la regional que fue de 24% para el 2021.

3. Las estimaciones de prevalencia disponibles en la actualidad no expresan la situación de las niñas y adolescentes menores de 18 años que están casadas o unidas al momento de captar el dato, sino que es un dato retrospectivo. Además, los instrumentos para su medición no se aplican en todos los países (como Chile o Venezuela). (CEPAL-OIG, 2023)

4. Chile publica informes voluntarios de seguimiento de ODS. La información disponible se refiere a mujeres casadas antes de los 18 años. Según el Servicio de Registro Civil e Identificación, el porcentaje de mujeres casadas antes de los 18 fue de 0,07% en 2021. Informe disponible en: <https://www.chileagenda2030.gob.cl/Informes/recursos/informenacionalvoluntario/1>. Cabe agregar que en el año 2022, cambia la legislación en Chile, estableciendo como edad mínima para contraer matrimonio, los 18 años. Se elimina la cláusula de los 16 años, con autorización de padres/tutores. Normativa disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1187063>

GRÁFICO 9: PROPORCIÓN DE MUJERES ENTRE 20 Y 24 AÑOS QUE ESTABAN CASADAS O MANTENÍAN UNA UNIÓN ESTABLE ANTES DE CUMPLIR LOS 15 AÑOS Y LOS 18 AÑOS.



Fuente: ODS / Base de datos ODS de Naciones Unidas / Encuestas Demográficas y de Salud (EDS), Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) y otras encuestas

Más allá de las alarmantes cifras, los MUITF y su resistencia a descender, requieren de un análisis más profundo que permitan desentrañar las razones que empujan a las niñas y adolescentes a los matrimonios y uniones. Un estudio reciente de UNFPA y Plan Internacional realizado en 8 países de la región⁵, ofrece una mirada cualitativa que permite comprender cómo las niñas, adolescentes, sus familias y sus comunidades entienden el MUITF. Atender estas cuestiones, son centrales para el diseño de políticas integrales que permitan erradicar estas prácticas en cumplimiento de los compromisos con los derechos humanos.

De acuerdo con el informe, muchas veces las niñas ingresan en uniones tempranas o se casan para escapar del abuso y la violencia en sus casas. También establecen uniones como una estrategia para escapar de la pobreza. En varias de las entrevistas, declararon haberse ofrecido voluntariamente a fin de reducir los gastos de sus familias de origen.

Además, se identificó la transmisión de normas de género no equitativas y la perpetuación de normas masculinas dominantes. En muchas comunidades, se valora positivamente que los varones contraigan matrimonios con niñas. Otro factor identificado fueron los propios padres y madres, que con frecuencia consienten el matrimonio o las uniones de sus hijas.

La falta de educación es otro motivo. A menudo las normas de género estipulan que la escuela es más importante para los niños que para las niñas, ya que éstas tienen “menos probabilidades de realizar un trabajo futuro que les exija una educación (tareas domésticas)”. Por último, por leyes débiles, poco difundidas o no implementadas se evidencia poca familiaridad con los MUITF entre los profesionales del derecho y las autoridades políticas.

5. Los países que participaron del estudio fueron Bolivia, Brasil, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Perú y República Dominicana

En efecto, se observa un estrecho vínculo entre los matrimonios infantiles y las uniones tempranas y el embarazo adolescente, sea porque los MUITF aceleran los embarazos o, a la inversa, un embarazo lleva a el establecimiento de una unión (CEPAL-OIG,2023).

Como hemos visto, todas las causas que empujan a las niñas y adolescentes a los MUITF identificadas en el estudio dan cuenta de la falta de garantías para el pleno ejercicio de sus derechos y, en consecuencia, de la reproducción de las desigualdades de género.

1.7 Acceso a la Salud sexual y Reproductiva

Uno de los indicadores para analizar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva es la utilización de métodos anticonceptivos modernos. Lamentablemente no se cuenta con información desagregada sobre necesidades satisfechas de planificación familiar por edad, sino que este indicador abarca a la población en edad reproductiva (15-49 años). Sin embargo, conocer el estado de situación a nivel país, puede ser una buena aproximación a cómo funciona el acceso en población adolescente. Un estudio publicado en Lancet sobre el uso de anticonceptivos reversibles de larga duración en Latinoamérica y el Caribe (Gómez Ponce de León et.al. 2019) arrojó información valiosa para aproximarse a esta problemática.

El trabajo identificó que el uso de anticonceptivos también presenta desigualdades, especialmente el uso de LARCs. Las mujeres sexualmente activas del área rural, las adolescentes de 15 a 17 años, las personas de los quintiles de ingreso más bajos, de poblaciones indígenas y con muy bajos niveles de educación presentaron una menor prevalencia de uso de LARCs en comparación con sus pares en el mismo país. En relación con los países de la muestra, se identifica con la prevalencia de uso más baja a Bolivia (34,6%); seguida de Ecuador con el 58% y el Perú con 53%. El país que mayor prevalencia de uso reporta es Colombia con el 76%.

Sobre el uso de métodos en población adolescente en la subregión, se observa, en términos generales, un alto conocimiento y un bajo uso. En Ecuador, según un estudio del Ministerio de Salud Pública (2022), el 93% de las y los adolescentes en el grupo de 15-19 años indicó haber recibido alguna vez información sobre métodos anticonceptivos (94% de las mujeres y 91% de los varones). Este porcentaje se reduce entre adolescentes de 10-14 años al 73% (76% en las mujeres y 67% en los varones). Sobre uso de métodos, se consultó únicamente al grupo de 15-19 años y se observó que 70% de varones y 73% de mujeres indicaron haber usado alguna vez un método anticonceptivo.

En Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar en el año 2022⁶, el 77,6% de adolescentes entre 15 a 19 años sexualmente activas tiene acceso a métodos anticonceptivos modernos. Entre los métodos anticonceptivos más utilizados, se encuentra en primer lugar el condón masculino con un 36.7 %, y solo un 5,4 % se colocó el implante subdérmico (método de larga duración).

En Bolivia, los datos disponibles reflejan un alto conocimiento sobre métodos anticonceptivos modernos entre la población adolescente (91,5% de las mujeres y 100% de los varones). Sin embargo, el uso de estos métodos en el grupo de 15 a 19 años, según el INE (2018), fue de 6,8% entre todas las mujeres, cifra que se elevó a 32,3% para las mujeres unidas de la misma edad. Pese a esto, en los últimos años se ha registrado un incremento constante en el uso general de métodos anticonceptivos (modernos y generales) en la población de 15 a 49 años. Este aumento es particularmente notorio en las mujeres: el uso de métodos modernos pasó de 47,5% en 2008 a 65,1% en 2023, mientras que el subgrupo de mujeres 'no unidas y sexualmente activas' alcanzó una tasa de uso del 91,4% en 2023 (EDSA). Estos resultados positivos se ven respaldados por la Estrategia

6. Nota publicada en la Plataforma del Estado Peruano. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/841234-prevencion-del-embarazo-adolescente-el-77-6-de-jovenes-sexualmente-activas-utilizan-metodos-anticonceptivos>

de Atención Integral de Adolescentes (AIDA), impulsada por el Ministerio de Salud y Deportes, la cual ha demostrado mayores logros mediante la aplicación de estándares de calidad en los servicios dirigidos a jóvenes.

Para el caso de Chile, según los resultados de la Encuesta Nacional de Juventudes (INJUV 2022) el 91.1 % de adolescentes entre 15 y 19 años declara uso de algún método anticonceptivo en su primera relación sexual. Por otro lado, este mismo grupo presenta un 74.4% de uso de condón en la última relación sexual.

En Colombia, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2015, reveló que, en general, hay un amplio conocimiento sobre la existencia de métodos anticonceptivos, y que, en adolescentes entre 13 y 19 años, el conocimiento de algún método anticonceptivo está por encima del 97%. Sin embargo, el 70% de adolescentes mujeres entre 15 y 19 años y el 53% de varones del mismo rango de edad (unidos y no unidos) no utilizan ningún tipo de método anticonceptivo.

Con lo expuesto, resulta claro que la brecha entre el conocimiento y el uso es amplia, y que aún queda mucho camino por recorrer en la región.

Otro factor importante para considerar es la atención de la salud sexual y reproductiva de adolescentes. Se observa que, en los últimos años, se implementaron, ampliaron o fortalecieron políticas y programas de prevención del embarazo en la adolescencia y de acceso a la anticoncepción en todos los países de la subregión andina. Dentro de las estrategias promovidas, se encuentra la creación de servicios de salud diferenciados para adolescentes que facilitan el acceso a la sexual y reproductiva, con foco en anticoncepción para adolescentes y jóvenes. Un informe de seguimiento del Consenso de Montevideo de CEPAL (2019), destaca como experiencia exitosa al caso de Chile. Este país aumentó los espacios amigables de 54 en 2014 a 263 en 2017 y que esta estrategia le permitió incrementar el acceso a la anticoncepción entre adolescentes desde el inicio de la actividad sexual, lo que repercutió en un pronunciado descenso de la fecundidad adolescente. Lamentablemente, hay escasa información sobre este indicador en los países del estudio.

La evolución de la tasa de embarazo y maternidad en adolescentes de 15 a 19 años presenta diferencias significativas entre los países de la subregión Andina, como se detalla en este documento. En 5 de los 6 países analizados, la tasa de fecundidad en este grupo etario ha disminuido de manera sostenida en los últimos años, aunque a ritmos diferentes. Por ejemplo, Chile ha registrado un descenso considerable entre 2015 y 2022 (61,6%), mientras que en Colombia la reducción ha sido más moderada, con un 28% para el mismo periodo. No obstante, en Venezuela se observa un comportamiento irregular de la TEFA tardía, con un marcado descenso hasta 2018 y un cambio de tendencia en 2019.

De manera similar, aunque de manera más lenta, la TEFA temprana muestra un descenso en los valores, en comparación con la TEFA tardía. Existen casos que sostienen esta tendencia a la baja, mientras que otros presentan oscilaciones.

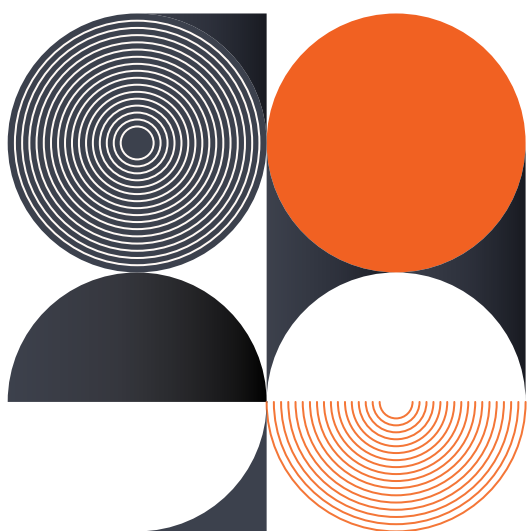
El análisis también evidencia que el embarazo adolescente es más prevalente en los quintiles más pobres y en áreas rurales, donde las condiciones de vida incrementan las probabilidades de ocurrencia. Además, existen marcadas desigualdades étnico-raciales, siendo las niñas y adolescentes de comunidades indígenas y afrodescendientes las más vulnerables a embarazos no intencionales o forzados. En Ecuador, por ejemplo, se registra una gran disparidad entre las tasas de embarazo en adolescentes afrodescendientes en comparación con las no afrodescendientes.

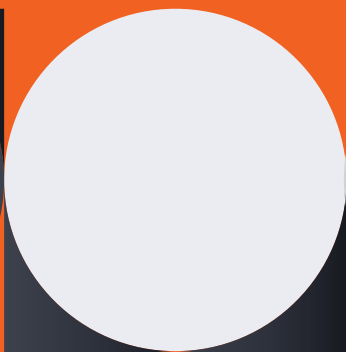
Otro factor relevante es la relación entre los matrimonios infantiles, las uniones tempranas y el embarazo en adolescentes. Estas uniones suelen acelerar los embarazos en edades tempranas, perpetuando un ciclo de vulnerabilidad. A pesar de que el conocimiento sobre métodos anticonceptivos es alto, su uso efectivo, especialmente los métodos modernos de larga duración, sigue siendo un desafío, particularmente entre niñas y adolescentes de comunidades indígenas y aquellas con menores niveles educativos.

Asimismo, se destaca la problemática de niñas y adolescentes migrantes y refugiadas embarazadas, a pesar de la limitada información disponible sobre esta población. Estas jóvenes enfrentan desafíos sociales, económicos y de salud que agravan su vulnerabilidad. Según un informe de la Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela (“Refugee and Migrant Needs Analysis”, 2024), el acceso a atención médica especializada en salud sexual y reproductiva es una necesidad urgente para adolescentes migrantes y refugiadas en la región. En Colombia, se documentó una disminución del 36% en las atenciones a gestantes refugiadas y migrantes venezolanas menores de 18 años entre 2022 y 2023 (R4V, 2023). Además, durante el mismo período, las atenciones por embarazo, parto y posparto disminuyeron un 28% en comparación con años anteriores. Sin embargo, en 2023 se observó un aumento del 57% en la provisión de métodos anticonceptivos para menores de 18 años en comparación con 2022, lo que refleja avances en el acceso a estos servicios. Cabe resaltar que el embarazo en esta población suele estar relacionado con violencias basadas en género, lo que incrementa los riesgos de vida y dificulta una transición segura hacia la adultez.

