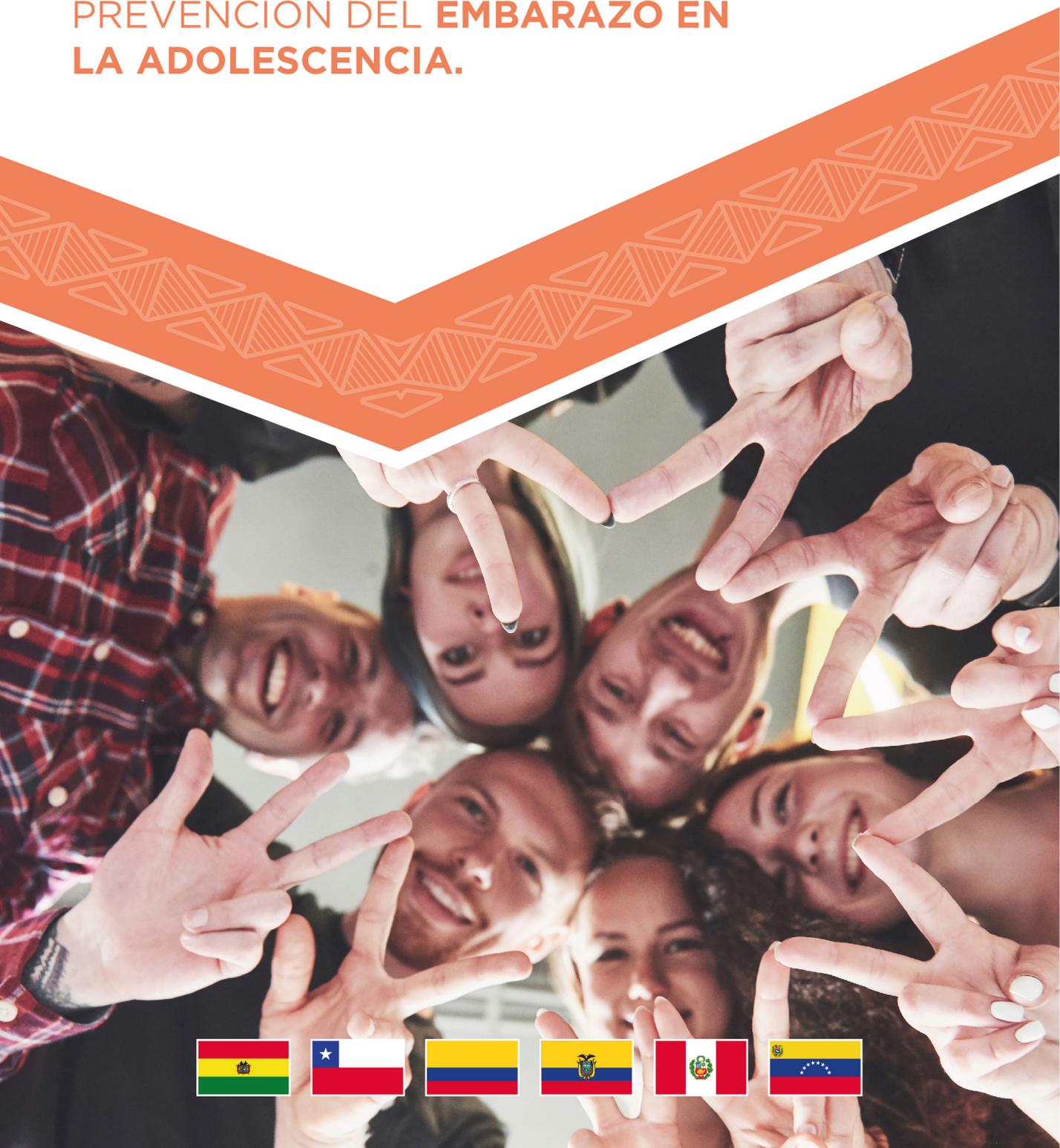




POLÍTICA ANDINA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES, CON ÉNFASIS EN LA PREVENCIÓN DEL **EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.**





POLÍTICA ANDINA DE SALUD
SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA
ADOLESCENTES, CON ÉNFASIS EN LA
PREVENCIÓN DEL **EMBARAZO EN
LA ADOLESCENCIA.**

Catalogación realizada por el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue.

Política Andina de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, con énfasis en la Prevención del Embarazo en la Adolescencia. ORGANISMO ANDINO DE SALUD CONVENIO HIPÓLITO UNANUE, 2021. ORAS-CONHU; 2022.

149 p.; ilus.tab

POLÍTICA/ SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA/ ADOLESCENTES/ REGIÓN ANDINA/
Políticas públicas/ Embarazo en adolescentes/ Lineamientos / Estrategias/Derechos

Lima, Perú.

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2024-05405

ISBN: 978-612-49377-8-1



Comité Editorial:

Dra. María del Carmen Calle Dávila, Secretaria Ejecutiva ORAS-CONHU

Dra. Marisela Mallqui Osorio, Secretaria Adjunta ORAS-CONHU

Dra. Gloria Lagos Eyzaguirre, Gerente de Líneas Estratégicas y Cooperación Internacional.

Dra. María Ximena Luengo Charath, Consultora responsable de la actualización de la Política.

Coordinadora de Publicación:

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

© ORGANISMO ANDINO DE SALUD –CONVENIO HIPÓLITO UNANUE, 2024

Av. Paseo de la República N° 3832 – San Isidro. Tercer Piso. Lima - Perú

Teléfonos: (00-51-1) 422 6862 / 611 3700

<http://www.orasconhu.org/> contacto@conhu.org.pe

Primera edición digital, mayo 2024

ISBN:



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. 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.



ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPÓLITO UNANUE 2022

Dr. Jeyson Auza Pinto

Ministro de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia

Dra. María Begoña Yarza

Ministra de Salud de Chile

Dr. Fernando Ruiz Gómez

Ministro de Salud y Protección Social de Colombia

Dra. Ximena Garzón-Villalba

Ministra de Salud Pública del Ecuador

Dr. Hernán Condori Machado

Ministro de Salud del Perú

Abg. Magaly Gutiérrez Viña

Ministra del Poder Popular para la Salud de Venezuela

SECRETARÍA EJECUTIVA

Dra. María del Carmen Calle Dávila

Secretaria Ejecutiva

Dra. Marisela Mallqui Osorio

Secretaria Adjunta



Comité Andino de Salud Integral para Adolescentes con Énfasis en la Prevención del Embarazo 2022

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES DE BOLIVIA

Alexia Blanca Paredes Prieto

Profesional Técnico Área del Continuo (URSSYC)

Responsable de Salud Adolescente y Juventud

Unidad de Redes y Servicios de Salud y Calidad

MINISTERIO DE SALUD DE CHILE

Cettina D'angelo Quezada

Matrona, Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes

Departamento de Ciclo Vital

División de Prevención y Control de Enfermedades

Subsecretaría de Salud Pública

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA

Diego Alejandro Quiroga Díaz

Dirección de Promoción y Prevención

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DE ECUADOR

Mercedes del Pilar Allauca Tierra

Gerente Proyecto de Prevención del Embarazo de Niñas y Adolescentes

MINISTERIO DE SALUD DE PERU

Isabel Pacheco Cantalicio

Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública- DGIESP

Guillermo Luis Atencio La Rosa

Director Ejecutivo de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD DE VENEZUELA

Marisol Alvarado

Asesora Salud Materna



ÍNDICE

ABREVIACIONES	07
PRESENTACIÓN	08
I. ANTECEDENTES	10
II. JUSTIFICACIÓN	14
III. PROPÓSITO	30
IV. OBJETIVO	31
V. ALCANCE	32
VI. PRINCIPIOS RECTORES	33
VII. ENFOQUES	39
VIII. LÍNEAMIENTOS ESTRATÉGICOS	44
IX. IMPLEMENTACIÓN Y FINANCIAMIENTO	52
X. MONITOREO Y EVALUACIÓN	54
ANEXOS	56

ABREVIACIONES

CAAAMI	Consejo Andino Asesor de Altas Autoridades de la Mujer e Igualdad de Oportunidades
CIPD	Conferencia Internacional de Población y Desarrollo
ITS	Infecciones de transmisión sexual
LGTBIQ+	Lesbianas, gays, transgéneros, transexuales, bisexuales, intersexuales, queer y otras identidades y orientaciones incluidas en el +
NNA	Niñas, niños y adolescentes
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ODS	Objetivos del Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ORAS-CONHU	Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue
PLANEA	Plan Andino de Prevención del Embarazo Adolescente
REMSSA	Reunión de Ministros de Salud del Área Andina
SDSR	Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
SSRA	Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia
TFA	Tasa de Fecundidad Adolescente
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA	Fondo de Población de Naciones Unidas

Presentación

La Política andina de salud sexual y reproductiva con énfasis en la prevención del embarazo en la adolescencia, representa un compromiso conjunto por parte de nuestros países andinos para abordar una problemática crucial que afecta el presente y el futuro de nuestra juventud. Los ministros de Salud de los países miembros del ORAS CONHU: Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, integrados en el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS – CONHU) aprobaron mediante Resolución REMSAA XL/555, del 25 de noviembre de 2022, la actualización de la política en mención; que demuestra la visibilidad que tiene esta problemática que mantiene un lugar prioritario en sus agendas desde el 2007, año en el que se reconoce este tema, como un problema de salud pública.

El embarazo en la adolescencia es un desafío social, de salud y de derechos humanos que impacta a millones de jóvenes en nuestra región. Sus consecuencias no solo afectan a las madres adolescentes sino también a sus hijos, limitando sus oportunidades de desarrollo y perpetuando ciclos de pobreza y desigualdad.

Se espera, con este documento técnico y político, contribuir en la reducción significativa de las tasas de embarazo en adolescentes en la región andina, en la mejora al acceso a servicios de salud para adolescentes, en el incremento del conocimiento y tomada de decisiones informadas sobre sexualidad y reproducción entre los jóvenes y en el empoderamiento de las adolescentes para que puedan alcanzar sus metas educativas, laborales y personales sin las limitaciones impuestas por un embarazo temprano.

Participaron en la elaboración de esta política andina, el Comité Andino de Salud Integral del Adolescente, integrado por los delegados de las direcciones nacionales de Salud de los Adolescentes y/o de Salud Sexual y Reproductiva, de los seis ministerios de salud andinos; así como por los técnicos del ORAS-CONHU, y del Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA, en un trabajo articulado por la salud de los y las adolescentes en toda la región andina.

Dra. María del Carmen Calle Dávila
Secretaria Ejecutiva del ORAS CONHU



ANTECEDENTES

I. ANTECEDENTES:

Resoluciones y compromisos de los países andinos

El Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), es la entidad que agrupa a los ministros y ministras de salud del área Andina. Este organismo de integración subregional tiene como visión contribuir a un avance significativo en el ejercicio efectivo del derecho a la salud de su población, y su misión es: "Armonizar, articular e implementar las decisiones en materia de salud, a través de políticas públicas, planes, proyectos, investigaciones conjuntas, intercambios de experiencias e iniciativas de cooperación técnica, para combatir las desigualdades e inequidades en salud" (Resolución XXXIX/547-2021, Anexo 1). Los ministros y ministras han manifestado su preocupación por la salud sexual y reproductiva, así como por aspectos de esta que afectan a la población adolescente, en particular a aquella con presencia de mayor vulnerabilidad, siendo el embarazo en adolescentes uno de los aspectos de primordial preocupación. Desde hace más de una década, el ORAS-CONHU ha venido articulando acciones y definiendo lineamientos para abordar esta importante problemática de salud pública de nuestra región, lo que de manera sucinta se puede resumir en algunos hitos que se han concretado en la subregión Andina y, son los que se mencionan a continuación.

En el año 2007, en Reunión de Ministros de Salud del Área Andina (REMSAA), se reconocen las consecuencias del embarazo no planificado en adolescentes como un problema de salud pública dentro de la subregión, y se resuelve abordar la prevención del embarazo en adolescentes, declarando como prioritarios los planes para su prevención, para su atención integral de salud, así como para una respuesta intersectorial global (Resolución XXVIII/437-2007, Anexo 2). Surge así el Plan Andino de Prevención del Embarazo Adolescente (PLANEA, 2007-2012), coordinado por el ORAS-CONHU con el apoyo del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), Family Care Internacional (FCI) y la Organización Iberoamericana de Juventud (OIJ), como socios estratégicos. El objetivo general del PLANEA fue: "contribuir a disminuir las brechas que dificultan el acceso a los servicios de salud por parte de la población adolescente, promoviendo el ejercicio de los derechos humanos, incluidos los sexuales y reproductivos, y la equidad social y de género; con un enfoque intercultural y de participación social". El desarrollo e implementación de esta iniciativa andina ha contribuido a unificar objetivos y estrategias a nivel regional y dentro de cada país, fortaleciendo los programas nacionales de atención y prevención del embarazo en la adolescencia y erigiéndose como iniciativa catalizadora del compromiso, acciones e inversiones significativas de los gobiernos, además de favorecer una oportunidad para trabajar de manera intersectorial y con una perspectiva subregional.

En el año 2008, se definen como lineamientos principales para el trabajo articulado de las Comisiones Técnicas de este organismo andino, incluyendo la comisión de prevención del embarazo en adolescentes, la intersectorialidad y la participación social (Resolución XXIX/446-2008, Anexo 3). Reconociendo que los principales problemas de salud de la población están ligados a los determinantes sociales, y que su abordaje implica un trabajo intersectorial, integral e integrado, con activa participación social.

En octubre de 2010, los países resolvieron solicitar la continuidad del trabajo que se venía realizando, ampliarlo al área de salud materna con enfoque intercultural, otorgando prioridad a las poblaciones originarias; focalizar acciones para la prevención y el abordaje del embarazo no planificado en adolescentes menores de 14 años; abordar el tema del abuso sexual relacionado con el embarazo en adolescentes, incluidos los aspectos jurídicos relacionados con el abuso; y acordaron, definir la cuarta semana de septiembre como la "Semana Andina para la Prevención del Embarazo en Adolescentes" (Resolución XXIV/4-2010, Anexo 4). Luego, se ratifican los compromisos con relación al PLANEA y declaran la decisión de acelerar las acciones destinadas a disminuir el embarazo en adolescentes, focalizándose en las menores de 15 años y utilizando la evidencia científica, ayudando así, al cumplimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD), de El Cairo 1994, y de las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) (Declaración de Medellín-2011, Anexo 5).

Durante la REMSAA Extraordinaria XXVI del año 2011, se resuelve instruir al Comité Subregional Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes que formule una Política Andina sobre Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes, mujeres y hombres, con participación intersectorial y de jóvenes, que contribuya a que los países logren garantizar el acceso a información/consejería, a servicios de salud amigables con atención diferenciada y a métodos anticonceptivos (Resolución XXVI/3-2011, Anexo 6). En reunión técnica, el año 2012, el mismo Comité en conjunto con el Consejo Andino Asesor de Altas Autoridades de la Mujer e Igualdad de Oportunidades (CAAAMI), identificaron y priorizaron acciones intersectoriales, y delinearón la propuesta de una política andina que permitiera potenciar los esfuerzos nacionales dirigidos a prevenir el embarazo en adolescentes. El tema en discusión tuvo estrecha concordancia con las funciones del CAAAMI, esto es, realizar recomendaciones sobre la transversalización de género, el fortalecimiento de la participación de la mujer y de sus derechos, el diálogo intercultural respecto de la problemática de género e igualdad de oportunidades, con particular sensibilidad hacia los pueblos originarios, entre otras. La justificación, potencialidad y la fortaleza de articular un trabajo conjunto, resultan evidentes. A partir de ello, se logró identificar líneas de trabajo común sobre el tema de embarazo en adolescentes entre los sectores, establecer una hoja de ruta para apoyar actividades del Comité Andino, y articular acciones que permitieran cumplir con el mandato de los ministros

de salud. Desde el inicio del PLANEA, se generó evidencia como para dar un salto cualitativo, destinado a armonizar y acordar directrices reunidas en una política andina, a través de la cual los países dejaran establecido el marco de actuación con el que se orientarían leyes, planes, programas y, en general, toda gestión pública destinada a dar respuesta a compromisos y acuerdos adquiridos, para abordar las necesidades de salud sexual y reproductiva en la adolescencia y, en particular, la prevención del embarazo. Es así como se elabora y acuerda la Política Andina: Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes con énfasis en la Prevención del Embarazo Adolescente, aprobada por Resolución en REMSAA del año 2012 (Resolución XXXIII/478 – 2012, Anexo 7). En esta se incorporan los enfoques estratégicos acordados en las reuniones antes mencionadas, a fin de dar respuesta a las necesidades adolescentes en esta área de la salud y, en particular, para abordar la problemática del embarazo en la adolescencia en la subregión andina ¹.

En reunión de mayo del año 2017, los países miembros resolvieron incrementar los esfuerzos intersectoriales, enmarcando las acciones en enfoques transversales que posibilitaran el ejercicio y reconocimiento de los derechos humanos, los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente, los contextos culturales, la igualdad de género y la participación social. Asimismo, resolvieron aprobar el Plan Andino para la Prevención y Reducción del Embarazo en Adolescentes con enfoque integral 2017-2021, elaborado con apoyo del UNFPA, e instruir al ORAS-CONHU a establecer alianzas estratégicas que permitieran la implementación de dicho Plan (Resolución XXXVI/515 - 2017, Anexo 8).

En la REMSAA realizada a fines del año 2018, se reconocen avances alcanzados en la Subregión, entre los que se destacan: el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes; normas y políticas enfocadas en la prevención y reducción del embarazo en la adolescencia mediante abordajes integrales; mejoría en el acceso a una atención integral amigable y diferenciada para adolescentes, que incluye consejería y acceso a métodos anticonceptivos; los aportes realizados hasta la fecha por el Plan Andino 2017-2021 y la instauración de la semana Andina de Prevención del Embarazo en Adolescentes en la Región. Sin embargo, a pesar de estos logros y de los esfuerzos de los Estados, es posible observar que la tasa específica de fecundidad adolescente en la subregión ha disminuido en algunos países, pero ello ha ocurrido a un ritmo menor a lo esperado, y se ha mantenido e incluso incrementado, en otros. Resuelven, entonces, ratificar la importancia de destacar los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes a lo largo de la implementación del Plan Andino, y se decide enfatizar en algunas líneas de acción entre las que se mencionan:

¹ Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue. Política Andina: Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes con énfasis en Prevención del Embarazo Adolescente / Lima: ORAS-CONHU; 2013: <http://orasconhu.org/portal/sites/default/files/file/webfiles/doc/POL%C3%8DTICA%20ANDINA%20SSR%20PEA%202013.pdf>



considerar los aportes del diagnóstico actualizado sobre la situación para la toma de decisiones; velar por la implementación del Plan Andino para la Prevención y Reducción del Embarazo en Adolescentes, con enfoque integral 2017-2021, ampliado al 2022; fortalecer estrategias de prevención y manejo del embarazo, asociado a violencia sexual en las menores de 15 años; establecer una alerta periódica sobre el incremento de casos y sobre la instalación de estándares de calidad en servicios de salud para adolescentes; fortalecer acciones comunicacionales como la Semana Andina y otras; liderar acciones intersectoriales, en particular con el sector educación, las que estarían destinadas a abogar e implementar la educación integral de la sexualidad, de manera universal y con calidad, así como también para evitar la desescolarización de las adolescentes embarazadas. En cuanto a los servicios, fortalecer la mejoría en acceso y cobertura de los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) para adolescentes, incluyendo acceso a métodos anticonceptivos de larga duración, así como la protección para la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH. Finalmente, se instruye al Comité Andino evaluar la factibilidad de mapear la situación del embarazo en adolescentes en pueblos indígenas, afrodescendientes y otros (Resolución XXXVII/523 -2018, Anexo 9).

Ante los avances alcanzados y las nuevas evidencias, el presente documento viene a actualizar la Política Andina: Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, con énfasis en la Prevención del Embarazo Adolescente del año 2012, acorde con el trabajo sólido y consistente que han venido realizando los países de la subregión, articulados para estos efectos por el ORAS-CONHU, con la colaboración de socios estratégicos. Una política Andina de salud sexual y reproductiva para adolescentes, con énfasis en la prevención del embarazo en la adolescencia, basada en el contexto del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas, contribuye a la construcción de una subregión que resguarda las oportunidades, para que su población adolescente pueda alcanzar su máximo potencial de desarrollo humano y de bienestar integral, esforzándose por combatir las desigualdades que afectan a aquellos adolescentes en situación de mayor vulnerabilidad.



JUSTIFICACIÓN

II. JUSTIFICACIÓN

Desde los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), fijados el año 2000, se avanzó al consenso de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), consensuados el año 2015 en la Organización de Naciones Unidas. Se considera que estos constituyen una oportunidad, para que los países y sus sociedades emprendan un nuevo camino para mejorar la vida de todos, sin dejar a nadie atrás ². El ODS 3, se enfoca en la salud y plantea avanzar hacia “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, aun cuando los 17 ODS abordan temas que impactan en la salud. De ello se desprende que la Agenda 2030, sea considerada una plataforma poderosa para ampliar los esfuerzos multisectoriales que enfrentan las brechas persistentes en la salud, vinculadas con los determinantes sociales, económicos y ambientales.

La Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030), fue también generada el año 2015. En ella se incorpora por primera vez, de manera explícita, a la población adolescente. La visión de dicha estrategia es, forjar de aquí al 2030, un mundo en el que el conjunto de las mujeres, los niños y los adolescentes, en todos los entornos, logren sus derechos a la salud y al bienestar físicos y mentales, tengan oportunidades sociales y económicas y puedan participar plenamente en la configuración de unas sociedades prósperas y sostenibles ³.