En este contexto, es fundamental destacar la relevancia de la Educación Sexual Integral (ESI) como una herramienta clave para la prevención y reducción del embarazo no intencional en la adolescencia. La ESI no solo fortalece los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes, sino que también contribuye a combatir desigualdades sociales, raciales y de género, generando un impacto positivo en las poblaciones más vulnerables.

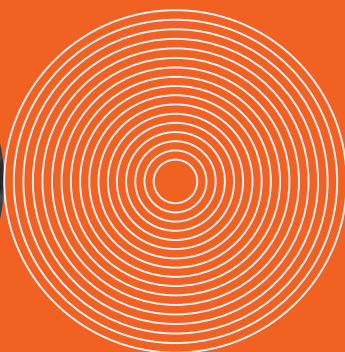
En resumen, el embarazo adolescente se ha incorporado de manera relevante en las agendas de salud y género de la región. Durante la última década, se han implementado políticas y programas destinados a fortalecer el acceso a métodos anticonceptivos y servicios de salud sexual y reproductiva. Las estrategias han incluido intervenciones en escuelas, espacios comunitarios, el ámbito sanitario y con las familias. No obstante, persisten importantes desafíos relacionados con la prevención y reducción del embarazo en niñas y adolescentes en situación de mayor vulnerabilidad, lo que subraya la necesidad de redoblar esfuerzos intersectoriales y continuar avanzando en la implementación de políticas integrales de salud, género y educación.





02.

Marco de referencia: contexto internacional y enfoques transversales



2.1 Contexto internacional

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo (PA-CIPD, El Cairo 1994; Naciones Unidas, 1995) es el primer instrumento internacional que alude directamente a los y las adolescentes y su salud sexual y reproductiva. Otros instrumentos previos lo hicieron de forma tangencial y en el marco de otros grupos (los niños y niñas en el caso de la Convención Internacional de los Derechos del Niño; las mujeres en el caso de la CEDAW por ejemplo (ORAS-CONHU, 2017).

Más recientemente en 2015, se adoptó la agenda para el Desarrollo Sostenible 2030 (ODS, Naciones Unidas 2015) que orientarán la política de desarrollo y financiamiento durante los próximos 15 años. Los objetivos relacionados con el embarazo en adolescentes, incluyendo las metas relevantes en el embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años para el 2030 incluyen las siguientes metas:

- 3.7. Garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos la planificación familiar, la información y la educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.
- 5.2. Eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación.
- 5.3. Eliminar todas las prácticas nocivas con el matrimonio infantil precoz y forzado y la mutilación genital femenina.
- 10.2. Potenciar y promover la inclusión social económica y política de todos, independientemente de su edad, sexo, discapacidad, raza, etnia, origen, religión o situación económica u otra condición.
- 10.3. Garantizar la igualdad de oportunidades y reducir las desigualdades en materia de resultados, en particular mediante la eliminación de las leyes, políticas y prácticas discriminatorias y la promoción de leyes, políticas y medidas adecuadas a ese respecto.

La Estrategia Mundial para la Salud del Niño y Adolescente 2016-2030. Es la primera vez que los adolescentes ocupan junto con las mujeres y los niños, el centro de atención de la Estrategia Mundial. La Estrategia reconoce que la supervivencia, la salud y el bienestar de las mujeres, niños y adolescentes son esenciales para acabar con la pobreza extrema, fomentar el desarrollo y la resiliencia para el cumplimiento de las ODS. Entre los objetivos y metas relacionados con la SSR de adolescentes, propone:

- **Sobrevivir:** Poner fin a la mortalidad prevenible: reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menor de 70 defunciones por 100.000 nacidos vivos.
- **Prosperar:** Lograr la salud y el bienestar: garantizar el acceso universal a los servicios de atención de salud sexual y reproductiva (incluida la planificación familiar) y al goce de los derechos correspondientes.
- **Transformar:** Ampliar los entornos propicios: garantizar que la totalidad de las niñas y los niños completen la educación primaria y secundaria. Eliminar todas las prácticas nocivas, la discriminación y la violencia contra las mujeres y las niñas.

A nivel de la región de ALC los instrumentos han apuntado aún de maneras más directas la prevención del embarazo adolescente. El Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo-CMPD (2013) marca un hito importante en la región en cuanto a compromisos de los Estados con relación a la salud y los DSDR de las y los adolescentes (CEPAL 2013). En las medidas prioritarias del CMPD sobresalen:

- Implementar programas de SSR integrales, oportunos y de calidad para adolescentes y jóvenes, que incluyan servicios amigables, con perspectiva de género, derechos humanos, intergeneracional e intercultural.
- Garantizar el acceso a métodos anticonceptivos modernos, seguros y eficaces, respetando el principio de confidencialidad y privacidad para que ejerzan sus DSDR.
- Garantizar la existencia de mecanismos de participación de adolescentes y jóvenes en el debate público, en la toma de decisiones y en todas las etapas de las políticas y programas.
- Apuntar hacia una educación integral para la sexualidad, así como políticas y programas para las adolescentes embarazadas y las madres jóvenes.

- Prevención integral e intersectorial destacando la importancia de políticas, programas y estrategias intersectoriales de prevención del embarazo en la adolescencia, incluidas políticas y programas para eliminar el aborto inseguro, la prevención del embarazo en adolescentes y acciones de protección y asistencia y a la justicia.
- Información, priorizando la confiabilidad de los datos estadísticos y la desagregación de datos por sexo, edad, condición migratoria, raza, etnia y variables culturales y ubicación geográfica en materia de educación, salud, en particular SSSR, empleo y participación de adolescentes y jóvenes.

2.2 Enfoques transversales

Derechos humanos: el enfoque de derechos integra las normas, estándares y principios-igualdad, equidad, responsabilidad, empoderamiento y participación-del sistema internacional de derechos humanos en los planes, políticas y proceso de desarrollo. Implica la no-discriminación y la atención de los grupos considerados vulnerables, tomando en cuenta que no existe una definición única y universal de quienes son vulnerables, por lo que un requerimiento básico es disponer de información desagregada que permita visibilizarlos/as en cada contexto específico (Salinda y Castro 2011).

La Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, del Niño y del Adolescente 2016-2030 reconoce a la salud como un derecho humano fundamental. Entre las intervenciones clave figuran las relativas a política y legislación, igualdad y no discriminación, prestación de servicios, participación, determinantes subyacentes de la salud, asuntos socioculturales, políticos y económicos, y rendición de cuentas.

Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos: se reconoce que los derechos sexuales y derechos reproductivos son parte de los derechos humanos que toda persona, sin importar su sexo, color, partido político tiene derecho a ejercer. Su finalidad es que el ser humano pueda disfrutar de una vida digna y desarrollarse plenamente y sin discriminación, riesgo, amenaza, coerción y violencia en el campo de la sexualidad y reproducción (PNSSR,2009) garantizan a las personas el ejercicio de su sexualidad y reproducción en condiciones de igualdad, equidad y autonomía sin ningún tipo de discriminación, coerción ni violencia. Implican poder y autonomía, exigencia de justicia y promueven el ejercicio de la ciudadanía. Sin embargo, el ejercicio de los DSDR se encuentra limitado para muchas personas a causa de diversos factores: escasos conocimientos sobre la sexualidad; información y servicios de SSSR insuficientes o de mala calidad; prevalencia de comportamientos sexuales de alto riesgo; prácticas sociales discriminatorias; actitudes negativas hacia las mujeres y las niñas; entre otras.

Enfoque de género: el enfoque de género contribuye a la realización de los derechos de igualdad y la no discriminación. El Consenso de Montevideo entre sus medidas prioritarias menciona que hay que “incrementar el acceso de los hombres, incluidos niños, adolescentes y jóvenes a la información, consejería y los servicios de salud sexual y salud reproductiva y promover la participación igualitaria de los hombres en el trabajo de cuidados, a través de Programas que sensibilicen a los hombres respecto a la igualdad de género” (CEPAL 2013). En la estrategia mundial (2017-2030) se reconoce la importancia decisiva de la igualdad de género para adoptar decisiones fundamentadas sobre su salud y buscar y recibir los servicios que deseen y necesiten. La desigualdad en las normas de género y los estereotipos de género también determinan sesgos en las políticas, las instituciones y la programación que tienen graves repercusiones en la eficacia de los servicios.

Generacional: el enfoque generacional permite la identificación de diversas formas de identidades de adolescentes y juveniles y la re-significación en la construcción histórica que se le ha dado al sujeto joven y el rol que tiene el Estado para establecer condiciones y recursos que permitan garantizar el ejercicio de sus derechos. Con este enfoque se toma en cuenta los procesos históricos y el ritmo de los cambios sociales y culturales. En épocas de rápido cambio se hacen claramente visibles las diferencias entre generaciones que dificultan la comunicación entre padres e hijos. El enfoque generacional no puede estar aislado de otros ejes como es el étnico-cultural y el socioeconómico y también por las culturas juveniles (Margulis 2001, citado en López y Findling 2005).

Igualdad de género: “Transversalizar la perspectiva de género es el proceso de valorar las implicaciones que tiene para los hombres y para las mujeres cualquier acción que se planifique, ya se trate de legislación, políticas, programas en todas las áreas y en todos los niveles. Es una estrategia para conseguir que esas preocupaciones y experiencias de las mujeres, al igual que la de los hombres, sean parte integrante en la elaboración, puesta en marcha, control y evaluación de las políticas y de los programas en todas las esferas políticas, económicas y sociales, de manera que las mujeres y los hombres puedan beneficiarse de ellos igualmente y no se perpetúe la desigualdad. El objetivo final de la integración es conseguir la igualdad de los géneros” (CEPAL 1977, en UNFPA-Conexión Fondo de Emancipación 2013).

Interculturalidad: este enfoque refuerza la concepción de interculturalidad como un proceso social de interacción, basado en el reconocimiento, validez intrínseca, respeto de las diferencias culturales y la posibilidad de intercambio entre sujetos de contextos socioculturales diversos. La interculturalidad supone el reconocimiento de la diversidad, pero la trasciende al concebir la construcción conjunta por un cambio que beneficia a una colectividad en común (Bant Haver 2001).

Se refiere a la interacción entre culturas que se caracteriza por desarrollarse idealmente de manera respetuosa y en diálogo permanente. Bajo esta mirada, ningún grupo cultural tiene mayor valor que otro, sino que se favorece la integración y la convivencia, y se potencian el respeto a la diversidad y el enriquecimiento entre culturas.

El Consenso de Montevideo expresa la preocupación por los altos niveles de morbilidad y mortalidad materna e infantil que aún prevalecen entre los pueblos indígenas, reconociendo la necesidad de proteger y respetar los derechos colectivos de los pueblos indígenas, así como la necesidad de una mayor protección para su desarrollo, por las formas de violencia a las se somete a niños, niñas, adolescentes y jóvenes, mujeres indígenas y personas mayores indígenas. Asimismo, el Consenso insta a garantizar la inclusión de los DSDR en los derechos de los pueblos indígenas; garantizar que mujeres, niños, niñas y adolescentes y jóvenes gocen de protección garantías plenas contra todas las formas de violencia y discriminación, y tomar medidas para asegurar la restitución de derechos. Referente a los afrodescendientes, el CMV insta a combatir el racismo y la discriminación racial y a garantizar el ejercicio del derecho a la salud de las personas afrodescendientes, en particular la salud sexual y la salud reproductiva de las niñas, adolescentes y mujeres afrodescendientes, tomando en cuenta sus especificidades socio territoriales y culturales, así como los factores estructurales, como el racismo, que dificultan el ejercicio de sus derechos (CEPAL, 2013).

Diversidad: se ampara en el enfoque de derechos y parte del reconocimiento y revalorización de las múltiples diferencias que existen entre colectivos y grupos en una sociedad, como las de género, orientación sexual, etnia, raza, edad, a la vez que considera las formas en las que éstas se vinculan y articulan. Identifica y analiza las relaciones entre diversos/as, focalizando en las desigualdades y jerarquías que se producen y que generan inequidades, desiguales oportunidades y brechas en el ejercicio de derechos (UNFPA-Conexión Fondo Emancipación 2013).

Enfoque social de la discapacidad: el enfoque social de la discapacidad entiende que esta no se limita a ser una condición personal, sino que surge de las interacciones entre las personas y su entorno social. Según este modelo, las barreras y dificultades que enfrentan las personas con discapacidad son el resultado de la sociedad, y no de la discapacidad en sí. Así, el verdadero problema se encuentra en la inadecuación de los entornos y sistemas sociales para incluir a todas las personas, sin importar sus capacidades. Por lo tanto, garantizar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, así como su disponibilidad, es fundamental para que todos puedan disfrutar de un nivel óptimo de salud y bienestar, ya sea que tengan o no una discapacidad.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada en 2006, es el primer tratado internacional en el que se reconoce específicamente que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud, incluida la salud sexual y reproductiva. La Convención se destaca por ser el primer tratado internacional que sirve específicamente para articular, promover y proteger el derecho de las personas con discapacidad a disfrutar del más alto nivel posible de salud, incluida la salud sexual

y reproductiva. Según el artículo 25 de la Convención, los Estados partes “adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud... incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población”.

Del mismo modo, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible exige que todas las personas, incluidas las personas con discapacidad, tengan acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, a la información y a la educación. Los Estados Miembros establecen compromisos con las personas con discapacidad en ese ámbito, pero lo hacen en el contexto de la promoción de una vida sana y del bienestar para todos a todas las edades. Por ejemplo, en el Objetivo 3 y su meta 3.7 piden el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación. Además, en la meta 5.6, dentro del Objetivo sobre igualdad de género y empoderamiento de todas las mujeres y las niñas, piden que se garantice el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos. En ese sentido, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Agenda 2030 están en consonancia con otros marcos acordados internacionalmente, en particular el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1994) y la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) y los documentos finales de sus conferencias de examen.

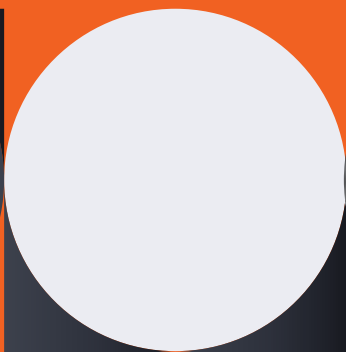
Participación Ciudadana: como plantea la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer del Niño y del Adolescente 2016-2030: “Las mujeres, los niños y los adolescentes son los agentes más poderosos para mejorar su propia salud y lograr sociedades prósperas y sostenibles”.

La participación como un proceso de aprendizaje entre diferentes actores que independientemente de su clase, cultura, género y edad, se relacionan entre sí con el propósito de un bienestar común. Los y las adolescentes y jóvenes tienen un papel central participando como actores de co-gestión para enriquecer el espacio para la acción pública, el desarrollo democrático y su propio desarrollo.

Intersectorialidad: la intersectorialidad, se conceptualiza como “la intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas, total o parcialmente a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida” (Castell-Florit, 2008).

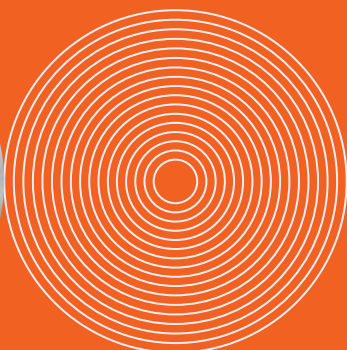
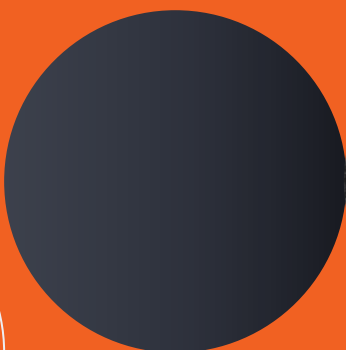
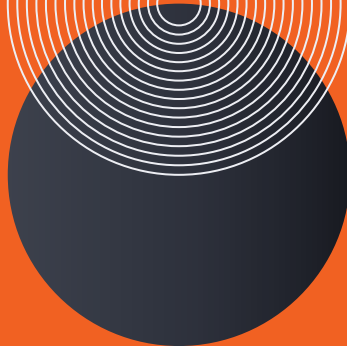
A través del enfoque intersectorial se pretende lograr una respuesta social organizada de diferentes sectores de la sociedad en función de la prevención del embarazo en adolescentes. Tanto las acciones como las políticas tienen que ser debidamente concertadas y orientadas estratégicamente a aquellos problemas identificados y priorizados, donde las actividades de otros sectores pueden ser determinantes. Los diferentes instrumentos internacionales, destacan la importancia de políticas, programas y estrategias intersectoriales de prevención del embarazo en la adolescencia incluidas políticas y programas para eliminar el aborto inseguro; la prevención del embarazo en adolescentes y acciones de protección, asistencia y justicia.

Respuesta humanitaria: se centra en la provisión de asistencia inmediata y eficaz a las personas afectadas por crisis, emergencias o desastres, garantizando su dignidad y derechos. La respuesta humanitaria debe ser rápida, coordinada y adaptada a las circunstancias específicas de cada situación, abordando necesidades básicas como alimentación, agua, atención médica y refugio. Además, se enfatiza la importancia de involucrar a múltiples actores, incluyendo gobiernos, organizaciones no gubernamentales y comunidades locales, para asegurar que las intervenciones no solo mitiguen el sufrimiento inmediato, sino que también contribuyan a la recuperación y reconstrucción a largo plazo, promoviendo la participación de las personas afectadas en el proceso de ayuda.



03.

Plan Andino de Prevención y reducción del embarazo en la adolescencia 2026-2030



La nueva edición del Plan Andino surge como resultado de los aprendizajes obtenidos a partir de la evaluación participativa realizada en 2024, que analizó las ediciones anteriores del Plan y su implementación en la región. Este proceso incluyó una revisión exhaustiva de las fortalezas y áreas de mejora, así como consultas a los puntos focales, referentes nacionales del UNFPA y expertos regionales. Los hallazgos de esta evaluación permitieron identificar necesidades clave, ajustar estrategias y priorizar acciones para abordar de manera más efectiva el embarazo no intencional en adolescentes, con un enfoque integral, inclusivo y sostenible.

Los principales resultados de esta evaluación, organizados por las siete dimensiones estratégicas del Plan, se constituyeron en el insumo central para el diseño de la nueva edición, dada la necesidad de consolidar los logros y superar los nudos críticos identificados en cada línea de acción:

- Alcance e incidencia: se constató el grado de incidencia del Plan Andino en las estrategias y políticas nacionales, así como los factores que facilitaron la articulación nacional y regional entre sectores e instancias gubernamentales para la protección de los derechos de adolescentes. Los resultados evidenciaron la necesidad de formalizar y dotar de presupuesto propio a las propuestas multisectoriales para garantizar su sostenibilidad.
- Fortalecimiento institucional y de servicios: la evaluación sistematizó valoraciones sobre la disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios de salud integrales, con énfasis en la salud sexual y reproductiva (SSR) para adolescentes. Los hallazgos subrayan la urgencia de cerrar las brechas en la distribución continua de métodos anticonceptivos y de profundizar la capacitación del personal de salud en enfoques de interculturalidad, diversidad, y prevención de la violencia.
- Participación y empoderamiento juvenil: se identificaron experiencias de éxito en la participación de adolescentes y jóvenes, pero también la necesidad de fortalecer de manera sostenida a las organizaciones, especialmente en poblaciones rurales, indígenas y afrodescendientes, para asegurar una participación protagónica y vinculante en la toma de decisiones.
- Gestión de conocimiento y evidencia: el análisis permitió identificar avances y brechas de evidencia en torno a la situación subregional, promoviendo la investigación y los materiales informativos sobre el embarazo en adolescentes menores de 15 años. Los resultados indican la necesidad de generar información estratégica confiable y oportuna de manera sistemática.
- Monitoreo y Evaluación (MYE): se evaluó la conformación de comités intersectoriales de alto nivel para el MYE, siendo una herramienta fundamental a desarrollar y consolidar en la subregión en su conjunto, así como también en cada uno de los países involucrados.
- Comunicación y Abogacía: la evaluación se centró en el fortalecimiento de capacidades comunicacionales y la contribución a la elaboración de una agenda clave para la Semana Andina. Los hallazgos orientan la nueva edición hacia una implementación más robusta de campañas que visibilicen las interseccionalidades como factores determinantes del embarazo a temprana edad.
- Movilización de Recursos: la caracterización del esquema de financiamiento de las intervenciones identificadas ha sido crucial, arrojando resultados que exigen una mayor planificación financiera y la movilización de recursos dedicados para garantizar la viabilidad, sostenibilidad y escalabilidad de las líneas programáticas del Planea en cada uno de los países miembros.

En retrospectiva, la versión anterior del Plan Andino ha demostrado ser fundamental al lograr la instalación del embarazo adolescente como tema prioritario en la agenda política y social de la subregión. Este esfuerzo no solo ha generado aprendizajes clave que impulsaron avances legislativos cruciales, como la prohibición de los matrimonios infantiles, sino que también ha ejercido un rol estratégico de abogacía anual a través de la Semana Andina de Prevención del Embarazo en la Adolescencia. Las líneas estratégicas del Plan sirvieron de cimiento para la orientación de los planes nacionales, facilitando el diseño de herramientas de gestión, la creación de comités intersectoriales, la identificación de modelos de atención que reducen las barreras de acceso y el fortalecimiento de la gestión del conocimiento.

No obstante, la evaluación de esta etapa subraya importantes desafíos que requieren atención en el nuevo ciclo. Entre ellos, se destacan las dificultades de coordinación con sectores más allá del de salud, la ausencia de una hoja de ruta clara para la implementación a nivel regional (particularmente en comunicación, abogacía y

monitoreo), la necesidad de superar barreras para la participación juvenil a nivel subnacional, la limitación de la estrategia comunicacional a la Semana Andina y la carencia de un sistema de información integrado para el Planea, lo que dificulta la evaluación efectiva de procesos y resultados.

3.1 Finalidad y propósito

Orientar y fortalecer la gestión de los países de la Subregión Andina mediante la formulación de lineamientos estratégicos que conlleven acciones efectivas para la prevención y reducción del embarazo no intencional en adolescentes en un marco de derechos humanos, derechos sexuales y derechos reproductivos, igualdad, empoderamiento y participación ciudadana.

3.2 Objetivo general

Contribuir a la prevención y reducción del embarazo en adolescentes en la Subregión Andina elevando a política de estado de los países miembros, una estrategia multisectorial de prevención y reducción del embarazo en adolescentes, con acceso y cobertura universal a servicios amigables de salud sexual y reproductiva, con participación y veeduría de jóvenes en el marco del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible al 2030 y en línea con otros acuerdos regionales, entre ellos, el Consenso de Montevideo.

3.3 Objetivos específicos

- A.** Priorizar en la agenda pública el embarazo en adolescentes y sus determinantes como un problema de salud pública, de desarrollo, derechos humanos, así como de inequidades (sociales y económicas) y desigualdades de género y violencia.
- B.** Establecer medidas efectivas para garantizar el acceso a servicios para la atención integral de adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva y en la prevención del embarazo en menores de 15 años y del embarazo subsiguiente.
- C.** Fortalecer las capacidades institucionales y las competencias de los equipos de salud y otros sectores involucrados para la atención integral de adolescentes con énfasis en salud sexual y salud reproductiva y la prevención del embarazo en adolescentes.
- D.** Fortalecer la participación de adolescentes y jóvenes para el diálogo político en el ámbito del desarrollo y derechos sexuales y derechos reproductivos incluyendo la prevención del embarazo en adolescentes.
- E.** Incorporar los derechos sexuales y derechos reproductivos de los y las adolescentes con énfasis en la prevención y reducción de embarazo en adolescentes en la agenda política de los sectores gubernamentales, a través de la coordinación y colaboración intersectorial.
- F.** Visibilizar y desarrollar estrategias específicas de prevención del embarazo en niñas de 10 a 14 de edad y declarar “la cero tolerancia” con el embarazo en menores de 15 años.
- G.** Producir información estratégica confiable y oportuna para la implementación, monitoreo y evaluación del Plan de Prevención y Reducción del Embarazo en Adolescentes 2026-2030 que contribuirán en la toma de decisiones en la Subregión Andina.
- H.** Movilizar recursos financieros que contribuyan a lograr los objetivos propuestos en el presente Plan Andino.

3.4 Líneas de acción estratégicas

A continuación, se presentan las Líneas de acción estratégicas del Plan 2026-2030, las cuales, tras el proceso de evaluación participativa de la edición anterior, han sido revisadas, actualizadas y, en su esencia, mantenidas y ratificadas por los países de la subregión, reconociendo su vigencia y la necesidad de dar continuidad a los esfuerzos programáticos ya establecidos.

1. Promover la articulación de actores y sectores para la incidencia política

Impulsar sinergias y coordinación entre diferentes actores y sectores para la prevención del embarazo en adolescentes, de tal manera que se potencie la institucionalización de las acciones integrales en salud, educación y justicia. Desarrollar iniciativas conjuntas intersectoriales e inter actorales que incluyan la participación de los adolescentes en el marco de los derechos con enfoques de igualdad de género, interculturalidad y diversidad.

2. Desarrollar capacidades institucionales y competencias individuales

Fortalecer las capacidades institucionales y de recursos humanos para asegurar la entrega y acceso a programas y servicios para adolescentes con enfoques integrales, humanistas, inclusivos, confidenciales, de calidad que enfatizan el ejercicio de los DSDR y la educación integral para la sexualidad.

3. Fortalecer la participación juvenil

Desarrollar y propiciar estrategias y espacios participativos para un involucramiento efectivo de los y las adolescentes en el diseño, implementación y evaluación de políticas y programas que los atienden. La participación debe contemplarse en todas las líneas estratégicas de este Plan.

4. Promover el desarrollo y gestión del conocimiento

Fomentar la generación de evidencia sobre la situación del embarazo en la adolescencia, asegurando la disponibilidad, uso, difusión de la información para influenciar las políticas públicas y la toma de decisiones. Priorizar la confiabilidad de los datos estadísticos y la desagregación de datos por sexo, edad, condición migratoria, raza, etnia, variables culturales y ubicación geográfica.