Los cambios demográficos están determinando que América Latina y el Caribe cuenten con la mayor cohorte de adolescentes y jóvenes de su historia, el número de personas jóvenes era de 155 millones el año 2000 y, se esperan 163 millones para el año 2025. Los adolescentes y jóvenes juegan un papel importante en la sociedad y constituyen alrededor del 30 % de la población de Latinoamérica y el Caribe. Los adolescentes han sido considerados un subconjunto saludable de la población, por lo que ha sido difícil hacer visibles y priorizar en los países, sus necesidades de salud. Hoy se sabe que invertir en la salud adolescente, tiene al menos un triple beneficio: para ellos mismos ahora, para su vida adulta en el futuro y para la generación venidera. Además, su salud y su bienestar son motores de cambio en el impulso constructor de sociedades más saludables y más sostenibles.

² ONU. Objetivos de Desarrollo Sostenible. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>

³ Todas las mujeres, todos los niños 2015. Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente. Sobrevivir, Prosperar, Transformar. (2016-2030): https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), proteger la salud y el bienestar de adolescentes y jóvenes es una prioridad. Destacan que la mayoría de los jóvenes goza de buena salud, pero que la mortalidad prematura, la morbilidad y las lesiones por causas externas, siguen siendo considerables y catalogan la violencia juvenil como un problema mundial de salud pública. Afirman también, que el embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuye a la mortalidad materna e infantil, así como al círculo de enfermedad y pobreza ⁴.

Los Estados Miembros de la OPS, adoptaron el año 2018, el Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018-2030. Este plan de acción se basa en cuatro líneas estratégicas complementarias y que se refuerzan mutuamente: fortalecer un entorno normativo transformador, a fin de reducir las inequidades en materia de salud que los afectan; promover la salud y el bienestar universales, efectivos y equitativos para todas las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes en sus familias, escuelas y comunidades a lo largo del curso de la vida; ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, integrados y de buena calidad que se centren en las personas, las familias y las comunidades; y fortalecer los sistemas de información para la recolección, disponibilidad, accesibilidad, calidad y difusión de información estratégica ⁵.

La guía de la OPS, Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!), presenta argumentos favorables para la adopción de un enfoque de "salud de los adolescentes en todas las políticas", y plantea un modelo de participación acorde con la consigna "nada sobre nosotros sin nosotros". Recalca también que los Gobiernos deben priorizar las medidas que aplican, de acuerdo con los perfiles de las enfermedades y los factores de riesgo de lesiones de su población adolescente y con la rentabilidad de las intervenciones, sin olvidar que sus necesidades de salud se intensifican en los entornos frágiles y de emergencias humanitarias ⁶.

El Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, en la Observación General N. ° 20, sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia, enfatiza acerca de las oportunidades que ofrece esta etapa de la vida y los retos que plantea, promueve la comprensión y el respeto por el desarrollo evolutivo de los adolescentes, y

⁴ PAHO. Salud del adolescente <https://www.paho.org/es/temas/salud-adolescente>

⁵ PAHO. Plan de Acción para la Salud de la Mujer, el Niño, la Niña y Adolescentes 2018-2030 <https://www.paho.org/es/documentos/plan-accion-para-salud-mujer-nino-nina-adolescentes-2018-2030>

⁶ OMS/OPS. (2018). Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!): Orientación para la aplicación en los países ISBN: 978-92-75-32013-6. <https://www.paho.org/es/documentos/aceleracion-mundial-medidas-para-promover-salud-adolescentes-guia-aa-ha-orientacion-para>

sus consecuencias para hacer efectivos sus derechos, también aborda específicamente los temas de salud sexual y reproductiva en la adolescencia. El Comité insta a los Estados a que adopten políticas de salud sexual y reproductiva para adolescentes, que sean amplias, que incluyan una perspectiva de género y que sean receptivas a las cuestiones relativas a la sexualidad y recalca, además, que un acceso desigual para adolescentes a la información, los productos básicos y los servicios, equivale a discriminación. Manifiesta que todos los adolescentes deben poder acceder a servicios, información y educación en materia de salud sexual y reproductiva, en línea o presenciales, gratuitos, confidenciales, adaptados a sus necesidades y no discriminatorios. Explicita que estos servicios deben cubrir, entre otros aspectos, la planificación familiar y los métodos anticonceptivos incluidos los de emergencia, la prevención, la atención y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, el asesoramiento, la atención antes de la concepción, los servicios de salud materna y la higiene menstrual. Respecto de posibles barreras, la Observación señala que el acceso a la información y a los servicios, no debería verse obstaculizado por, entre otros factores, el requisito de consentimiento o la autorización de terceros y considera necesario poner un especial interés, en superar barreras como el estigma y el miedo que dificultan más el acceso a grupos particulares, como las niñas con discapacidad y los adolescentes LGTBIQ+. El Comité insta también, a los Estados, a que despenalicen el aborto, de modo que las niñas puedan abortar en condiciones seguras y ser atendidas tras hacerlo, así como a que revisen su legislación para asegurar que se atienda el interés superior de las adolescentes embarazadas, se escuche y se respete siempre su opinión en las decisiones relacionadas con el aborto⁷.

Una evaluación a nivel internacional muestra que, a 25 años de la CIPD de El Cairo de 1994, se ha producido un progreso notable, aunque desigual, en los indicadores de Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia (SSRA) y, probablemente, un progreso mayor que en otras áreas de la salud adolescente. Mejoras concretas como, por ejemplo, que en la actualidad las adolescentes tienen más probabilidades de retrasar la edad del primer matrimonio, la primera relación sexual y el primer nacimiento, y que es más probable que usen métodos anticonceptivos y accedan a atención de salud materna. En contraste, en otros temas aún queda mucho por avanzar, como por ejemplo que la población adolescente sería el único grupo de edad en el que las muertes relacionadas con el VIH no están disminuyendo, y los niveles de otras infecciones de transmisión sexual (ITS) son altos y están aumentando; se carece de datos fiables sobre los niveles de aborto inseguro, entre las adolescentes y sus consecuencias en mortalidad y morbilidad. Una proporción inaceptablemente alta de niñas

⁷ Naciones Unidas. Comité de los Derechos del Niño. Observación General núm. 20 (2016) sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia. https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2fC%2fGC%2f20&Lang=en

adolescentes experimenta violencia física y/o sexual, por parte de su pareja íntima ⁸.

La revisión sobre el estado de la SSRA publicada el 2019, observa que la investigación en esta área ha estado centrada en resultados que atañen a la salud física, y menos en aspectos psicosociales ligados a esta y que, si bien la adolescencia es, en general un período vulnerable, características de subgrupos específicos se entrecruzan para aumentar esta vulnerabilidad. En particular, adolescentes de diversa orientación sexual e identidad de género, adolescentes en contextos de situaciones humanitarias y adolescentes de hogares encabezados por niños, son grupos poco investigados, pero que la evidencia emergente sugiere que estas circunstancias tienen un impacto importante para su salud y sus derechos sexuales y reproductivos (SDSR). Confirma también, que la persistencia del embarazo y el parto en la adolescencia, entre los pobres de América Latina y el Caribe es motivo de especial preocupación, ya que el desarrollo de los países, por sí solo, no parece provocar cambios en ese indicador. Las causas culturales y sociales de este fenómeno merecerían un estudio más detenido. En suma, si bien ha habido muchos avances, queda mucho más por hacer, para garantizar que todos los adolescentes tengan derecho a tomar sus propias decisiones libres e informadas, y a tener control sobre su salud y vida sexual y reproductiva, libres de coacción, violencia, discriminación y abuso ⁹. Es importante reconocer y aprender de los éxitos preliminares y del creciente compromiso de los actores globales, regionales y nacionales, para abordar los asuntos pendientes. Se considera que el progreso logrado en SSRA representa una oportunidad, mejor que nunca antes, para construir y expandir estos logros, así como contribuir a mejorar la salud y el desarrollo adolescente de manera más amplia ¹⁰.

A escala mundial, nuestra región de América Latina y el Caribe se caracteriza por un alto nivel de fecundidad adolescente, que no desciende al mismo ritmo en comparación con las tasas globales de fecundidad de sus respectivos países, y que sigue ocupando el segundo lugar a nivel mundial. Si bien ha habido avances en la subregión Andina, se requiere continuar con los esfuerzos para alcanzar resultados más promisorios. Las consecuencias

⁸ WHO. The changing world of adolescent sexual and reproductive health and rights. <https://www.who.int/news/item/03-02-2020-the-changing-world-of-adolescent-sexual-and-reproductive-health-and-rights>

⁹ Mengjia Liang, M.S. et al. (2019). The State of Adolescent Sexual and Reproductive Health. *Journal of Adolescent Health* 65 S3eS15. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.09.015>

¹⁰ Chandra-Mouli, V., Akwara, E., Engel, D., Plessions, M., Mengistu Asnake, M., Mehra, S., Dick, B., & Ferguson, J. (2020). Progress in adolescent sexual and reproductive health and rights globally between 1990 and 2016: what progress has been made, what contributed to this, and what are the implications for the future? *Sexual and Reproductive Health Matters*, 28(1), 1741495. DOI: 10.1080/26410397.2020.1741495

de las gestaciones en la adolescencia son múltiples, sitúan a adolescentes y a sus hijos en condiciones vulnerables frente a la vida y se observan implicancias directas sobre la salud, tanto de la madre adolescente como de sus hijos, así como también implicancias en el área de la educación, económicas y laborales, implicancias de género e impacto en las familias de origen de las y los adolescentes ¹¹. Para medir el progreso en esta temática de salud con miras a alcanzar el logro de los ODS, sin dejar a nadie atrás, se requiere de un mayor desglose de los datos de fecundidad adolescente, ya que aún se observan brechas de avance entre y al interior de los países, en particular en lo que respecta a los grupos en mayores condiciones de vulnerabilidad y en las adolescentes más jóvenes ¹².

El derecho a la salud sexual y reproductiva ha sido ampliamente discutido y, más aún, consensuado como un derecho humano desde los años 90, a partir de las CIPD y sus consecutivas declaraciones. Sin embargo, aún persisten dificultades para reconocer que estos derechos también corresponden a las personas jóvenes, y que dichos derechos constituyen bienes imprescindibles para que construyan su identidad de forma autónoma y, que están en la base de sus proyectos de vida.