5. Implementar el monitoreo y la evaluación

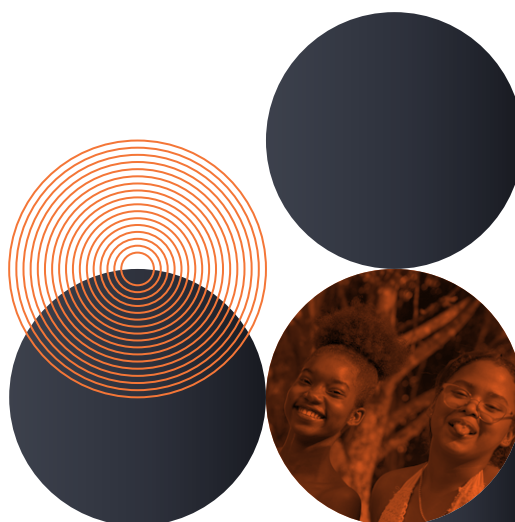
Monitorear y evaluar planes nacionales, regionales, indicadores, políticas y medios en el marco de compromisos y mandatos que garantizan el cumplimiento del ejercicio de los derechos de los y las adolescentes y la prevención y reducción del embarazo en adolescentes.

6. Desarrollar una estrategia de comunicación y abogacía

Posicionar el tema del embarazo adolescente en diferentes espacios, como un tema de política pública. Contribuir a la información, apropiación e involucramiento de los diferentes actores. Difundir nuevos conocimientos o evidencia para apoyar la toma de decisiones en el diseño e implementación de las políticas públicas.

7. Movilización de recursos

Sensibilización, desarrollo de planes con costos que garanticen todas las actividades para cumplir con las anteriores estrategias.



3.5 Matriz Programática

La nueva edición del Plan 2026-2030 refuerza la necesidad de una aproximación diferenciada, partiendo de la incorporación explícita de poblaciones específicas en situación de pobreza que experimentan mayores desigualdades estructurales: i) menores de 15 años; ii) Indígenas y afrodescendientes; iii) Migrantes y en situaciones de crisis humanitaria, desastres o conflictos y iv) Con discapacidad.

En el marco de la complejidad de la problemática, el Plan mantiene los enfoques transversales de derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos, e igualdad de género, al tiempo que integra la lente de la interseccionalidad para abordar determinantes clave como la pobreza, la baja escolaridad, la ruralidad, pertenencia a pueblos originarios y la violencia sexual que contribuyen a la maternidad forzada o no planificada. En esta línea, el Plan enfatiza la importancia de fortalecer la articulación intersectorial más allá del ámbito de la salud, buscando superar las dificultades de coordinación horizontal identificadas en el periodo anterior y promoviendo la creación de comités y mesas intersectoriales a nivel regional y/o local en pos de fortalecer la implementación de las políticas y estrategias en el ámbito territorial.

Se evidencia, además, una evolución desde la “sensibilización y capacitación” general hacia la protocolización de la atención compleja por ejemplo en menores de 15 años, que se introduce el desarrollo de “Hojas de Ruta” intersectoriales específicas para el grupo de edad; así como también se establece el acceso a la Interrupción Legal/Voluntaria del Embarazo (ILE/IVE) y la obligación de garantizar la competencia técnica de los profesionales para su prestación.

La nueva edición del Plan busca además potenciar las estrategias de abogacía y comunicación ya probadas, con el fin de consolidar las actividades que se realizan anualmente en torno a la Semana Andina de Prevención del Embarazo en la Adolescencia, así como la elaboración y difusión de mensajes clave dirigidos a comunicadores sociales, asegurando una narrativa unificada y efectiva en la subregión.

También avanza o se consolida el modelo de seguimiento del Plan, pasando de la tradicional “elaboración de informes” hacia sistemas integrados de información, monitoreo y evaluación. En este marco, se propone la creación de una “Sala de Situación” o Tablero de Control regional con indicadores trazadores de carácter público. Complementariamente, se impulsa un cambio en el rol juvenil en la evaluación, donde la participación de los adolescentes además de ser consultiva se vuelve operativa en el monitoreo, estableciéndose su rol en la producción de información y el ejercicio práctico de la veeduría (monitoreo del Planea).



TABLA 1: MATRIZ PROGRAMÁTICA 2026-2030

ACTIVIDADES PRINCIPALES		INDICADORES DE SEGUIMIENTO
1. Participación, dinamización y articulación de actores		
1.1.	Realizar acciones de articulación intersectorial, intergubernamental para orientar la inversión y garantizar el desarrollo integral de las acciones de protección de derechos de las y los adolescentes con énfasis en reducción de brechas de niñas, niños y adolescentes en situación de pobreza, con especial atención a: i) menores de 15 años (prevención de violencia sexual y atención integral temprana); ii) Indígenas y afrodescendientes (adecuación cultural y lingüística de los servicios); iii) Migrantes y en situaciones de crisis humanitaria, desastres o conflictos (eliminación de barreras documentales, acceso a redes de apoyo y provisión de servicios esenciales en entornos de emergencia); y iv) Con discapacidad (accesibilidad física e informativa de los servicios de salud y educación).	Países que cuentan con una Ruta de Atención Intersectorial (Salud-Justicia-Protección) para casos de violencia sexual y embarazo en menores de 15 años, formalizada mediante decreto o resolución conjunta % de gobiernos locales/municipales en zonas priorizadas (pobreza/frontera) que han constituido comités intersectoriales operativos que implementan y monitorean las acciones del Plan Existencia de partidas presupuestarias etiquetadas o transferencias intersectoriales ejecutadas específicamente para reducir brechas de acceso a SSR en poblaciones priorizadas
1.2	Impulsar acciones intersectoriales para incluir políticas preventivas tempranas en SSR en la primera infancia (hasta los 8 años) (línea con la medida prioritaria 11 del Consenso de Montevideo).	Nº de escuelas de educación inicial que incluyen políticas/ acciones preventivas en SSR % de escuelas de inicial/primaria con protocolos activos para la detección y derivación de casos de abuso sexual infantil.
1.3	Generar espacios comunes para el fortalecimiento de la cooperación entre países para el cumplimiento de la agenda 2030	Nº de Reuniones de seguimiento a la implementación del Plan.
1.4	Realizar actividades conjuntas con participación de colegios, universidades, centros académicos, colegios profesionales y sociedades científicas	Nº de actividades realizadas con participación de instituciones y organizaciones de formación superior y científicas.
1.5	Elaborar proyectos de Ley Nacionales, o Regionales y/o Resoluciones que incorporen los planes multisectoriales de prevención y reducción del embarazo en la Adolescencia que explicitan especial atención a las poblaciones priorizadas (i) menores de 15 años; ii) Indígenas y afrodescendientes; iii) Migrantes y en situaciones de crisis humanitaria, desastres o conflictos; y iv) Con discapacidad) y que cuenten con las asignaciones presupuestarias correspondientes y/o al “blindaje presupuestario o protección de fondos ante recortes” así como también a la creación de partidas específicas (etiquetado presupuestario) para prevención del EA.	Nº de Proyectos de Ley y/o Resoluciones aprobados y vigentes que: i) Incorporan planes multisectoriales de prevención y reducción del Embarazo Adolescente (EA) con atención explícita a las cuatro poblaciones priorizadas; ii) Cuentan con asignaciones presupuestarias correspondientes (blindaje presupuestario o protección de fondos) y/o partidas específicas (etiquetado presupuestario) para la prevención del EA.
1.6	Realizar incidencia para posicionar en espacios públicos y privados la prevención del embarazo no intencional en la adolescencia y su relación con la violencia sexual; destacando la necesidad de brindar una respuesta integral que priorice a los grupos poblacionales más vulnerables, como menores de 15 años, pueblos originarios, comunidades afrodescendientes, personas LGBTIQ+, con discapacidad y en situación de movilidad humana	Nº de instituciones públicas (fuera del sector salud) que han integrado formalmente la prevención del embarazo y la violencia sexual en sus Políticas y/o Planes Operativos Anuales (POA) o estrategias de sostenibilidad, asignando recursos específicos Declaraciones institucionales o marcos normativos adoptados que reconocen explícitamente la violencia sexual como causa determinante del embarazo en niñas menores de 15 años y establecen medidas de reparación.
1.7	Mantener actualizada una sistematización sobre los marcos legales de los países en relación con el estatus legal del matrimonio temprano, identificando las barreras para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes incluido el acceso a servicios de SSR	Diagnóstico nacional sobre el status legal del matrimonio temprano que de seguimiento por ejemplo a los siguientes indicadores: Nº de reformas legales o administrativas aprobadas que eliminan el requisito de consentimiento de terceros para el acceso a anticoncepción en adolescentes y/o prohíben el matrimonio infantil sin excepciones / Nº de países que armonizan sus normativas para garantizar el acceso a SSR a adolescentes sin exigir DNI/cédula (migrantes) y respetando las culturas de pueblos originarios siempre que no vulneren DDHH.
1.8	Realizar acciones para impulsar los acuerdos, convenios y declaraciones con respaldo internacional que garanticen acciones para la inclusión de igualdad y el empoderamiento de la mujer de manera transversal como elemento esencial para el desarrollo sostenible y el pleno ejercicio de los derechos humanos en el marco de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing.	Grado de cumplimiento de las recomendaciones internacionales (ej. Comité CEDAW/Consenso de Montevideo) referidas a la garantía de la autonomía corporal y al ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente en general, con especial atención a las adolescentes y jóvenes de grupos prioritarios (con discapacidad, de pueblos originarios, migrantes, refugiadas y en situaciones de crisis humanitaria). Se puede medir como: No iniciado / En proceso / Cumplido.

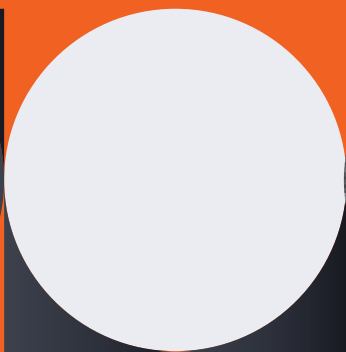
ACTIVIDADES PRINCIPALES		INDICADORES DE SEGUIMIENTO
1.9	Analizar políticas y planes de ESI de los países de la sub-región con base a los Estándares internacionales de UNESCO en coordinación con los Ministerios de Educación de los países Andinos / Impulsar acciones claves en el sector educación que se vinculen con la formación, fortalecimiento y/o actualización de docentes en el abordaje de contenidos sobre construcción de proyectos de vida, Salud sexual reproductiva, masculinidades corresponsables y no violentas, entre otros.	Cantidad de currículos nacionales de ESI actualizados que incluyen obligatoriamente módulos sobre: i) prevención de abuso sexual (consentimiento), ii) nuevas masculinidades y iii) adaptación cultural y lingüística de contenidos Nº de docentes formados y evaluados en herramientas pedagógicas de Educación Sexual Integral (ESI) que demuestran la capacidad de adaptar y aplicar los contenidos a la población adolescente general, y con metodologías específicas para estudiantes con discapacidad y en contextos de diversidad cultural.
2. Desarrollo de capacidades institucionales y competencias individuales		
2.1	Fortalecer las capacidades nacionales y locales para expandir las prestaciones e implementar estándares de calidad en los servicios de SSR, garantizando: i) ajustes razonables de infraestructura y comunicación para adolescentes con discapacidad; ii) pertinencia cultural y lingüística para poblaciones indígenas/afrodescendientes; y iii) eliminación de barreras administrativas para migrantes.	Nº de servicios diferenciados que cumplen estándares de calidad inclusivos (accesibilidad física, señalética en idiomas originarios y protocolos de atención sin barreras documentales) Nº de servicios de SSR que cuentan con facilitadores/as comunitarios bilingües y señalética en idiomas originarios.
2.2	Establecer estrategias de fortalecimiento de competencias a RRHH de salud para la orientación a adolescentes, con énfasis en: i) detección temprana de violencia sexual en menores de 15 años; ii) atención libre de xenofobia a población migrante; iii) atención en crisis humanitaria; y iv) comunicación inclusiva para personas con discapacidad. Incluye Primeros Auxilios Psicológicos. Reforzar las competencias en Primeros Auxilios Psicológicos y tamizaje de salud mental (depresión/ansiedad) durante las consejerías adolescentes.	Nº de servicios de SSR con personal capacitado en protocolos de atención a violencia en <15 años y atención a la diversidad / Nº de Facilitadores formados. % del personal de salud de zonas fronterizas capacitado en normativas de "no exigibilidad de documentos" para atenciones de urgencia/SSR Tasa de derivación efectiva entre los servicios de SSR y los servicios especializados de Salud Mental (Nº de adolescentes derivados que efectivamente inician tratamiento).
2.3	Fortalecer el rol fundamental de los colectivos profesionales de medicina general, obstetricia, enfermería y trabajo social para mejorar la calidad de atención en las prestaciones de SSR (acceso a MAC, ILE/IVE, consejerías) adolescentes	Identificación de buenas prácticas en Colegios Profesionales o Sociedades Científicas que han adoptado protocolos vinculantes para regular la objeción de conciencia y garantizar la no obstrucción del acceso a servicios de SSR (ILE/IVE y anticoncepción).
2.4	Contribuir al aseguramiento de la disponibilidad permanente de métodos anticonceptivos incluido los LARCs.	Nº de usuarias/os adolescentes que usan métodos anticonceptivos por grupo poblacional específico / % de establecimientos de salud del primer nivel en zonas priorizadas (rurales, indígenas y fronterizas) que reportan 'cero desabastecimiento' de implantes subdérmicos y dispositivos intrauterinos (LARCs) en el último año.
2.5	Contribuir al aseguramiento y al acceso de la anticoncepción oral de emergencia y condones masculinos y femeninos.	Nº de puntos de distribución comunitaria (no hospitalarios) habilitados para la entrega de condones y AOE sin barreras administrativas (sin receta, ni DNI), garantizando acceso a población migrante y resto de adolescentes fuera del sistema escolar.
2.6	Incorporar intervenciones de atención inmediata que faciliten el acceso a la interrupción legal del embarazo (ILE/IVE) en niñas y adolescentes menores de 15 años (embarazo forzado), mediante hojas de ruta intersectoriales que prioricen la restitución de derechos, garanticen disponibilidad de test de embarazo en pediatría y brinden acompañamiento psicológico especializado para mitigar el trauma y riesgo de suicidio.	Países con hojas de ruta activas para la atención prioritaria a <15 años. Cantidad de pediatras capacitados en detección y respuesta rápida ante embarazo infantil forzado. Nº de servicios de salud por país con hoja de ruta de violencia activo y disponibilidad de kits de emergencia para niñas y adolescentes % de niñas y adolescentes con embarazo no intencional/forzado que reciben acompañamiento psicológico especializado desde el primer contacto y durante todo el proceso de atención (sea ILE/IVE o maternidad).

ACTIVIDADES PRINCIPALES		INDICADORES DE SEGUIMIENTO
2.7	Involucrar al entorno familiar y comunitario de las/os adolescentes en la prevención del embarazo no intencional como también en los cuidados de salud integral: fomentar la comunicación abierta y promover normas culturales positivas que faciliten espacios seguros familiares y comunitarios que ayuden el acceso de servicios y prestaciones en SSR. Incorporar el trabajo diferenciado con varones (padres, líderes comunitarios y adolescentes varones) para abordar su rol en la prevención y el cuidado, superando la visión de que el EA es un “problema de mujeres”.	N° de iniciativas comunitarias implementadas que involucran activamente a familias, padres y/o responsables adultos, líderes religiosos y varones adolescentes en la desnaturalización de la violencia sexual y la promoción de la corresponsabilidad en el cuidado.
2.8	Fortalecer los equipos de salud en prevención del embarazo en la adolescencia: sensibilización a tomadores de decisión y proveedores de salud en la importancia de prevenir los embarazos en adolescentes	Cantidad de proveedores de salud y tomadores de decisión sensibilizados.
2.9	Fortalecer los equipos de salud en prevención del embarazo en la adolescencia: desarrollo de competencias integrales en la atención al adolescente incluyendo los enfoques de interculturalidad, diversidad, igualdad de género, participación y prevención de la violencia sexual y otras formas de violencia, discapacidad y movilidad humana.	Cantidad de proveedores que cuentan con competencias integrales.
2.10	Fortalecer los equipos de salud en prevención del embarazo en la adolescencia: gestionar la revisión de currículos en el pregrado y postgrado universitarios (ciencias de la salud y educación) para la inclusión del tema de SSR en adolescentes y embarazo en adolescentes de acuerdo con las prioridades del Plan	N° de Facultades de Ciencias de la Salud y Educación que han incorporado formalmente en su malla curricular obligatoria los contenidos del Planea (derechos sexuales, enfoque de género, discapacidad e interculturalidad).
2.11	Actualizar y transferir el marco conceptual y metodológico para la instalación de estándares y evaluación de cobertura efectiva y calidad de los servicios de salud para adolescentes de los países Andinos, con base en la iniciativa Estándares de Calidad en SSR del adolescente en América Latina y el Caribe (UNFPA/OMS) implementada en Chile y Colombia. Realizar un acompañamiento con los ajustes metodológicos necesarios y de acuerdo con el contexto local. En este proceso garantizar la participación activa de adolescentes.	% de servicios de salud para adolescentes que alcanzan el nivel ‘Satisfactorio’ en las evaluaciones de calidad percibida realizadas por usuarios/as (incluyendo muestras específicas de usuarias indígenas, migrantes y con discapacidad).
3. Fortalecer participación juvenil		
3.1	Fortalecer la participación de adolescentes como sujetos sociales clave en el diseño y monitoreo del Planea, estableciendo mecanismos afirmativos de participación para asegurar la voz de adolescentes indígenas, afrodescendientes, con discapacidad y migrantes, garantizando que los formatos de consulta sean accesibles. Apuntar a que la participación de adolescentes no sea solo consultiva, si no “vinculante en el monitoreo ciudadano” de los servicios y que su evaluación refleje la calificación de calidad del servicio.	N° de adolescentes involucrados en el monitoreo del Planea (desagregado por etnia, estatus migratorio, condición de discapacidad y edad).
3.2	Recolectar documentación y sistematización de buenas prácticas sobre participación de adolescentes y jóvenes en los países andinos según instrumento del Planea en coordinación con COMISCA. En este marco elaborar y difundir un documento que incluya recomendaciones al equipo de salud para trabajar en participación ciudadana con adolescentes jóvenes.	N° de buenas prácticas sistematizadas y validadas que demuestran metodologías efectivas para garantizar la participación vinculante de adolescentes, incluyendo adolescentes indígenas, con discapacidad y en movilidad humana.
3.3	Promover la participación de las/ los adolescentes y jóvenes en las acciones programadas para la semana andina y centroamericana de prevención del embarazo en adolescentes y en otras acciones y actividades consideradas en los planes de acciones de las organizaciones juveniles.	N° de organizaciones de adolescentes y jóvenes que participan activamente en la semana andina y en otras actividades previstas por el Planea.
3.4	En colaboración con UNFPA y otros actores establecer vínculos con redes y plataformas de adolescentes y jóvenes que promueven los DSDR a nivel regional y de los países.	N° de iniciativas de abogacía conjunta realizadas entre el Planea y las redes juveniles para posicionar las necesidades específicas de adolescentes en situación de pobreza, migrantes, indígenas y con discapacidad en agendas regionales.

ACTIVIDADES PRINCIPALES		INDICADORES DE SEGUIMIENTO
4. Promover la gestión de conocimientos		
4.1	Fomentar intercambios sistemáticos entre países para retroalimentar buenas prácticas y aprendizajes en la implementación de los planes nacionales para profundizar sobre problemas y desafíos que enfrentan los distintos países, teniendo en cuenta sus diversas realidades en términos de territorio, comunidades, cultura, entre otros (haciendo foco en los desafíos de la implementación de las políticas de abordaje del embarazo no intencional en materia de gobernanza e institucionalidad, herramientas de gestión, especialmente para la gestión intersectorial, financiamiento y sostenibilidad, así como la atención de poblaciones vulnerables).	Nº de experiencias exitosas o 'soluciones probadas' (específicamente sobre gobernanza intersectorial y atención a poblaciones vulnerables) que han sido documentadas y efectivamente transferidas/adoptadas por otros países de la subregión tras los intercambios
4.2	Generar, actualizar y profundizar conocimientos sobre: i) EA en menores de 15 años; ii) preferencias de las y los adolescentes en cuanto al uso de MAC incluyendo el desarrollo de una encuesta sobre usos y preferencias de MAC en adolescentes para mejorar la calidad de atención y la adecuación cultural/ territorial de la oferta; y iii) nuevas masculinidades y su rol en la prevención de la violencia sexual y de género; mediante diagnósticos, investigaciones, guías y sistematización de buenas prácticas, investigaciones, marcos legales entre otros.	Nº de documentos/ estudios/ publicaciones y otros por tema tratado. / Nº de investigaciones realizadas con metodologías participativas de adolescentes que incluyen la cosmovisión de comunidades indígenas, de migrantes y la perspectiva social de la discapacidad sobre SSR. Nº de usuarios (u organizaciones) que acceden/descargan/ solicitan los productos de conocimiento generados (diagnósticos, investigaciones, guías, sistematizaciones) sobre EA en menores de 15, preferencias de MAC en adolescentes y nuevas masculinidades.
4.3	Revisar las políticas y programas e incluir líneas de trabajo regionales y nacionales que respondan a la prevención de embarazos de menores de 15 años incluida la violencia sexual así como también el acceso de grupos poblacionales específicos (adolescentes de pueblos originarios, afrodescendientes, LGBTQBIQ+, con discapacidad y en movilidad humana).	Nº de planes, políticas y programas que incluyen líneas de trabajo de estos grupos poblacionales específicos para la prevención de menores de 15 años.
5. Implementar el monitoreo y la evaluación		
5.1	Fortalecer el funcionamiento del comité intersectorial de alto nivel para el monitoreo y evaluación del Plan Andino de Prevención y reducción del embarazo en adolescentes intensificando los esfuerzos para la participación efectiva de todos los sectores involucrados en la atención, formación y orientación de las y los adolescentes (ministerios de educación, salud de la mujer, justicia, inclusión social, deporte, juventud, mujer, ONG, acciones civiles).	Informes anuales de evaluación y monitoreo implementada por el comité intersectorial según contexto local /memoria de los encuentros/ instancias realizadas.
5.2	Rediseñar y restablecer el sistema de monitoreo y evaluación del Planea incluyendo una línea de base que permita medir brechas de desigualdad. El sistema deberá capturar y desagregar datos por: i) edad simple (foco 10-14 años); ii) autoidentificación étnica (indígena/afro); iii) estatus migratorio; y iv) discapacidad. Esto incluye la creación de un tablero de monitoreo (o sala de situación) sobre el embarazo en la adolescencia en la subregión con indicadores clave del Plan y un seguimiento de los indicadores trazadores de los planes nacionales.	Sistema de monitoreo operativo con tablero de indicadores que reporta datos desagregados por grupos poblacionales priorizados (edad, etnia, migración, discapacidad).
5.3	Generar espacios formales para el uso de la evidencia generada por el sistema de monitoreo: encuentro anual en el que participen los miembros del Comité intersectorial de alto nivel para dar seguimiento a las líneas de acción del Planea, el estado de situación del embarazo en la adolescencia y principales efectos (resultados e impactos) de las estrategias nacionales en cada país; así como también al análisis de presupuesto invertido en prevención del EA.	Nº Encuentros anuales realizados/ memoria de cada encuentro anual/ Participantes de cada encuentro.
6. Desarrollar una estrategia de comunicación y abogacía		
6.1	Fortalecer la estrategia de comunicación regional en el marco de derechos con enfoque de igualdad de género, interculturalidad, identificando medios y actores clave, así como el desarrollo de guías materiales y contenidos comunes dirigidos a periodistas y comunicadores que trabajan en el tema para posibles audiencias (tomadores de decisión, personal de salud, adolescentes y jóvenes, familias y comunidad).	Cantidad de acciones estratégicas de comunicación implementadas. Nº de guías, materiales y contenidos comunes desarrollados, validados y distribuidos a actores clave según lo planificado.