En la actualidad, es posible señalar que diferentes leyes y normas que rigen en cada uno de los países andinos y en la región en su conjunto, garantizan los derechos adolescentes en relación con la toma de decisiones respecto a su sexualidad y a la SSR, incluido en algunos el derecho al acceder gratuitamente a los servicios especializados. A pesar de ello, eso no impacta de manera similar en todos los territorios. El informe de la reunión técnica realizada por UNFPA-OPS-UNICEF el año 2016, tiende a acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe, confirma que la falta de información y el acceso restringido a una educación sexual integral y, a servicios de salud sexual y reproductiva adecuados, inciden directamente en el embarazo adolescente. Destaca también, las inequidades que se observan en este tema de salud, como que las niñas adolescentes sin educación o con solo educación primaria, tienen cuatro veces más posibilidades de quedar embarazadas, que adolescentes con educación secundaria o terciaria; que la probabilidad de empezar a concebir hijos es entre tres y cuatro veces mayor en las adolescentes de hogares en el quintil inferior, en comparación con las que viven en los quintiles socioeconómicos más altos en el mismo país; y que las niñas indígenas, en

¹¹ ORAS-CONHU. Plan Andino para la Prevención y Reducción del Embarazo en Adolescentes 2017-2022. <http://orasconhu.org/portal/sites/default/files/file/webfiles/doc/PLAN%20ANDINO%20DE%20PREVENCION%20Y%20REDUCCION%20DEL%20EMBARAZO%20EN%20ADOLESCENTES.pdf>

¹² Neal, S., Harvey, C., Chandra-Mouli, V., Caffee, S., and Camacho, A.V. (2018). Trends in adolescent first births in five countries in Latin America and the Caribbean: disaggregated data from demographic and health surveys. *Reproductive Health*, (15)146. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0578-4>

particular de las áreas rurales, también tienen una mayor probabilidad de tener un embarazo a temprana edad. Dicho informe plantea una serie de recomendaciones para reducirlo, concordantes con lo señalado en la Política Andina del año 2012 y que se actualizan en el presente documento, y confirman la pertinencia de implementar recomendaciones como promover medidas y normas que prohíban el matrimonio infantil y las uniones tempranas antes de los 18 años ¹³. Otras recomendaciones para la acción, instan a apoyar programas de prevención del embarazo basados en la evidencia, que involucren a varios sectores y que se enfoquen a trabajar con los grupos con presencia de mayor vulnerabilidad; aumentar el uso de métodos anticonceptivos; prevenir las relaciones sexuales bajo coacción; reducir significativamente la interrupción del embarazo en condiciones peligrosas; aumentar el uso de la atención calificada antes, durante y después del parto; incluir la participación adolescente en el diseño e implementación de los programas de prevención; y crear y mantener un entorno favorable para la igualdad entre sexos, la salud y los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes ¹⁴.

Cabe aquí destacar la particular preocupación que merece el embarazo en adolescentes menores de 15 años, no solo por los riesgos de salud que esta situación implica para las niñas y, cuyo riesgo de muerte materna se estima en el doble que, en las mujeres de una edad mayor en los países de bajos y medianos ingresos, sino también porque la gran mayoría de estas gestaciones son involuntarias, no deseadas y se relacionan con situaciones de uniones tempranas o de violencia sexual. Las legislaciones de la mayoría de los países consideran que relaciones sexuales con mujeres de la edad mencionada, se trata de situaciones de abuso o violación. En países en que la interrupción del embarazo por causa de violación está permitida, las adolescentes deben ser informadas sobre sus derechos y la legislación respectiva. Nuestra región sería la única con una tendencia en aumento en el número de embarazos en adolescentes de 10 a 14 años.

La demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos en adolescentes sigue siendo significativa, por ese motivo el sector salud debe potenciar los esfuerzos para la prevención del embarazo repetido o subsecuente en la adolescencia. Por ello, la continuidad de la atención antes y después del parto por personal calificado, es importante. La atención de salud no finaliza con el parto, embarazos repetidos en la adolescencia pueden tener mayores impactos en la salud y en el desarrollo tanto de la madre, así como de sus hijos, por

¹³ OMS-UNFPA. (2012). Prevención del embarazo precoz y de los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78253/WHO_FWC_MCA_12_02_spa.pdf?jsessionid=40A9F0445628A9D2DE4C5F99AF491FB3?sequence=1

¹⁴ OPS/OMS-UNFPA-UNICEF. (2018). Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Informe de consulta técnica. (29-30 agosto 2016, Washington, D.C., EE. UU.). https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ESP-EMBARAZO-ADOLESC-14febrero%20FINAL_5.PDF

lo que el realizar consejería y otorgar acceso a métodos anticonceptivos, en lo posible de larga duración, son tareas imperativas del sector salud.

■ **Embarazo en la adolescencia:** logros y avances en abordaje y prevención en la subregión Andina

El embarazo en la adolescencia se considera un problema de salud pública, de derechos humanos y de desarrollo, como ya fue mencionado y según ha sido reconocido en reuniones de ministros y ministras de salud de los países andinos. Se considera que nuestra región ha logrado importantes avances en la mejora de la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes en los últimos años, pero la mortalidad en la adolescencia debido en su mayor parte a causas prevenibles, ha permanecido estacionaria o ha aumentado, y el embarazo en adolescentes sigue siendo inadmisiblemente alto.

A partir del acuerdo de la Política Andina: Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes con énfasis en Prevención del Embarazo Adolescente, aprobada el año 2012, ha habido notorios avances en los países andinos, en particular en el área legislativa, en el desarrollo de políticas, programas y normativas, focalizadas en el reconocimiento de los derechos y en la protección de la SSR y del bienestar adolescente. Estas normativas se han elaborado acordes con los lineamientos señalados en dicha política, es decir, considerando un enfoque integral de la salud en un marco de derechos humanos, incluidos los derechos sexuales y reproductivos, con perspectiva de género, reconocimiento por la más amplia diversidad, incluida la diversidad étnica, cultural y territorial, con participación adolescente y con abordaje intersectorial, entre otros.

Entre los avances observados en términos normativos en los países, se pueden mencionar los siguientes:

Bolivia: el Plan Plurinacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes y Jóvenes PPPEAJ 2015-2020

Chile: la Política de Niñez y Adolescencia 2015-2025; el Plan de Acción Niñez y Adolescencia 2018-2020; la Política de Salud Sexual y Reproductiva de 2018 y; la Política Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes 2008-2015

Colombia: la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (2010) y; la Estrategia de atención integral para niños, niñas y adolescentes con énfasis en prevención del embarazo en la infancia y adolescencia, 2015-2025

Ecuador: el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2017-2021; la Política Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes 2018-2025; la Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (2018) y; el Código de la niñez y adolescencia (2003- Modif. 2019)

Perú: la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de Adolescentes 2019; la Política Nacional Multisectorial para las Niñas, Niños y Adolescentes 2030 y; el Plan Multisectorial de Prevención del Embarazo en Adolescente 2013-2021

Venezuela: La Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (LOPNNA) y; los Protocolos Clínicos de Atención Integral a las y los Adolescentes-2013; Servicios del Primer y Segundo Nivel de Atención, del Ministerio del Poder Popular para la Salud.

Los países han mostrado un compromiso real con el objetivo de prevenir y disminuir el embarazo en adolescentes, manteniendo el tema en la agenda pública, considerándolo junto a sus determinantes como un problema de salud pública, de desarrollo, de derechos humanos, así como de inequidades (sociales y económicas) y desigualdades de género y de violencia sexual. Ese compromiso se ha traducido en que se han conformado comisiones nacionales; se han implementado intervenciones intersectoriales, considerando también una mirada con pertinencia cultural; se ha promovido la educación integral de la sexualidad; y se ha avanzado en la implementación de espacios de salud amigables para adolescentes, incluyendo el acceso a métodos anticonceptivos. Sin embargo, más allá de esos avances y los mencionados en el ámbito normativo y legal, aún queda por progresar a fin de eliminar barreras para hacer realidad a nivel territorial, de manera universal, estos avances.

Se requiere focalizar esfuerzos para seguir eliminando brechas de cobertura, de modo que puedan también beneficiarse: la población adolescente menor de 15 años, la de nivel rural y de otros territorios marginados y, en general, adolescentes que pertenecen a los sectores con mayores condiciones de vulnerabilidad.

De acuerdo a los datos disponibles, las estimaciones de la tasa específica de fecundidad en adolescentes para los países de la subregión Andina, ha evolucionado en las últimas dos décadas, según se presenta en la tabla a continuación.

En algunos países se gestionan los datos de fecundidad desagregados por quinquenios de edad, dada la importancia de hacer visible el embarazo en menores de 15 años. La disminución del embarazo en adolescentes es un compromiso en todos los países de la subregión Andina, algunos han logrado alcanzar mejores indicadores que los proyectados, según se puede apreciar en el listado siguiente:

Evolución de la Tasa de Fecundidad en Adolescentes de 15 a 19 años en países andinos (2000- 2015)

País	2000 - 2005*	2005 - 2010*	2010 - 2015*	2015 - 2020*
Bolivia	87,9	81,9	72,6	64,9
Colombia	86,3	63,7	57,7	66,7
Chile	54,5	52,7	49,3	41,1
Ecuador	82,5	83,0	77,3	79,3
Perú	61,5	54,7	52,1	56,9
Venezuela	88,0	82,6	80,9	85,3
América del Sur	78,1	68,6	66,0	62,9
Mundo**	53,1	49,2	46,7	42,5

*Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Informe de consulta técnica (2018).

**Fuente: Tasa específica de fecundidad por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años. Datos tomados de United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). World Population Prospects 2019, Online Edition. Rev. <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Fertility/> (consultado el 30-09-2021)

Bolivia: TFA de mujeres de 15 a 19 años para el año 2019: 63. (Fuente: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.ADO.TFRT>).

Colombia: TFA en mujeres de 15 a 19 años para el año 2020: 53,78. Se observa una disminución de más de 4 puntos con relación al año anterior. (Fuente: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-redujo-la-tasa-de-embarazo-adolescente--.aspx>).

Chile: TFA para el año 2018: mujeres de 10 a 19 años: 11,7; desagregada para mujeres de 15 a 19 años: 22,5; y en mujeres de 10 a 14 años: 0,7. (Fuente: http://simpo.minsal.cl/monitoreo_indicadores/dashboard).

Ecuador: TFA para el año 2020, mujeres de 10 a 14 años: 2,0; y mujeres de 15 a 19 años: 54,6. (Fuente: INEC. Registro Estadístico de Nacidos Vivos, años 2011-2020).

Perú: TFA para el año 2020, de 15 a 19 años: 39; y para el grupo de 12 a 14 años: 2. Importantes diferencias se observan al comparar indicadores de adolescentes de zonas urbanas versus rurales: TFA de 15 a 19 años a nivel urbano: 32 y rural: 69. (Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2020).

Venezuela: TFA de mujeres de 15 a 19 años en 2019: 85. (Fuente: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.ADO.TFRT>).

Más allá de la mejoría de los indicadores que es posible observar, los avances no han sido similares y se mantienen diferencias importantes al interior de los países. Es posible que un factor de los más complejos de intervenir, sean las normas sociales y culturales, en particular las relacionadas con el género, las que determinan patrones sociales de comportamiento y pueden limitar y/o facilitar las decisiones, necesidades, oportunidades y expectativas cotidianas. Particular preocupación merece el proporcionar apoyo adicional a grupos de adolescentes frecuentemente marginados, desfavorecidos y/o sujetos a discriminación, para poder abordar las brechas existentes. Un análisis sobre los primeros nacimientos y que incluyó algunos países de la subregión, confirma que los partos de mujeres jóvenes son mucho más comunes entre las más pobres y las que viven en áreas rurales, siendo esto particularmente cierto para las mujeres jóvenes que dan a luz a edades muy tempranas, antes de los 16 años ¹⁵.

Un punto especial a destacar entre los avances, es la lograda participación adolescente promovida inicialmente por el PLANEA y ahora con el Plan Andino de Prevención y Reducción del Embarazo en Adolescentes 2017 – 2022, con el fin de fortalecer su inclusión activa en el diálogo político en el ámbito del desarrollo y derechos sexuales y derechos reproductivos, incluyendo la prevención del embarazo ¹⁶. Los países andinos han constituido Consejos Consultivos de Adolescentes, cuyo objetivo principal es estimular la organización y participación adolescente a distintos niveles: nacional, regional y comunal. Existe conciencia acerca de la relevancia que tiene el aporte adolescente en la búsqueda de soluciones a las problemáticas que los afectan y, por lo tanto, es necesario convocarlos a formar parte de las soluciones, promoviendo que sean incluidos a participar desde el momento del diseño, la planificación, la ejecución, la evaluación y hasta en la rendición de

¹⁵ Sarah Neal, Chloe Harvey, Venkatraman Chandra-Mouli, Sonja Caffè and Alma Virginia Camacho. (2018). Trends in adolescent first births in five countries in Latin America and the Caribbean: disaggregated data from demographic and health surveys. *Reproductive Health*, 15:146. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0578-4>

¹⁶ Dra. María del Carmen Calle Dávila. Plan Andino de Prevención y Reducción del Embarazo Adolescente 2017-2022. Presentación realizada en el 3er Foro Diálogo Intergeneracional sobre la Prevención del Embarazo en Adolescentes, organizado por ORAS-CONHU. <http://orasconhu.org/portal/sites/default/files/Plan%20andino%20PEA%20Foro%20ORAS%20CONHU.pdf>

cuentas de las intervenciones de salud que se realicen. Se asegura así, por una parte, la pertinencia de la implementación de las diferentes iniciativas y, por otra parte, se promueve el empoderamiento y el compromiso adolescente, respetando la mirada generacional que las acciones deben contemplar.

Entre las actividades en que ha sido posible hacer visible esta participación, se pueden mencionar las acciones que se realizan durante la Semana Andina de Prevención del Embarazo en Adolescentes. En la voz de las adolescentes, se escucha que si bien valoran y reconocen la importancia de participar y los espacios que se les ofrecen, solicitan avanzar más allá y ser incluidas también en la toma de decisiones ¹⁷.

SSRA en situaciones de emergencia: COVID-19

La particular situación de salud pública que afecta al mundo desde fines del año 2019, hace imperativo una mención al tema de la SSR durante situaciones de emergencia, en este caso durante la pandemia de la COVID-19, en especial para el grupo etario adolescente. La urgencia de responder de manera rápida y efectiva a las demandas de salud generadas por una epidemia, obliga a los sistemas de salud a redireccionar y focalizar los recursos en la emergencia, dejando de lado otros requerimientos de salud de las personas. Las necesidades en el área de la SSR siguen presentes y si los servicios para adolescentes ya eran limitados, es probable que estén aún menos disponibles en pandemia, e incluso que puedan ser olvidados. Las interrupciones de la cadena de suministros, limita aún más la disponibilidad de anticonceptivos para adolescentes y de otros productos básicos de SSR, afectando la continuidad del uso de métodos para la prevención del embarazo y de las ITS.

Jóvenes en situaciones de especial vulnerabilidad como los de familias rurales y de bajos ingresos, aquellos con niveles inferiores de educación, así como jóvenes indígenas y afrodescendientes, ya presentan cargas desproporcionadas de mala salud y se espera que también experimenten consecuencias más severas por la pandemia de la COVID-19. Otros grupos específicos a considerar son los jóvenes LGBTIQ+, que generan preocupación porque las medidas de confinamiento durante la pandemia, los aíslan de sus sistemas de apoyo habituales y contribuyen a aumentar el estrés, la ansiedad y la soledad; y adolescentes migrantes y refugiados, ya que la pandemia tiene también importantes implicaciones socioeconómicas y humanitarias.

En situaciones de crisis humanitarias y de salud pública como esta, en que se requiere aplicar

¹⁷ ORAS-CONHU. IV FORO INTERNACIONAL. Desafíos para el Empoderamiento de las Niñas y Adolescentes para la Prevención de Embarazo en Adolescentes en la Región Andina y Centroamericana. <https://www.youtube.com/watch?v=cJEISKhZEoE>

medidas estrictas como el confinamiento prolongado y el cierre de las escuelas, se afecta el proceso de desarrollo educativo y, al mismo tiempo, se genera la pérdida de factores críticos de protección, ya que se debilita y restringe el acceso a redes de apoyo social para adolescentes: pares, adultos, servicios de salud. Esta situación obliga a generar de manera aún más proactiva, nuevas propuestas para acoger sus necesidades, promover su bienestar emocional y prevenir embarazos no deseados, ITS y enfrentar los riesgos de violencia y abusos. Se recomienda identificar oportunidades, en que adolescentes y jóvenes puedan participar de manera segura para abordar la salud y los derechos sexuales y reproductivos en este contexto de pandemia, y que los servicios de consejería y entrega de anticonceptivos se puedan integrar en otros servicios esenciales que los jóvenes podrían buscar durante la emergencia de salud pública, de manera que no se deje esa necesidad desatendida ¹⁸.

Una buena práctica a compartir son las actividades que ha realizado el ORAS-CONHU durante la pandemia por la COVID-19, destinadas a fortalecer a los profesionales relacionados con la salud integral del adolescente, abordando la situación de los servicios de SSR para adolescentes, el impacto en la salud mental y realizando talleres de capacitación para proveedores en consejería específica para adolescentes ¹⁹.

Más allá de las consecuencias directas en salud que produce la pandemia, en términos de morbilidad y mortalidad debida al virus SARS-CoV-2, aún no hay claridad, respecto del impacto que pueda tener en la población adolescente en distintos ámbitos, pero es probable que se observe un retroceso de lo avanzado en el área de la SSRA en la región. Particular preocupación ha generado el área de la salud mental, como ya se dijo, la interrupción de la educación y el estrechamiento del entorno social, la pérdida de ingresos familiares y una mayor exposición a la violencia, son algunos de los factores que han impactado la salud y el bienestar de los jóvenes en el contexto de la crisis de la COVID-19 ²⁰.

¹⁸ Declaración de IAAH y FP2020 sobre SDRS adolescente y COVID-19: Borrador 23 de julio 2020. https://familyplanning2020.org/sites/default/files/COVID/IAAHstatement_sp_8-10-2020.pdf

¹⁹ Organismo Andino de Salud, Convenio Hipólito Unanue. <http://orasconhu.org/portal/>

²⁰ Pan American Health Organization. (2021). Mitigating the Direct and Indirect Consequences of COVID-19 on the Health and Well-Being of Young People in the Americas. PAHO/FPL/HL/COVID-19/21-0037. <https://www.paho.org/en/documents/mitigating-direct-and-indirect-consequences-covid-19-health-and-well-being-young-people>

LAS ADOLESCENCIAS

La adolescencia es definida por la OMS como la etapa de la vida entre los 10 y los 19 años. En esta etapa emergen necesidades específicas de salud relacionadas con el rápido desarrollo biológico, psicológico, cognitivo y social, y tanto las necesidades como los perfiles epidemiológicos varían entre las franjas etarias y entre los sexos, según contextos, entre otros factores. Por ello, si bien es posible definir características propias de esta etapa del desarrollo, resulta pertinente hablar de las adolescencias, dada la diversidad de realidades que se perfilan y ante las cuáles se enfrenta el desafío de responder (2016, pp. 16-23) ²¹.

Según el documento de la OMS, Salud para los adolescentes del mundo, los adolescentes ocupan un lugar destacado en las nuevas agendas sanitarias y se promueve ampliar la preocupación de los primeros mil días a las primeras mil semanas de vida, considerando que la segunda década de la vida ofrece una segunda oportunidad importante para la salud. Muchos de los comportamientos relacionados con la salud y las afecciones determinantes de las principales enfermedades no transmisibles suelen presentarse por primera vez, o verse reforzados, durante la segunda década de vida, por ello plantea focalizar, de manera especial, la atención en la salud en los años cruciales de la adolescencia ²². Desde el punto de vista de las necesidades de salud, en el grupo etario de 10 a 14 años se podrá observar un perfil de morbilidad más pediátrico, con predominancia de enfermedades agudas como las respiratorias, digestivas y otras infecciosas, en cambio en el grupo de 15 a 19 años, emerge en las mujeres el ámbito de la salud sexual y reproductiva y, en los hombres, predominan las causas externas como los accidentes y violencias.

La adolescencia ofrece oportunidades para promover el desarrollo integral en consonancia con un enfoque basado en los derechos humanos, que incluya el reconocimiento y el respeto de la dignidad y la capacidad de acción de los propios adolescentes, el empoderamiento, la ciudadanía y participación activa en sus propias vidas. Condiciones particulares se articulan para destacarla como un momento de oportunidad para el empoderamiento adolescente, como es el proceso de desarrollo intelectual y la definición de identidad; la consolidación, desafío o transformaciones de los roles de género; la promoción de la resiliencia y la inclusión social.

Educar y orientar sobre eventos puberales significativos ofrece una buena oportunidad de promoción y prevención en salud. En los últimos años, la salud menstrual ha surgido

²¹ Luengo Ch., M. X. (2003). Características de la adolescencia normal. En R. Molina, J. Sandoval y E. González. (Eds.). Salud Sexual y Reproductiva del Adolescente. (pp. 16-23). Editorial Mediterráneo.

²² OMS. (2014). Salud para los adolescentes del mundo. Una segunda oportunidad en la segunda década.

como un punto de entrada importante para discutir temas de pubertad, género, salud reproductiva y sexualidad con mujeres jóvenes, cuyo conocimiento y comprensión de la menstruación son muy variables y, a menudo, escasos entre las adolescentes. La falta de conocimiento coincide con el estigma en torno a la menstruación, con una percepción cultural como de algo que genera vergüenza y sobre lo que no se conversa. Se esperaría que la educación integral en sexualidad ayude a mejorar, entre otros temas, la comprensión de la menstruación y a disipar creencias y prácticas, reduciendo el estigma y otorgando a las niñas una mayor libertad. Promover el empoderamiento de las mujeres jóvenes, grupo habitualmente más postergado; se considera importante porque contribuye a mejorar sus habilidades para negociar y tomar decisiones informadas, constituyéndose en un elemento protector, por ejemplo, para reducir el riesgo de embarazo y de ITS ^{23, 24}.

Existen otros grupos particulares de adolescentes que plantean desafíos como, por ejemplo, la población adolescente LGBTQI+, personas que viven con discapacidad, aquellos institucionalizados, en situación de migración o en situación de calle, porque se conoce menos sobre sus necesidades de salud y con frecuencia son invisibles a la oferta de servicios, así como también, a las iniciativas de promoción y prevención de salud. Muchas veces la oferta de servicios no resulta pertinente a sus requerimientos, la salud reproductiva eclipsa las necesidades de salud sexual, sumando así nuevos factores de vulnerabilidad, por lo que deben ser grupos prioritarios de preocupación para los proveedores de servicios de salud. Como ya ha sido dicho, la población adolescente es un grupo heterogéneo y si bien todos tienen necesidades relacionadas con la SSR, algunos tienen mayores necesidades y enfrentan barreras más difíciles de sortear que otros. Por ello, una exploración con mayor profundidad respecto de los grupos que presentan mayores inequidades en salud, se hace necesaria. En esos grupos de adolescentes, muchas veces se entrelazan diversas discriminaciones, como por ejemplo de género, de etnia, de ingresos y otras que se interseccionan. Esta mirada de interseccionalidad ayuda a entender la manera en que conjuntos diferentes de identidades influyen, sobre el acceso que se pueda tener a derechos y oportunidades y hace posible lograr una mayor perspectiva, respecto de cómo enfrentar esas vulnerabilidades que afectan a grupos que se van quedando atrás.