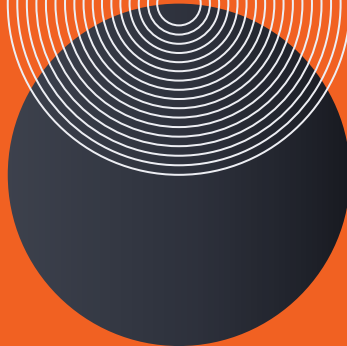
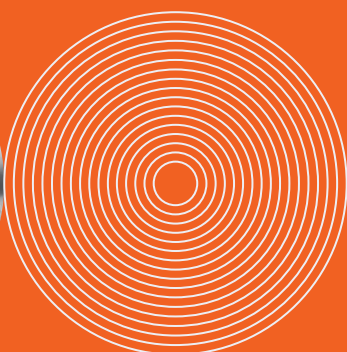
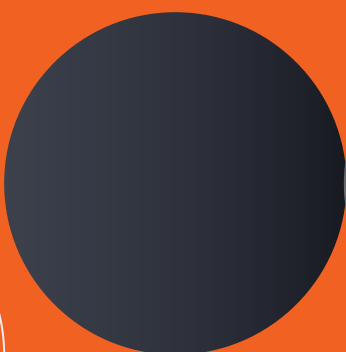
ACTIVIDADES PRINCIPALES		INDICADORES DE SEGUIMIENTO
6.2	Fortalecer capacidades de los comunicadores relacionados con el Plan Andino que trabajan en el tema con énfasis en derechos sexuales y reproductivos y los enfoques de género, discapacidad, interculturalidad y movilidad humana.	Nº de comunicadores capacitados Nómina de comunicadores capacitados por país (conformación de una red activa subregional). % de comunicadores que participaron en las actividades de fortalecimiento de capacidades que aplican activamente los enfoques de derechos sexuales y reproductivos, género, discapacidad, interculturalidad y movilidad humana en sus productos comunicacionales (notas, reportajes, etc.) posteriores.
6.3	Desarrollar agenda, actividades de posicionamiento y mensajes claves para la Semana Andina y Centroamericana para la prevención del embarazo en la adolescencia.	Nº de tomadores de decisiones, organizaciones de adolescentes y jóvenes que han incorporado y posicionado mensajes claves en la prevención de EA Temas tratados como mensajes clave por año.
6.4	Desarrollar una estrategia comunicacional específica para adolescentes y jóvenes con participación de los mismos; incluyendo temas prioritarios como la violencia sexual como causa del embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años y acceso a la SSR de grupos poblacionales priorizados. Definir una línea de mensajes dirigida exclusivamente a varones adolescentes sobre consentimiento, respeto y responsabilidad afectiva; asegurando que los mensajes y canales sean: i) accesibles (lengua de señas, lectura fácil, audio-descripción) para personas con discapacidad; y ii) lingüísticamente pertinentes para comunidades indígenas y migrantes (idiomas originarios).	Nº de organizaciones de adolescentes y jóvenes que implementan la estrategia comunicacional Nº Medios de comunicación involucrados por tipo. / Nº de materiales comunicacionales producidos y difundidos en formatos accesibles y lenguas originarias Nº de organizaciones de adolescentes de grupos priorizados que participan en la estrategia.
6.5	Desarrollar una campaña comunicacional que visibilice la violencia sexual como causa de embarazo de adolescentes y niñas menores de 15 años incluyendo temas prioritarios como la violencia sexual como causa del embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años y acceso a la SSR de grupos poblacionales específicos (adolescentes con discapacidad, migrantes, refugiadas, de pueblos originarios y/o afrodescendientes).	Nº de spots que transmiten mensajes sobre la violencia sexual como causa de embarazo adolescente de 15 años y que acciones para su prevención Alcance total de la campaña medido en el número de impresiones o visualizaciones únicas en plataformas digitales clave (ej. TikTok, Instagram) consumidas por la población adolescente (menores de 15 y de 15 a 19 años) % de adolescentes (menores de 15 y de 15 a 19 años) expuestos a la campaña que demuestran comprensión y/o aceptación de los mensajes clave sobre la violencia sexual como causa de embarazo y las vías de prevención.
6.6	Re-establecer, actualizar y mantener el portal del Planea.	Nº de visitas al portal del Planea / Nº de descargas de documentos del portal del Planea
7. Movilización de recursos		
7.1	Cooperación internacional: consolidar la alianza con el UNFPA para la implementación del Plan Andino 2026-2030 y potenciar nuevas alianzas estratégicas con diversas agencias del sistema de Naciones Unidas (OPS-OMS, OIM, ACNUR y ONU Mujeres) con el fin de fortalecer el desarrollo integral de las acciones de protección de derechos de las y los adolescentes con énfasis en reducción de brechas de niñas, niños y adolescentes en situación de pobreza, especialmente: i) menores de 15 años (prevención de violencia sexual y atención integral temprana); ii) Indígenas y afrodescendientes (adecuación cultural y lingüística de los servicios); iii) Migrantes y en situaciones de crisis humanitaria, desastres o conflictos (eliminación de barreras documentales, acceso a redes de apoyo y provisión de servicios esenciales en entornos de emergencia); y iv) Con discapacidad (accesibilidad física e informativa de los servicios de salud y educación)	Nº de acciones/proyectos financiadas/os por agencia para la implementación del Plan Andino Tipo de proyecto financiado (insumos, abogacía, evaluación, estudio o diagnóstico, capacitación) Nº de proyectos financiados que contienen partidas presupuestarias específicas para atender a las adolescencias y los 4 grupos poblacionales priorizados.
7.2	Activación de una arquitectura de financiamiento innovador: exploración de mecanismos de pago por resultados (bonos de impacto social), alianzas público-privadas para infraestructura de servicios amigables y gestión de fondos de responsabilidad social empresarial enfocados en la inclusión económica de adolescentes.	Nº de acciones financiadas por otros tipo de socios para el desarrollo del Planea. Tipo de proyecto financiado (insumos, abogacía, evaluación, estudio o diagnóstico, capacitación)

Fuente: elaboración propia.



04.

Priorización de las líneas programáticas



4.1 Priorización Subregión Andina

La nueva edición de Planea priorizó sus líneas programáticas mediante una metodología participativa. En primer lugar, se realizó una consulta digital rápida a referentes del comité de los seis países de la subregión y se les solicitó ponderar cada actividad de las siete líneas programáticas (LP), basándose en los siguientes criterios:

- Impacto y relevancia: evalúa el potencial de la actividad para generar un cambio significativo en la situación del embarazo adolescente, considerando brechas por edad, nivel socioeconómico y etnia. Se considera de alto impacto si contribuye directamente a la reducción de las tasas de fecundidad adolescente y al mejoramiento de los derechos sexuales y reproductivos (SSyR) de las poblaciones más vulnerables.
- Urgencia y abordaje de desafíos persistentes: se centra en actividades que responden a problemas críticos y recurrentes, como la violencia sexual como causa del embarazo en niñas menores de 15 años y el matrimonio infantil. La actividad es prioritaria si su implementación es impostergable dada la gravedad de los riesgos que busca mitigar.
- Factibilidad y viabilidad: hace referencia a la practicidad de la implementación, incluyendo la disponibilidad de recursos financieros, la capacidad institucional y técnica de los actores involucrados, y la coherencia con los marcos legales y políticos existentes en cada país.

Posteriormente, se llevaron a cabo talleres virtuales con cada país para validar los resultados de la consulta digital y, a partir de allí, construir el perfil nacional de priorización de líneas programáticas para el Planea 2026-2030 en función de los avances y desafíos de cada país en la actualidad.

El siguiente análisis detalla la priorización realizada y validada con los países de la Subregión Andina:

1. Priorización cuantitativa y convergencia de urgencia:

La subregión sostiene un consenso casi universal (Prioridad ≥ 4.0) sobre la pertinencia y urgencia de la totalidad de actividades principales propuestas, lo que valida la matriz programática del Plan Andino 2026-2030.

Las intervenciones de servicios de salud, como el aseguramiento de Métodos Anticonceptivos de Larga Duración (LARCs) (actividad 2.4), y la atención a la violencia sexual como causa de embarazo en niñas menores de 15 años (actividad 2.6) constituyen la máxima prioridad operativa del Plan en términos de impacto y urgencia.

Existe una marcada y crítica brecha de factibilidad en actividades de carácter legal y de derechos sensibles (actividades 1.5, 1.7 y 2.6), que exige una reorientación de la línea programática 6 (estrategia de comunicación y abogacía) para gestionar las resistencias político-sociales inherentes a la autonomía reproductiva de las y los adolescentes.

2. Priorización cualitativa y requisitos de gobernanza:

- La Articulación Intersectorial (LP1) y el Desarrollo de Capacidades (LP2) son identificadas cualitativamente por las/os expertas nacionales como las líneas “motor” del Plan, reconociendo que sin una gobernanza intersectorial robusta, ninguna intervención y/o prestación de prevención del EA se sostendrá en el tiempo.
- El enfoque en la reducción de las desigualdades (pobreza, poblaciones rurales, indígenas, afrodescendientes, discapacidad, catástrofes y/o movilidad humana) recibe una priorización estratégica constante (Actividades 1.1, 2.9 y 4.3), alineando el Plan con la visión institucional de ORAS-CONHU de combatir la desigualdad estructural.
- El fortalecimiento de los equipos de salud debe evolucionar desde la capacitación técnica simple hacia el desarrollo de competencias integrales (actividad 2.9), abordando los sesgos de género, interculturalidad y diversidad que operan como barreras de acceso en los servicios de SSR.

3. Barreras estructurales y riesgos de implementación:

- La triple amenaza de la escasez de recursos, las fallas de coordinación interinstitucional, y la inestabilidad política representan el mayor riesgo estructural para la implementación y la sostenibilidad del Plan Andino.
- La institucionalización de un sistema de Monitoreo y Evaluación Intersectorial (LP5) es fundamental no solo para la rendición de cuentas, sino también como una herramienta de gestión política clave para garantizar la continuidad y la sostenibilidad del Plan ante la inestabilidad gubernamental.
- La Movilización de Recursos (LP7) presenta la priorización numérica más baja a nivel global, lo cual genera una disonancia con la barrera de “escasez de recursos” citada por la mayoría de los países. Esta situación requiere que la línea programática se redefina como una responsabilidad activa de los Estados miembros y no solo de la cooperación internacional.

4.2 Priorización por país

- **Bolivia:** cuenta con un marco normativo sólido (SAFCI y programa AIDA) y avances recientes como la Ley contra Matrimonios Forzados. Sin embargo, enfrenta un desafío de implementación debido a la descentralización, donde la normativa es nacional pero la ejecución y protección dependen de los niveles municipal y departamental. Las líneas de máxima prioridad son:
- Soporte Financiero (LP7): con la prioridad máxima (5/5) como catalizador indispensable ante las restricciones fiscales para expandir servicios.
- Gestión del Conocimiento (LP4), monitoreo y evaluación (LP5) y Participación Juvenil (LP3): presentadas con alta viabilidad y relevancia técnica.
- La Articulación Intersectorial (LP1) presenta la menor factibilidad debido a la fragmentación de competencias territoriales.

Chile: busca efectos concretos en un entorno de recursos limitados, concentrando su respuesta en la implementación en el contexto local. Esta aproximación promueve una descentralización estratégica mediante la colaboración directa con gobiernos locales, la sociedad civil, la academia y otras entidades no gubernamentales. Prioriza:

- Capacidades Institucionales (LP2): con la máxima factibilidad (5/5), centrada en fortalecimiento de equipos de salud y la disponibilidad de LARCs.
- Comunicación y Abogacía (LP6): alta factibilidad (4/5) para estrategias de bajo costo y alto impacto, como la Semana Andina y capacitación en SSyR.
- Movilización de Recursos (LP7): valorada (4/5) para suplir déficits estatales mediante colaboración con el sector privado y fundaciones.
- Participación Juvenil (LP3): reorientación hacia una participación técnica en el monitoreo de calidad de servicios, abandonando el modelo de grandes eventos costosos.

Colombia: el desafío principal no reside en el marco normativo, sino en reducir la brecha entre la legislación vigente, que es garantista, y la realidad de los servicios. Por ello, la estrategia se concentra en la implementación efectiva a nivel territorial, alineada con la actualización de la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos (SDSR), y prioriza las siguientes acciones:

- Capacidades Institucionales (LP2): eje de máxima factibilidad (5/5), priorizando el aseguramiento logístico de insumos y fortalecimiento técnico de equipos.
- Comunicación y Abogacía (LP6): enfoque táctico en la desnormalización de prácticas nocivas (MIUT) e inequidades de género con pertinencia cultural.
- Participación Juvenil (LP3): considerada un imperativo estratégico para asegurar la pertinencia de las intervenciones, a pesar de su complejidad operativa.

Ecuador: transición hacia un enfoque integral de SSR bajo la Política Intersectorial (PIPENA) y metas del Plan Nacional de Desarrollo. La operatividad está condicionada por la inestabilidad en los equipos técnicos y un modelo de financiamiento dependiente de proyectos de inversión temporal. Prioriza:

- Gobernanza (LP1): identificada como la línea de mayor relevancia estratégica, pero constituye el principal cuello de botella operativo por debilidad institucional.
- Capacidades servicios de salud (LP2): existen barreras críticas de factibilidad para la atención a menores de 15 años y acceso a ILE/IVE debido presiones de colectivos que mantienen una posición contraria al acceso y la coacción al personal de salud.

Perú: se ha identificado la necesidad de fortalecer la coherencia entre la planificación central y la implementación territorial, un desafío que se ve complejizado por las limitaciones presupuestarias y normativas inherentes al Ministerio de Salud (MINSA). En respuesta a este panorama, se ha optado por un horizonte de planificación realista de corto plazo (2-3 años), que busca maximizar la factibilidad y el impacto de las acciones. Prioriza:

- Capacidades servicios de salud (LP2): prioridad operativa centrada en estándares de calidad y aseguramiento de insumos (AOE y métodos modernos) como puerta de entrada al sistema.
- Participación Juvenil (LP3): redefinida como herramienta de gestión territorial (“Radar Adolescente”) para georreferenciación y cierre de brechas.
- Movilización de Recursos (LP7) y Abogacía (LP6): Consideradas requisitos sine qua non para viabilizar la ejecución y mantener el tema en la agenda pública.
- Venezuela: busca un aseguramiento de insumos y equipos de servicios de salud y reconstrucción de la gobernanza. La implementación depende de la movilización de recursos externos ante la crisis económica. Prioriza:
- Capacidades servicios de salud (LP2): máxima factibilidad en aseguramiento de insumos críticos (actividades 2.4 y 2.5) y capacitación de los equipos de salud (actividades 2.2 y 2.9).
- Gobernanza (LP1): relevancia estratégica crítica para establecer bases jurídicas y operativas que trascienden la coyuntura política (actividades 1.1 y 1.5).
- Movilización de Recursos (LP7): prioridad estratégica absoluta para garantizar la disponibilidad de métodos anticonceptivos y sostenibilidad de acciones.

4.3 Hoja de ruta para la implementación

El Planea 2026-2030 ratifica su compromiso de profundizar el trabajo iniciado en su primera edición, manteniendo un foco central en la reducción de las brechas de desigualdad que afectan a niñas, niños y adolescentes en situación de pobreza. Esta edición pone un énfasis especial en la atención diferenciada de poblaciones prioritarias: la prevención de la violencia sexual y atención temprana en menores de 15 años; la adecuación cultural y lingüística para pueblos originarios y afrodescendientes; la provisión de servicios esenciales para migrantes y adolescentes en situaciones de crisis; y la accesibilidad física e informativa de los servicios de salud y educación para personas con discapacidad. De manera transversal, el Plan se fundamenta en la evidencia, busca garantizar la participación activa de niñas, niños y adolescentes, y se orienta en la activación de mecanismos eficientes para el posicionamiento político y presupuestario del EA en la agenda pública regional.