La salud mental, área también relacionada con la SSRA, merece una mención especial. Datos publicados recientemente por UNICEF para la Región de América Latina y el Caribe, estiman una prevalencia de trastornos mentales en adolescentes de 10 a 14 años de un 12,8 % para las mujeres y, de un 14,8 % para los hombres; y en el grupo de 15 a 19 años, esto sube

²³ Banati, P. (2021). UNICEF. Empowering adolescents girls. Presentation at The International Day of the Girl. October 11.

²⁴ UNFPA-UNICEF. (2019). Global Programme to End Child Marriage. Technical Note on Life Skills Programmes for Empowering Adolescent Girls: Notes for Practitioners on What Works.

a un 16,6 % para las mujeres y a un 15,7 % para los hombres. La prevalencia de trastornos mentales en adolescentes de 10 a 19 años para los países de la subregión Andina, alcanza un promedio de alrededor de 15 %, en un rango desde 12,9 % en Colombia hasta un 16,0 % en Chile ²⁵. En América Latina y el Caribe, el suicidio aparece como tercera causa de muerte en adolescentes entre 15 y 19 años.

Una mirada inclusiva, integral e integradora, diferenciada de la mera asistencialidad clásica del sector salud, resulta central en el diseño de una política de salud para adolescentes. Específicamente en este ámbito, tanto para el diseño de políticas como de estrategias y acciones en salud, corresponde considerar que las personas adolescentes:

- Son sujetos de derechos
- Presentan necesidades de salud que se relacionan con los requerimientos específicos integrales del dinámico momento evolutivo en que se encuentran
- No son un grupo homogéneo, presentan particularidades determinadas por múltiples variables como la edad, el sexo, etnia, género, orientación e identidades sexuales, condiciones de salud, situaciones de discapacidad, y otros
- Están expuestos a inequidades estructurales que se interrelacionan y que afectan su salud
- Requieren, para su desarrollo saludable, una atención de salud que tenga como objetivo apoyar el logro de un desarrollo humano integral, siendo el reconocimiento, respeto y promoción de la autonomía progresiva que van alcanzando, parte de los objetivos de apoyo al desarrollo adolescente
- Requieren de estrategias interdisciplinarias e intersectoriales para acoger y cuidar de sus necesidades de salud, en particular para las necesidades que emergen en el área psicosocial y en el área de la salud sexual y reproductiva
- Participen activamente, siendo incluidos en todo el proceso (desde el diagnóstico, el diseño, implementación, monitoreo, evaluación y rendición de cuentas), aportando así al logro de soluciones pertinentes y efectivas para ellos, contribuyendo así a disminuir las desigualdades en salud, beneficiando a su comunidad y potenciando su empoderamiento como ciudadanos.

²⁵ UNICEF. (2021). THE STATE OF THE WORLD'S CHILDREN 2021. ON MY MIND. Promoting, protecting and caring for children's mental health. Regional Brief: Latin America and The Caribbean.



PROPÓSITO

III. PROPÓSITO

El propósito de esta política es orientar y fortalecer la gestión de los países de la subregión Andina en aspectos relacionados con acciones de salud, dirigidas a contribuir al máximo bienestar biopsicosocial de la población adolescente en un marco que busca combatir las desigualdades e inequidades en salud, con un enfoque de desarrollo integral y de derechos, con perspectiva de curso de vida y de género, de manera universal e inclusiva, para responder a las necesidades de salud sexual y reproductiva de la población adolescente, con particular énfasis en la prevención del embarazo en la adolescencia.



OBJETIVO

IV. OBJETIVO

El objetivo de esta política es contribuir a que los países andinos construyan o fortalezcan sus políticas y programas, implementen estrategias específicas, promuevan acciones oportunas efectivas y eficaces basadas en la evidencia científica, y refuercen sus capacidades sociosanitarias destinadas a favorecer a que la población adolescente pueda, de manera universal, ejercer sus derechos y acceder a la atención de salud sexual y reproductiva, con particular énfasis en la prevención del embarazo en la adolescencia.



V. ALCANCE

Los contenidos generales y específicos de esta política Andina de SSR para adolescentes, con énfasis en la prevención del embarazo en la adolescencia, se recomiendan para el sector salud como ente rector y se sugiere puedan concretarse en acciones intersectoriales coordinadas, a fin de contribuir a mejorar las condiciones de salud integral, de desarrollo humano y de bienestar adolescente. Además, pueden contribuir como insumo conceptual para orientar propuestas que emanen de los distintos niveles de gestión [nacional, regional y local] de cada país miembro, acorde con sus respectivas realidades, promoviendo la ejecución de acciones que contribuyan a hacer realidad la salud adolescente en todas las políticas en los países de la subregión Andina.



PRINCIPIOS RECTORES

VI. PRINCIPIOS RECTORES

Los principios rectores o lineamientos generales que establece esta política, constituyen pilares fundamentales en el que debe basarse toda propuesta destinada a contribuir al desarrollo saludable de las personas en la adolescencia. Estos principios se basan, fundamentalmente, en acuerdos internacionales que reconocen, por una parte, a niños, niñas y adolescentes (NNA) como sujetos de derecho y, por otra parte, a la salud reconocida también como un derecho y entendida esta no solo como la ausencia de enfermedad, sino también como condición para el bienestar integral y el desarrollo de la población adolescente.

1- Marco de Derechos Humanos

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, fundamenta una visión humanista de las personas según la cual declara, en su primer artículo, que: "los individuos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros." (p. 2). Luego continúa señalando que: "Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición." (p. 2), por lo tanto, reconoce a todas las personas, como sujetos de derechos inalienables ²⁶. Los derechos son entonces, inherentes a toda persona y se centran en la dignidad y el igual valor de todos los seres humanos.

A su vez, la Convención Sobre los Derechos del Niño, destaca cuatro principios fundamentales: la no discriminación; el interés superior del niño/a; el derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo; y la participación y respeto por la opinión de niñas y niños ²⁷. Esta convención compromete a los Estados, las familias y las comunidades a reconocer a las niñas, niños y adolescentes (NNA) como sujetos de derechos y generar las condiciones para garantizar el pleno ejercicio de estos, promover así el incremento de sus capacidades, garantizar su protección, ampliar sus opciones y su libertad de elegir.

Ambas declaraciones mencionadas, no solo convocan a respetar los derechos sino que también impulsan a promover el ejercicio de estos. El compromiso de respeto por los derechos humanos comprende el desarrollo de normas jurídicas nacionales e internacionales, principios éticos ejercidos individual e institucionalmente, así como políticas públicas aplicadas por el Estado que involucran a actores públicos y privados, destinadas a empoderar a titulares de los derechos en la capacidad de ejercerlos y exigirlos. Se concreta también en actitudes y acciones que llevan a la práctica el ideal de la igual dignidad de todas las personas, favoreciendo cambios en las condiciones de vida de las poblaciones con mayores situaciones de vulnerabilidad.

Más allá de discusiones culturales, existe un reconocimiento de que los derechos humanos son universales, indivisibles, irrenunciables, interdependientes e intransferibles, y deben ser ejercidos sin discriminación. Las políticas de salud deben contemplar estos principios destinados a que los individuos alcancen un amplio desarrollo humano, contribuyendo a su salud y bienestar, protegiendo la dignidad humana e impidiendo cualquier violación de los derechos fundamentales de las personas. La Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer,

²⁶ La Declaración Universal de Derechos Humanos. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

²⁷ Convención Sobre los Derechos del Niño. <https://www.unicef.org/es/convencion-derechos-nino/texto-convencion>

el Niño y el Adolescente (2016-2030) de la OMS, lo confirma al introducir las áreas de acción, señalando que solo mediante un enfoque integral basado en los derechos humanos, será posible superar los retos variados y complejos que se plantean en relación con la salud de la mujer, el niño y el adolescente.

■ **Derecho a la salud y a servicios respetando la confidencialidad y la autonomía progresiva adolescente**

Es deber de los Estados resguardar que sus ciudadanos alcancen el más alto estado de bienestar en salud, a lo largo de toda la vida sin discriminación de edad y cuidando para ello, entre otros, que el sistema de salud otorgue atención integral de calidad que contribuya a alcanzar dichas condiciones. Se entiende el derecho al acceso a los servicios de salud para adolescentes, sin barreras, entre estas el que se respete el derecho a la confidencialidad inherente a todo acto de atención de salud, ni tampoco verse obstaculizado por, entre otros factores, el requisito de consentimiento o la autorización de terceros según señala la Observación N. ° 20 del Comité de los Derechos del Niño, anteriormente citada 7.

La población adolescente a medida de su desarrollo, va alcanzando progresivamente una autonomía —aunque limitada por la disponibilidad de recursos—, por lo que se hace necesario un equilibrio entre la protección que requieren y el reconocimiento y logro de esta autonomía, traducida en la capacidad para consentir y determinar sus propias decisiones de manera informada, incluidas las dirigidas a alcanzar una mejor salud. El acompañamiento en este tránsito a la autonomía forma parte de la orientación y apoyo al desarrollo adolescente.

■ **Respeto a los derechos sexuales y reproductivos**

Los derechos sexuales y derechos reproductivos se reconocen como parte de los derechos humanos fundamentales. Incluyen defender y garantizar la posibilidad de que los individuos puedan ejercer su derecho para tomar decisiones libres, autónomas y responsables, a través del acceso a la información relacionada a la sexualidad y reproducción, sin verse sujetos a coerción, discriminación o violencia. Un enfoque de la salud de los adolescentes basado en los derechos humanos, es esencial para garantizar que los adolescentes puedan ejercer sus derechos y tomar decisiones informadas en relación con su salud sexual y reproductiva. El reconocimiento y respeto por estos derechos alcanza la mayor importancia en la situación de salud de adolescentes en la región, en particular dada la problemática del embarazo en la adolescencia, sus causas y sus consecuencias en todos los ámbitos del desarrollo, así como los riesgos de las ITS, incluido el VIH/Sida.

■ Derecho a la educación integral de la sexualidad

El derecho a la educación es también un derecho irrenunciable, incluido el derecho a recibir educación integral de la sexualidad, que propicia el acceso a los conocimientos y a las habilidades, actitudes y valores que los empoderarán para disfrutar de salud, bienestar y dignidad; entablar relaciones sociales y sexuales basadas en el respeto; analizar cómo sus decisiones afectan su propio bienestar y el de otras personas; y comprender cómo proteger sus derechos a lo largo de su vida y velar por ellos. Se reconoce que la educación integral en sexualidad desempeña un papel esencial en la salud y el bienestar, que al aplicar un enfoque basado en los educandos no solo proporciona a niños y jóvenes, progresivamente y en función de su edad, una educación basada en los derechos humanos, la igualdad de género, las relaciones, la reproducción, el comportamiento sexual de riesgo y la prevención de enfermedades desde una perspectiva positiva, poniendo de relieve valores tales como el respeto, la inclusión, la no discriminación, la igualdad, la empatía, la responsabilidad y la reciprocidad ²⁸. Acciones de educación integral de la sexualidad realizadas en la comunidad constituyen un aporte significativo, tanto complementando actividades que en ocasiones no se realizan en los establecimientos educativos, como alcanzando a aquellos grupos de adolescentes que no están escolarizados, a las familias y a las demás personas de la comunidad.

Derecho de beneficiarse de los avances científicos

Toda persona tiene derecho a beneficiarse de los avances que genera la ciencia, en particular si estos resultan de utilidad en el ámbito de la salud, por lo que se entiende, que la población adolescente también debe tener derecho a acceder a nuevos métodos de diagnósticos, tratamientos actualizados y tecnología anticonceptiva moderna, entre otros.

²⁸ UNESCO. (2018). Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad. Un enfoque basado en la evidencia. Publicado por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, la Secretaría de ONUSIDA, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, ONU Mujeres y la Organización Mundial de la Salud. <https://es.unesco.org/news/que-es-importante-educacion-integral-sexualidad>

2 - Marco ético de respeto por los principios de justicia y equidad

El marco de derechos humanos va entrelazado con un marco de principios éticos, entre los que se destacan la justicia y equidad. Esta política asume el respeto irrestricto por la más amplia diversidad, promoviendo la no discriminación y la igualdad de derechos, reconociendo la diversidad étnica, cultural, religiosa, valórica, ideológica, social, sexual y económica, incluidas las diferencias de género y orientaciones sexuales, entre otras, presente en la población adolescente. Estos principios se entienden en la idea de que planes, programas, proyectos, estrategias y acciones que se implementen, se establezcan de manera que cubran y beneficien a toda la población adolescente objetivo, otorgándoles de manera universal e inclusiva, la misma posibilidad de acceso sin discriminación o segregación de ningún tipo, ya sea de edad, de identidad de género, de etnia, de orientación sexual, de estado civil, nivel educativo o socioeconómico, de credo o religiosa, entre otros.

Lo anterior, ajustado al principio de justicia que dice tener relación con garantizar la igualdad de oportunidades, que permita acceso a cuidados y prestaciones de salud para toda la población adolescente de manera equitativa, asegurando que los beneficios se encuentren al alcance de todos, sin discriminación alguna, incluida la barrera económica. Así mismo, corresponde estar alerta a situaciones de desigualdad en salud, para desarrollar estrategias que acerquen a quienes más lo necesitan, y realizar gestiones pertinentes destinadas a disminuir las inequidades que esas desigualdades generan.

Lo anterior va directamente ligado con lograr alcanzar la cobertura universal de salud para los adolescentes, para lo que se recomienda abordar las siguientes tres áreas prioritarias: mejorar la prestación de servicios, las leyes y las políticas; aumentar el financiamiento; y fortalecer la gobernanza. Es también perentorio garantizar que la financiación y la prestación de servicios estén diseñados para "no dejar a nadie atrás" o marginados, reduciendo las disparidades provocadas por el género, la orientación sexual, la edad, el nivel socioeconómico, el estado migratorio o la discapacidad ²⁹. Estas diversidades quedan muchas veces marginadas del sistema de salud o invisibles para este, lo que puede incrementar situaciones de mayor vulnerabilidad, por lo que las acciones de salud específicas que requieren y se les debe brindar a estos grupos en particular, deben comprometer una mayor preocupación.

Siendo el embarazo adolescente una situación de salud que afecta a las mujeres, a las más jóvenes, a las menos educadas, a las más pobres, a las indígenas, a las afrodescendientes y a las rurales, y que las reconoce como únicas responsables de la maternidad, resulta esencial

²⁹ WHO/ UNFPA/ UNICEF. (2019). Adolescent Health. The Missing Population in Universal Health Coverage. <https://www.who.int/pmnch/media/events/Adolescent-Health-Missing-Population-in-UHC.pdf?ua=1>

identificar e intervenir los factores que inciden y generan desigualdades, que afectan especialmente a estas adolescentes en situaciones de mayor vulnerabilidad. Cabe volver a mencionar aquí, el aporte que puede realizar la interseccionalidad como herramienta para analizar la dinámica entre identidades coexistentes, y sistemas conectados de discriminación en las relaciones sociales. Utilizado en particular en temas de género, ayuda a entender la manera en que conjuntos o combinaciones de diferentes identidades influyen sobre el acceso o desventaja que se pueda tener a derechos y oportunidades. Señala, por ejemplo, que el género, la etnia, la clase o la orientación sexual, están interrelacionadas y que un tipo de discriminación particular puede interactuar con dos o más grupos de discriminación, creando una situación única más compleja que afecta el acceso a los derechos.

■ Marco de Atención Integral de Salud

Diversas interpretaciones se encuentran para un enfoque integral de salud, todas ellas válidas, complementarias y no mutuamente excluyentes. Desde una perspectiva individual, la integralidad en la atención de salud da cuenta habitualmente, de una mirada holística de la salud del individuo, esto es de las dimensiones biológica, psicológica y social. Asimismo, en la población adolescente, no solo del tratamiento o resolución de una patología específica, sino que también del control y monitoreo de un proceso de crecimiento y desarrollo saludable. Integral, se refiere también, en el clásico modelo ecológico utilizado, a considerar la inserción del individuo en su entorno, esto es, adolescentes incorporados a sus familias, a sus grupos de pares, sus escuelas, sus comunidades y enmarcados en los contextos normativos de su entorno. Finalmente, desde el punto de vista de la atención integral de salud, se entiende, como acciones que implican la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, y, desde el punto de vista de los servicios de salud, que estas acciones deben ser entregadas de manera articulada entre todos los niveles de complejidad del sistema.

A decorative banner on the left side of the page. It features a repeating geometric pattern of triangles and lines in a light orange color. The background of the banner is a faded image of a person's face and hands. The text 'ENFOQUES U ORIENTACIONES' is written vertically in large, white, sans-serif capital letters across the banner.

ENFOQUES U ORIENTACIONES

VII. ENFOQUES U ORIENTACIONES

A continuación, se detallan enfoques que dan los lineamientos a esta política. Estos enfoques no son excluyentes, sino más bien complementarios y articulados entre sí, apuntando la mayoría de estos a la universalidad e integralidad, en sus más amplios sentidos, permitiendo alinear la elaboración de políticas, planes, programas, proyectos, estrategias e iniciativas, con el objetivo de brindar una atención integral de salud sexual y reproductiva para adolescentes, con énfasis en la prevención del embarazo en la adolescencia.

• Enfoque de desarrollo humano

Desarrollo humano se entiende como un concepto que involucra la posibilidad de que las personas puedan desplegar todo su potencial, de manera integral, para alcanzar una vida saludable, prolongada y plena. Esto no solo hace referencia al bienestar en salud de los individuos, sino que también a su calidad de vida, al derecho a vivir en un entorno afectivo que los nutra y proteja, que los respete y los valore, libre de violencia, y que otorgue la posibilidad de participar activamente, no solo como beneficiarios, sino como impulsores de un entorno saludable y de los factores que promueven su desarrollo, incluyéndolos como ciudadanos capaces de contribuir a su comunidad.

• Enfoque de curso de vida

Este enfoque reconoce a la salud, como un continuo en la vida de los individuos y sus transiciones, destacando que cada etapa tiene sus características propias con oportunidades y vulnerabilidades, generando desafíos particulares para cada una de estas, y considera tanto la perspectiva psicobiológica de edad, como la lectura integral de su situación, la historia y trayectoria de vida, y las condiciones socioculturales que las contextualizan. El enfoque del curso de vida propone una mirada más integradora que la de ciclo vital y, considera a la salud como una capacidad en evolución, que se desarrolla dinámicamente a lo largo del tiempo, que tiene un impacto acumulativo y a través de las generaciones. Se centra no solo en las enfermedades y sus consecuencias, sino más bien en lograr una vida larga, saludable, activa y productiva. Aplicar el enfoque del curso de vida brinda una perspectiva integral a las políticas, los programas y las intervenciones, contribuye a cambiar un paradigma en la construcción de salud ^{30, 31}.

• Enfoque de género

El desarrollo de planes, programas, proyectos, actividades y estrategias, conducentes a promover una vida saludable en la población adolescente, sin discriminación alguna, deben contemplar de manera transversal la perspectiva de género. Entendido el género como esquema de organización social y de atributos y roles construidos cultural e históricamente, este enfoque da cuenta, por una parte, de las relaciones de poder y, al mismo tiempo, reconoce y respeta las distintas expresiones de género, atendiendo a sus diversas necesidades. Es necesario considerar la influencia que pueden tener los roles culturales de género en el desarrollo evolutivo de cada adolescente y, en especial, cómo estos afectan en el área de la salud sexual y reproductiva.

³⁰ OPS/OMS. (2021). Construir la salud a lo largo del curso de vida. Conceptos, implicaciones y aplicación en la salud pública. <https://www.paho.org/es/documentos/construir-salud-lo-largo-curso-vida-conceptos-implicaciones-aplicacion-salud-publica-0>

³¹ Caffé, S. (2021). ENFOQUE DE CURSO DE VIDA ¿QUÉ SIGNIFICA PARA LA SALUD DEL ADOLESCENTE? Presentación realizada en reunión de la Sociedad Peruana de Adolescencia y Juventud-SERPAJ (octubre 27, 2021).

• **Desarrollo positivo**

Este enfoque surge en las últimas décadas, innovando la tradicional aproximación a la salud adolescente centrada en las conductas de riesgo, en los déficits, que subestimaría los potenciales de desarrollo y las verdaderas capacidades de los adolescentes. Este enfoque propone un cambio de mirada que representa una visión positiva del ser humano y enfatiza las competencias, fortalezas, talentos y el desarrollo de activos personales, familiares y de interacción con la comunidad y su cultura³². Sin desconocer los méritos de las intervenciones centradas en evitar los factores de riesgo, prevenir los déficits y problemas de conducta, promover el desarrollo y la competencia, serían caminos complementarios.

• **Enfoque multi e interdisciplinario**

El enfoque multi e interdisciplinario, orienta sobre el trabajo integral coordinado y complementario de proveedores de salud de diferentes disciplinas, que es más que solo la suma de múltiples prestaciones, que por sí mismas no aseguran un abordaje integral. Este enfoque valora y se beneficia del aporte de distintas visiones y experiencias, generando incluso un lenguaje y conceptualizaciones enriquecidas para aproximarse y dar respuesta a las particulares necesidades de salud adolescente. Abordar las necesidades y problemáticas de salud adolescente, solo con una aproximación biomédica, resulta insuficiente para resolverlas y proveerles una adecuada atención de salud.