Finalmente, la presente edición del Planea 2026-2030 incluye una hoja de ruta para favorecer la implementación a nivel subregional, la cual será costeadada para analizar su factibilidad de implementación en el período 2026-2027 como se muestra en la tabla 2.

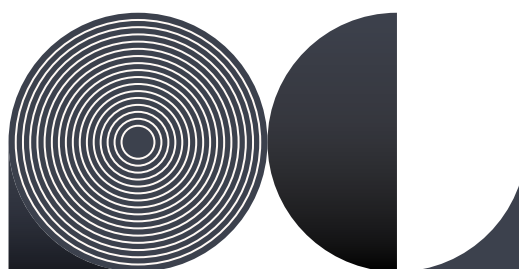
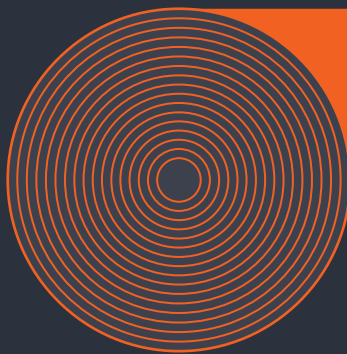


TABLA 2: HOJA DE RUTA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLANEA 2026-2027.

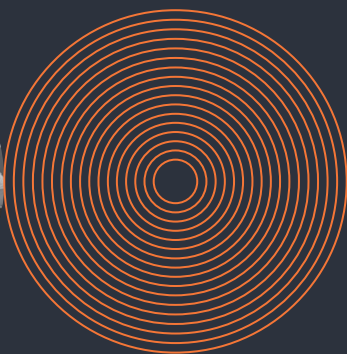
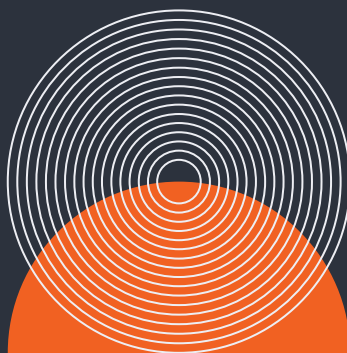
ACTIVIDAD	OBJETIVO	PLAN DE ACCIÓN
Comunidad de Prácticas (CdP) (alineación LP: 1, 2, 4 y 5)	Consolidar una Comunidad de Prácticas orientada al intercambio, sistematización y difusión de experiencias efectivas para reducir el embarazo no intencional en la adolescencia, con dos ejes principales: a) Poblaciones en contextos de mayor vulnerabilidad: intercambio de experiencias verificadas que hayan contribuido a la reducción de brechas de inequidad, con especial énfasis en niñas menores de 15 años, adolescentes indígenas y afrodescendientes, adolescentes migrantes o afectadas por crisis humanitaria, desastres o conflictos, adolescentes con discapacidad y adolescentes en situación de pobreza; b) Mecanismos de gestión efectivos: identificación y análisis de estrategias de gobernanza intersectorial con énfasis en el nivel local, y de modelos de gestión por resultados basados en evidencia (sistemas de información, monitoreo y evaluación).	1- Conformación del equipo coordinador de la CdP integrado por representantes de ORAS-CONHU, UNFPA y de cada país de la subregión 2- Definición de la intención estratégica: establecimiento de los objetivos de la CdP y adopción de reglas de colaboración. 3- Planificación anual: identificación de buenas prácticas prioritarias y definición del cronograma anual de sesiones de intercambio 4- Acuerdos operativos: selección de herramientas de comunicación y creación de un repositorio de documentos de apoyo. 5- Implementación: puesta en marcha de las actividades de colaboración y de intercambio técnico. 6- Registro y sistematización: documentación del aprendizaje generado y difusión de los resultados alcanzados.
Plan de Incidencia y Comunicación Digital (alineación LP 3 y 6)	Diseñar e implementar un Plan de Incidencia y Comunicación Digital que trascienda la Semana Andina de Prevención del Embarazo en la Adolescencia, fortaleciendo las capacidades de comunicadores clave —periodistas, influencers y líderes juveniles— con especial protagonismo de voces adolescentes, para posicionar el tema de manera sostenida en la agenda pública. La estrategia se orienta a promover la difusión de mensajes clave sobre educación sexual integral, prevención de violencias, acceso a métodos anticonceptivos, nuevas masculinidades y salud mental en la adolescencia, sensibilizando respecto del impacto que el embarazo adolescente tiene en los proyectos de vida de niñas, adolescentes, sus familias y comunidades.	1- Co-creación y mapeo: taller multiactoral (adolescentes, expertos, comunicadores) para diseñar la estrategia, definir la narrativa central (violencia, ESI, MAC) y mapear audiencias y canales prioritarios. 2- Mensajes clave: diseño de mensajes diferenciados para decisores políticos, familias y otros grupos objetivos. 3- Paquete digital: producción de piezas de alto impacto (videos, testimonios, infografías, podcasts) optimizadas para múltiples plataformas. 4- Validación: aplicación de un protocolo de revisión para asegurar pertinencia cultural, rigor técnico y enfoque de derechos. 5- Lanzamiento: organización de un evento de alto perfil con participación de jóvenes, medios y autoridades para generar visibilidad inicial. 6- Activación social: puesta en marcha de campañas iniciales en redes y medios masivos, alineadas con el lanzamiento. 7- Campañas segmentadas: implementación de estrategias de social media advocacy para mantener el tema en agenda y dirigir mensajes específicos a tomadores de decisión. 8- Monitoreo y evaluación: establecimiento de un sistema de M&E para medir alcance, interacción y presión comunicacional, permitiendo ajustes continuos.
Estrategia de Sostenibilidad Financiera (alineación LP 7)	Desarrollar una estrategia de sostenibilidad financiera para el Planea mediante la identificación e implementación de mecanismos innovadores de financiamiento —incluyendo articulaciones público-privadas, capital semilla y esquemas de reembolso por metas— priorizando los ejes programáticos de cambio de comportamiento, empoderamiento, inclusión socioeducativa y autonomía, en línea con el aprovechamiento del bono demográfico.	1- Conformación del grupo de trabajo: integrado por representantes de los países, la Secretaría de ORAS-CONHU y UNFPA, responsable de dinamizar la estrategia. 2- Planificación de trabajo: elaboración de la agenda de acciones e identificación de actores potenciales para el financiamiento. 3- Selección de instrumentos financieros: evaluación y priorización de los instrumentos más adecuados para movilizar recursos hacia las metas de impacto del Planea, tomando como referencia experiencias como el movimiento “Cero Embarazos en Adolescentes”. 4- Acompañamiento en la gestión del financiamiento: orientación técnica para asegurar que los incentivos se dirijan a proyectos con alto potencial y métricas claras de impacto social.

Fuente: elaboración propia



05.

Bibliografía consultada



- ACNUR, Informe de tendencias globales de desplazamientos forzados en 2023. Publicado en junio de 2023, disponible en: <https://www.acnur.org/media/tendencias-globales-de-desplazamiento-forzado-en-2023>
- Casas Isaza X, Cabrera O, Reingold R, Grossman D. Vidas Robadas: Un estudio multipaís sobre los efectos en la salud de las maternidades forzadas en niñas de 9-14 años. Planned Parenthood Federation of America; 2015. Disponible en: https://www.plannedparenthoodaction.org/uploads/filer_public/cc/16/cc169bc8-1e15-49b1-a20f-62e0dd4d6c35/ppfa-stolen-lives-spanish.pdf
- CEPAL (2019). Primer informe regional sobre la implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (LC/CRPD.3/6), Santiago. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/f29cc734-f65a-4d47-bb85-4ccf5bce0f0e/content>
- CEPAL, Observatorio de Igualdad de género de América Latina y el Caribe (2013). Mujeres indígenas en América Latina: dinámicas demográficas y sociales en el marco de los derechos humanos. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/4100-mujeres-indigenas-america-latina-dinamicas-demograficas-sociales-marco-derechos>
- CEPAL, Observatorio de Igualdad de género de América Latina y el Caribe (2023). Matrimonios infantiles y uniones tempranas Desigualdad y pobreza en mujer. Boletín Igualdad de Género, N°1. diciembre 2023. Disponible en https://www.cepal.org/es/publicaciones/68723-matrimonios-infantiles-union-tempranas-desigualdad-pobreza-mujeres-ninas?utm_source=CiviCRM&utm_medium=email&utm_campaign=20231213_bol1_dag_ig
- DANE; UNFPA (2022); Estudios Poscensales Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 Fecundidad en la Niñez y Adolescencia en Colombia. Disponible en:
- https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/fecundidad_en_la_ninez_y_adolescencia_cesar_cristancho_dane_unfpa.pdf
- Defensoría del Pueblo (2020), Informe Defensorial Sobre el Cumplimiento de la Sentencia Constitucional Plurinacional 206/2014 y la Aplicación del Procedimiento Técnico para la Interrupción Legal del Embarazo en los Servicios de Salud a Nivel Nacional, Bolivia. Disponible en https://drive.google.com/file/d/1_nr-CaMeMo-O33PCAyJt-b420u1WjDm7C/view
- Defensoría del Pueblo. (2024). Sueños interrumpidos: Vulneración de derechos de niñas y adolescentes mujeres, emergentes de los matrimonios y uniones infantiles, tempranas y forzadas y del embarazo infantil forzado en Bolivia. La Paz, Bolivia.
- Díaz, V. y J. Fernández (2017), “¿Qué sabemos de los jóvenes rurales? Síntesis de la situación de los jóvenes rurales en Colombia, Ecuador, México y Perú”, Serie documento de trabajo, N° 228, Grupo de Trabajo Inclusión Social y Desarrollo, Programa Jóvenes Rurales, Territorios y Oportunidades: Una Estrategia de Diálogos de Políticas, RIMISP, Santiago de Chile. Disponible en: https://rimisp.org/wp-content/files_mf/1528314030sintesisdelasituacio%C3%8C%C2%81nlosjo%C3%8C%C2%81venesruralesen-ColombiaEcuadorMe%C3%8C%C2%81xicoyPeru%C3%8C%C2%81281217.pdf
- Gómez Ponce de León, R, Ewerling, F., Serruya, S. J., Silveira, M. F., Sanhueza, A., Moazzam, A., & Barros, A. J. (2019). Contraceptive use in Latin America and the Caribbean with a focus on long-acting reversible contraceptives: prevalence and inequalities in 23 countries. *The Lancet Global Health*, 7(2), e227-e235. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30683240/>
- Greene, M. (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. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/publications/matrimonios-y-union-tempranas-y-forzadas-una-realidad-oculta-en-am%C3%A9rica>
- Grupo de trabajo del Programa Conjunto Interinstitucional para Poner Fin al Matrimonio Infantil y a las Uniones Tempranas en América Latina y el Caribe, “Los matrimonios y uniones infantiles, tempranos y forzados: prácticas nocivas profundizadoras de la desigualdad de género en América Latina y el Caribe”, Documento de Proyectos (LC/TS.2021/186), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2021. Disponible en: https://oig.cepal.org/sites/default/files/c2100897_web.pdf

- Guiskin, M (2019). Situación de las juventudes rurales en América Latina y el Caribe. Serie Estudios y Perspectivas-Sede subregional de la CEPAL en México, N° 181 (LC/TS.2019/124-LC/MEX/TS.2019/31), Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/f94f1075-5e5a-4aa1-aa1d-c203d026afce/content>
- Instituto Nacional de Estadística de Bolivia (INE) (2018). Bolivia: Estudio Temático de Salud Sexual y Reproductiva. Encuestas de Demografía y Salud 2008 y 2016. Disponible en: <https://bolivia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Tem%C3%A1tico%20de%20Salud%20Sexual%20%281%29.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI (2022). Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2022 - Nacional y Departamental. Capítulo 3 Fecundidad. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1838/pdf/cap003.pdf
- Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI (2023). Perú: Nacidos Vivos de Madres Adolescentes, 2019-2022. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1917/libro.pdf
- Mena, A. C., Serrano, M., De La Torre, L., Pozo, M., EKOPARK, C. C., & Larrea, J. (2023). Reportes de la ENS-ANUT 2018 Volumen N 4. Fecundidad. Disponible en https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Libros/Reportes/Estudio_sobre_Fecundidad-ENSANUT_18.pdf
- Ministerio de Autonomías y Fondo de Población de las Naciones Unidas. La Prevención del Embarazo en la Adolescencia desde nuestras Autonomías. La Paz – Bolivia: UNFPA, 2013. Disponible en: https://bolivia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Cartilla_Prevencion_EA.pdf
- Ministerio de Economía y Finanzas; UNICEF Perú (2023); Evaluación de diseño de las intervenciones públicas que contribuyen con la prevención del embarazo adolescente.
- <https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2023/difusion/Reporte-Evaluacion-Independiente-Prevencion-de-Embarazo-Adolescente.pdf>
- Ministerio de Salud Pública de Ecuador, Subsecretaría de Promoción de la Salud e Igualdad Proyecto de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescente (2022). Estudio sobre preferencias y/o percepciones en el uso de métodos anticonceptivos modernos (MAC) entre adolescentes, hombres y mujeres, de 10 a 19 años. Informe Final. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2023/01/Estudio-preferencias-percepciones-MAC-adolescentes.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (). Resumen Ejecutivo Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/ENDS-libro-resumen-ejecutivo-2016.pdf>
- Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (2017). Diagnóstico de situación del embarazo en la adolescencia en la subregión andina. Lima: ORAS-CONHU; 2017. Disponible en: <https://orasconhu.org/es/content/diagn%C3%B3stico-de-situaci%C3%B3n-del-embarazo-en-la-adolescencia-en-la-subregi%C3%B3n-andina-2017>
- Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2018). Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34853>
- Pantelides, E. A., de las Mercedes Fernández, M., & Marconi, É. (2014). Maternidad temprana.
- Paz, Jorge (2020). CAPÍTULO D. Acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe. En La implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo en América Latina y el Caribe: avances y desafíos. Panamá City (Panamá): UNFPA - ALAP.
- R4V. Colombia: Adolescentes refugiadas y migrantes venezolanas atendidas por embarazo, parto y posparto. 2023. Disponible en: <https://www.r4v.info/es/document/colombia-adolescentes-refugiadas-y-migrantes-venezolanas-atendidas-por-embarazo-parto-y>
- R4V. RMNA 2024 - Refugee and Migrant Needs Analysis. disponible en: <https://www.r4v.info/es/rmna2024>
- Rodríguez Vignoli, J. (2014). Fecundidad adolescente en América Latina: una actualización. Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina: una agenda inconclusa, 3. Disponible en: https://files.alapop.org/alap/Serie-E-Investigaciones/N3/Capitulo2_SerieE-Investigaciones_N3_ALAP3.pdf

- Rodríguez Vignoli, J. (2017). Fecundidad no deseada entre las adolescentes latinoamericanas. Un aumento que desafía la salud sexual y reproductiva y el ejercicio de derechos. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/42511-fecundidad-deseada-adolescentes-latinoamericanas-un-aumento-que-desafia-la-salud>
- Rodríguez Vignoli, J., & San Juan Bernuy, V. (2020). Maternidad, fecundidad y paridez en la adolescencia y la juventud: continuidad y cambio en América Latina. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45838-maternidad-fecundidad-paridez-la-adolescencia-la-juventud-continuidad-cambio>
- Surkuna (2022); Destruir el acceso al aborto legal con cada acompañamiento. Barreras en el acceso a la interrupción del embarazo en casos de violación en Ecuador desde la vigencia de la Ley para regular la interrupción voluntaria del embarazo por violación. Quito, Ecuador.
- Tablero Mapeo del Embarazo Adolescente, Ecuador. Disponible en: <https://www.arcgis.com/apps/dashboards/45ff3231dc204c1b93782d4553c16846>
- Tobar (2022); Embarazo Adolescente, crecimiento económico y desarrollo en América Latina y el Caribe. Documento borrador para debate y revisión por parte del grupo de trabajo de la FPA-LACRO de la ONU y Banco Mundial.
- UNFPA (2022). Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe – Segundo Informe regional. Coordinador Federico Tobar. Implementación de la Metodología MILENA 1.0 en 10 países. Oficina Regional: Ciudad de Panamá. Disponible en: <https://argentina.unfpa.org/es/publications/consecuencias-socioecon%C3%B3micas-del-embarazo-en-la-adolescencia-en-am%C3%A9rica-latina-y-el-0>
- UNFPA (2022). Mapa del embarazo y la maternidad de niñas y adolescentes en el Perú. Disponible en: <https://peru.unfpa.org/es/publications/mapa-del-embarazo-y-la-maternidad-en-ni%C3%B1as-y-adolescentes-en-el-per%C3%BA>
- UNFPA y OPS (2020). El Embarazo en la Adolescencia en América Latina y el Caribe. Reseña técnica. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/embarazo-adolescencia-america-latina-caribe-resena-tecnica-agosto-2020>
- UNFPA y Plan International (2020). Estudio de niñas y adolescentes en matrimonios y uniones forzadas a temprana edad. Disponible en: <https://bolivia.unfpa.org/es/publications/estudio-de-ni%C3%B1as-y-adolescentes-en-matrimonios-y-uniones-forzadas-temprana-edad>
- UNFPA (2023); Urge poner fin al embarazo en niñas y disminuir los embarazos no Planeados en adolescentes, Colombia. Disponible en: https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/infografia_nacional.pdf
- UNFPA. (2018). *Reflexión analítica sobre fecundidad en adolescentes*. Venezuela: https://drive.google.com/open?id=1WJqJ_n9ttxGjjZNto-qQ9m0TN-WLuoMP&authuser=pereira%40unfpa.org&usp=drive_fs
- UNFPA, CEPAL (2021). Las juventudes Afrodescendientes en América Latina y la Matriz de la Desigualdad Social: Derechos, Desigualdades y Políticas. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/noticias/juventudes-afrodescendientes-america-latina-caribe-afrontan-mayores-desigualdades>
- UNFPA-UNICEF. (2013). Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. Disponible en: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf>
- UNICEF. (2019). Perfil del matrimonio infantil y las uniones tempranas en América Latina y el Caribe. Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/media/9381/file/PDF%20Perfil%20del%20matrimonio%20infantil%20y%20las%20uniones%20tempranas%20en%20ALC.pdf>

Documentos Centros de datos

- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2024). World Population Prospects 2024, Online Edition.
- CELADE - División de Población de la CEPAL, Banco de datos Maternilac.
- Banco de datos regional para el seguimiento de los ODS en América Latina y el Caribe.

Documentos programáticos y normativos consultada por país

Bolivia

- Ministerio de Salud y Deportes (2024); Guía de Atención Materna y Neonatal con Enfoque Intercultural
- Ministerio de Salud y Deportes (2024); Guía Técnica de Atención del Embarazo, Parto, Postparto y Recién Nacido.
- Ministerio de Salud. Cartilla de Salud Sexual y Salud Reproductiva (2018); Consentimiento Informado y Métodos Anticonceptivos.
- Ministerio de Salud y Deportes (2023); Rendición Pública de Cuentas Final. Gestión 2023. Disponible en: <https://minsalud.gob.bo/component/jdownloads/?task=download.send&id=830:informe-de-rendicion-publica-de-cuentas-final-gestion-2023&catid=32&Itemid=567>

Chile

- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2017). Aplicación de la Ley N° 21.030 que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27530/1/BCN_aplicacion_de_la_ley_de_aborto_marco_legal_datos_Final.pdf
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2017). Ley N° 21.030 que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1173643>
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2018). Ley N° 21.120 que crea el Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1187063>
- Gobierno de Chile. (2017). Resumen Ejecutivo: Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2017-2026. https://chilecrecemas.cl/storage/documentos/Resumen_ejecutivo.pdf
- Ministerio de Salud de Chile. (2022). Evaluación de final de la década de la Estrategia Nacional de Salud para los objetivos sanitarios 2011-2020.
- Ministerio de Salud de Chile. (2021). Protocolo de entrega para la anticoncepción de emergencia. https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/06/PROTOCOLO-ANTICONCEPCION-ISBN_v2.pdf
- Ministerio de Salud de Chile. (2012). Programa nacional de salud integral de adolescentes y jóvenes. Plan de acción 2012-2020. Nivel primario de atención. <https://www.minsal.cl/portal/url/item/d263acb-5826c2826e04001016401271e.pdf>

Colombia

- Corte Constitucional de Colombia. (2016). Sentencia C-077 de 2016: Por la cual se establece la educación sexual como cátedra obligatoria en el sistema educativo formal.
- Corte Constitucional de Colombia. (2022). Sentencia C-055 de 2022: Reconocimiento del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo.
- Corte Constitucional de Colombia. (2019). Sentencia T-999 de 2019: Protección de los derechos de las personas que viven con VIH y no discriminación.

- Corte Constitucional de Colombia. (2020). Sentencia T-123 de 2020: Derecho a la autonomía reproductiva de las personas con discapacidad.
- Corte Constitucional de Colombia. (2016). Sentencia C-577 de 2016: Reconocimiento de derechos para parejas del mismo sexo.

Ecuador

- Acuerdo Ministerial 2490 (2014); Reglamento para regular el Acceso de métodos anticonceptivos
- Gobierno del Ecuador (2017); Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017-2021. <https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SS%20Y%20SR%202017-2021.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2014). Reglamento para regular el acceso a métodos anticonceptivos. <https://www.controlsanitario.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2019/01/Acuerdo-Ministerial-2490.pdf>
- Ministerio de Salud Pública (2014) Instructivo de implementación del Reglamento para regular el acceso a métodos anticonceptivos - Acuerdo Ministerial 2490.
- https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2023/01/Instructivo_de_implementacion_del_acuerdo_ministerial_2490_aprobado.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2019). *Lineamientos operativos para y/o fortalecimiento de los clubes de adolescentes*. Ecuador. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2023/01/Lineamientos-Clubs-de-Adolescentes.pdf>
- Ministerio de Salud Pública (2015). Lineamientos implementación del modelo de atención integral de salud, acuerdo ministerial 5169. <https://enlace.17d07.mspz9.gob.ec/biblioteca/juri/LEGSALUD/LI-NEAMIENTOS%20IMPLEMENTACION%20DEL%20MODELO%20DE%20ATENCION%20INTEGRAL%20DE%20SALUD.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2022). Manual de Atención Integral a niñas y adolescentes embarazadas menores de 15 años de edad. Quito, Ecuador. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2023/01/AC-00066-2022-Manual_compressed_compressed.pdf
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2014); Guía de Supervisión de salud adolescente. Ecuador
- Guía de supervisión salud de adolescentes.
- Ministerio de Salud Pública Instructivo de Implementación del reglamento para regular el acceso a métodos anticonceptivos - Acuerdo Ministerial 2490; Instructivo de implementación del Reglamento para regular el acceso a métodos anticonceptivos – Acuerdo Ministerial 2490
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2017). Asesoría en salud sexual y reproductiva
- Manual de asesoría en salud sexual y salud reproductiva.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2017), “Atención integral en salud sexual y reproductiva para personas con discapacidad”. Manual de atención integral en salud sexual y salud reproductiva para personas con discapacidad.
- Alma Virginia Camacho Hübner, Asesora Regional de Salud Sexual y Salud Reproductiva UNFPA LACRO (2018); Política Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes Ecuador 2018 – 2025: Política Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes.
- Resolución Nacional:
- Reglamento del Comité Nacional Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes.

Perú

- Congreso de la República del Perú. (2023). Ley N.º 31945 que modifica el Código Civil, Decreto Legislativo 295, a fin de prohibir el matrimonio de personas menores de edad. Diario Oficial El Peruano. <https://www.vlex.com.pe/vid/law-n-31945-953805789>
- Ministerio de Salud del Perú. (2013). Plan multisectorial para la prevención del embarazo en adolescentes 2013-2021. Plataforma del Estado Peruano.
- Ministerio de Salud del Perú. (2020). Norma técnica de atención integral de salud adolescente, directiva sanitaria de salud en contexto del COVID-19.

- Ministerio de Salud del Perú. (2021). Cartilla orientaciones para incorporar para pertinencia cultural en los servicios diferenciados de atención integral de salud adolescente.
- Ministerio de Salud del Perú. (2021). Norma técnica de atención integral y diferenciada de la gestante adolescente durante el embarazo, parto y puerperio.
- Ministerio de Salud del Perú. (2021). Directiva Sanitaria N°083 para el uso del kit para la atención de casos de violencia sexual.

Venezuela

- **Cruce de indicadores:**

https://docs.google.com/document/d/1mB1KrUjy2J86DYx-resuNeZLqQqFpEDu?rtpof=true&authuser=pereira%40unfpa.org&usp=drive_fs

https://docs.google.com/document/d/11xx3ysgtz9ZzYB2vpy479vL5XkXsOobZ?rtpof=true&authuser=pereira%40unfpa.org&usp=drive_fs

- **Definición de cadena de resultados Plan PRETA:**

https://docs.google.com/presentation/d/18qv6XS9zbvpoPn04y1_A0jW4TueYEsPc/edit#slide=id.p6

- **Investigación formativa para diseño de EIS fuera de la escuela:**

https://drive.google.com/open?id=1nltBD1oYZqpir_BUaZTBeMh1J6czhYgT&authuser=pereira%40unfpa.org&usp=drive_fs

- **Informe de resultados 2019:**

https://drive.google.com/file/d/1eKEEf0Q_PxbRuPNaV_pe8KDrnqw8lnEb/view?usp=share_link
https://docs.google.com/presentation/d/1g6C4FJX_EiRNxwto5Oodg56RGGLGXY8p/edit#slide=id.p1

- **Presentación marco normativo del Plan PRETA**

https://docs.google.com/presentation/d/1hnFGopu0NL6GRQS1bjQyRU-bsDcnmza9?rtpof=true&authuser=pereira%40unfpa.org&usp=drive_fs

- **Presentación de resultados 2020**

https://docs.google.com/presentation/d/11XHiAqPnqitcYS9DWKtbviZ3jAPXalDD?rtpof=true&authuser=pereira%40unfpa.org&usp=drive_fs

- **Propuesta de Sistema de Seguimiento**

<https://docs.google.com/presentation/d/1mGY5yNRwZbZ6iPN3khKKN1GH-q1Jc84l/edit#slide=id.p1>
<https://docs.google.com/document/d/1mB1KrUjy2J86DYx-resuNeZLqQqFpEDu/edit#heading=h.gjdgxs>

- **Metadata:**

https://docs.google.com/document/d/11aXo3_Gu_jitI-tNV18qxgoTQo14X-5V/edit#

- **Reporte de evaluación Planea edición anterior:**

https://docs.google.com/document/d/1nakyLN6dr-_kyMPiF22y9qnv-BzbGgmy/edit