• **Enfoque intercultural**

Este enfoque se refiere a lograr un diálogo respetuoso y horizontal, en la interacción entre diferentes culturas favoreciendo la integración y la convivencia. La amplia diversidad étnica de nuestra subregión, que se observa tanto inter como intra países, debe ser reconocida y considerada al momento de ofrecer acciones de salud, para poder integrar y enriquecer el conocimiento con las creencias y las prácticas tradicionales. Genuinas diferencias se podrán observar, las que, en ocasiones, demandarán de la adecuación de la normativa a la realidad local, debido a los múltiples factores culturales y de contexto que inciden en la problemática del área de la salud sexual y reproductiva en la adolescencia.

• **Enfoque de determinantes sociales de la salud**

Se entienden los determinantes sociales de la salud, según los define la OMS, como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana, este enfoque permite identificar las causas principales de la problemática de la salud, dando cuenta de la presencia o ausencia de oportunidades para desarrollar los

³² Damon, W. (2004). What is positive youth development? ANNALS, AAPSS, (591), 13-24. <http://faculty.wiu.edu/P-Schlag/articles/What%20is%20Positive%20Youth%20Development.pdf>

potenciales de salud a lo largo de la vida de cada individuo y comunidad. Permite también identificar factores estructurales, incluido el amplio conjunto de sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana y de coyuntura, que inciden en la aparición o sostenimiento de situaciones de salud específicas y en la calidad de vida de una población. Crecer en un entorno de violencia, así como hoy en día el acceso o no a la conectividad y nuevas tecnologías de la información, pueden ser considerados como determinantes sociales individuales de la salud en adolescentes.

- **Enfoque generacional**

Este enfoque orienta a focalizar la mirada en las necesidades adolescentes actuales y a adecuar las iniciativas e intervenciones a las demandas contemporáneas, acorde con las competencias, destrezas y habilidades que el contexto en el que la población adolescente se desenvuelve y exige. Se establece así una relación más democrática, que considera a las personas jóvenes desde sus potencialidades y capacidades como sujetos que aportan en tiempo presente para sus vidas. Por una parte, obliga a reubicar el habitual objetivo paternalista de protección por parte del sistema de salud y, por otra parte, cambia la tradicional subordinación y mirada adultocéntrica, cuyo enfoque es la preparación para la futura vida adulta.

- **Participación y empoderamiento adolescente**

Las diferentes acciones que se propongan, deben escuchar la voz e incluir las expectativas y los puntos de vista adolescente. Elaboradas así las diferentes propuestas, con y para adolescentes, se asegurará mayor pertinencia y posibilidades de éxito, pudiendo de esta manera alcanzar el impacto esperado. En un marco de derechos, institucionalizar y apoyar activamente el liderazgo y la participación efectiva adolescente, resulta central para estimular el núcleo de su desarrollo y su resiliencia, lo que tiene una importante influencia benéfica en su ámbito social y emocional, y como oportunidad para estimular el ejercicio de sus derechos en la toma de decisiones que afectan su salud y su bienestar general.

- **Enfoque basado en la evidencia científica**

La implementación de iniciativas se debe basar en priorizar las acciones que avala y recomienda la evidencia científica y, que han demostrado resultados positivos, evitando repetir las que no resultan exitosas para promover y proteger la salud adolescente, en particular, la prevención del embarazo en la adolescencia. Por otra parte, el no disponer aún con sólida evidencia en algunas áreas específicas, no deben servir de excusa para no actuar, pero siempre que sea posible se deben elegir intervenciones basadas en la evidencia para favorecer la salud de los adolescentes.

- **Enfoque intersectorial e interinstitucional**

La problemática de salud en adolescentes, así como la salud sexual y reproductiva incluido el embarazo en la adolescencia, corresponde muchas veces a situaciones multifactoriales relacionadas con determinantes sociales. Por ello, iniciativas asentadas exclusiva o prioritariamente en el sector salud, no alcanzan el impacto esperado. Su abordaje necesita una respuesta articulada intersectorial e interinstitucional. El sector salud puede contribuir en la coordinación con otros sectores, para garantizar un enfoque de "salud de los adolescentes en todas las políticas", esto es promover de manera transversal la visión de salud en toda normativa dirigida a adolescentes. Un enfoque intersectorial como el que se plantea, permite potenciar y facilitar una aproximación armónica e integradora, para alcanzar una respuesta integral que contribuya a la salud y al bienestar.

- **Enfoque de integración andina**

La integración andina emplaza a los Estados de la subregión a comprometerse a establecer mecanismos de coordinación, cooperación y comunicación que permitan la implementación de la Política Andina de Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes, con énfasis en prevención del embarazo en la adolescencia, contribuyendo a hacer viable el proceso de armonización en los países y de integración subregional. Iniciativas conjuntas en la subregión Andina han logrado buenos resultados, originado buenas prácticas y lecciones aprendidas, que potencian y validan estas propuestas, enriquecen el intercambio de conocimientos y la cooperación sur-sur.



LÍNEAMIENTOS ESTRATÉGICOS

VIII. LÍNEAMIENTOS ESTRATÉGICOS

La presente política destaca lineamientos estratégicos que han sido señalados como pertinentes, para contribuir a alcanzar el logro de una óptima salud sexual y reproductiva en la adolescencia, con énfasis en la prevención del embarazo, desde una mirada transversal integral e integradora. Este documento de política perfila una orientación respecto de los lineamientos estratégicos recomendados, no pretende entregar un listado acabado de estos ni establecer prioridades, ya que deben ser revisados y adecuarse a las realidades locales de los países andinos, muchos de los cuáles ya han alcanzado significativos avances al respecto. Algunos de los lineamientos estratégicos propuestos corresponden directamente a la gestión del sector salud y, otros, a una aproximación intersectorial contributiva a la salud sexual y reproductiva adolescente.

1. Elaborar y fortalecer políticas, planes, programas, proyectos y acciones

Los países de la subregión velarán por lograr a nivel de responsables de generar políticas y de tomadores de decisiones, fortalecer la institucionalidad pública que asegure un marco jurídico y normativo de promoción y protección del desarrollo, y la salud de la población adolescente. Fortalecer la elaboración de leyes, políticas, planes, programas y proyectos integrales y coordinados, que aseguren la entrega de acciones de salud oportunas, pertinentes y de calidad para adolescentes, acciones que contribuyan a promover hábitos de vida saludable y consideren la participación activa adolescente en su proceso de diseño, implementación y evaluación. Para la atención prioritaria de la salud sexual y reproductiva en la adolescencia, incluido el acceso a métodos anticonceptivos para la prevención del embarazo, es menester legislar y normar al respecto, incluyendo el tema del costo de los métodos, con un enfoque integral y de derechos, entre otros.

2. Fortalecimiento y capacitación del personal de salud

Los países de la subregión promoverán, intensificarán y ampliarán los programas de formación y capacitación continua de profesionales y personal, que trabaja brindando servicios de salud a adolescentes en los diferentes niveles de atención, pero con acento en el primer nivel, fomentando el intercambio de buenas prácticas y compartiendo capacidades entre los países de la subregión. Este desafío requiere poner un particular énfasis, para que se incluya desde la formación de pregrado en las mallas curriculares en general, de las diversas disciplinas relacionadas y, en la oferta de postgrado, las competencias para acoger y brindar un abordaje integral de las necesidades de salud adolescente, con miras a la entrega de una atención de salud pertinente y de calidad, que garantice privacidad y confidencialidad, reconozca al adolescente como sujeto de derechos con capacidad y autonomía progresiva para la toma de decisiones y, como interlocutor válido en la construcción de estrategias atinentes a su salud.

Asimismo, se debe de fortalecer las competencias del personal de salud y facilitar la formación continua, que permita incrementar y actualizar los conocimientos, mejorar los aspectos procedimentales y, sobre todo, las actitudes de apertura sin enjuiciamiento, para identificar las necesidades adolescentes en salud sexual y reproductiva en la atención individual, y favoreciendo el acceso a la información y a las herramientas necesarias para el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. El conocimiento y la comprensión del desarrollo adolescente, alcanzar una comunicación efectiva, realizar una evaluación integrada de los riesgos sanitarios y prestar una asistencia de calidad, conforme a la normativa y a los principios de los derechos humanos, constituyen parte de las destrezas y competencias con que deben contar los proveedores de salud³³.

³³ OMS. (2015). Competencias básicas en materia de salud y desarrollo de los adolescentes para los proveedores de atención primaria incluido un instrumento para evaluar el componente de salud y desarrollo de los adolescentes en la formación previa al servicio de los proveedores de atención sanitaria.

3. Implementación de servicios de SSRA de calidad, basados en estándares

Los países de la subregión profundizarán su esfuerzo por implementar servicios de SSR de calidad para adolescentes, basados en estándares. Los ocho estándares que se promueven tienen relación con que: la población adolescente debe conocer acerca de los cuidados en SSR y sus derechos, saben dónde y cuándo obtener esos servicios; la comunidad apoya la existencia de los servicios y su utilización; el paquete de servicios de salud que se ofrece cumple con las necesidades y demandas adolescentes; los proveedores de salud cuentan con las competencias para entregar una atención de calidad y apropiada a la edad y etapa de desarrollo adolescente, un trato respetuoso y digno, asimismo logran ejercer sus derechos sexuales y reproductivos; el entorno del servicio es seguro y acogedor; los servicios que se prestan son inclusivos, equitativos y atienden a toda la población adolescente; el servicio utiliza sus datos e información para realizar planes de mejora; y la participación activa adolescente está efectivamente considerada y, están involucrados en las decisiones relativas a su atención ³⁴. Resulta así, relevante entonces, contar con proveedores de salud capacitados y sensibles a las particularidades que conlleva la atención de salud a esta población objetivo; considerar elaborar estrategias que eliminen las barreras de acceso a dichos servicios, en particular las culturales; establecer una oferta horaria conveniente para estudiantes; convocar el apoyo comunitario necesario para reconocer el valor de proveer este tipo de servicios para adolescentes; y suprimir las barreras económicas.

En el área de la SSR, la confidencialidad es primordial y la oferta de consejería debe ser ofrecida de manera universal, tanto a aquellos adolescentes que no han iniciado actividad sexual como a los que ya la iniciaron, así como a adolescentes de diversas identidades y orientación sexual. La consejería considerará la entrega de orientación para: la promoción de hábitos de vida saludable; cuidar la salud mental; reconocer y evitar conductas de riesgo; orientar un desarrollo afectivo sexual armónico, humanizado y acorde con la edad, reforzando habilidades para la postergación de la actividad sexual cuando aún es posible y, entregando herramientas para la prevención del abuso y de la violencia sexual, de las ITS incluido el VIH y del embarazo, de la misma forma la orientación y entrega de métodos anticonceptivos a quienes lo requieran.

En cuanto al acceso a atención pre y postnatal calificada, diferenciar la atención a las adolescentes embarazadas, en particular a las menores de 15 años y poner especial atención a la prevención del embarazo subsecuente o repetido en la adolescencia. La elaboración de normativas al respecto y que estas sean conocidas por los proveedores de salud, es la vía para asegurar la homogeneidad de la implementación de los servicios y de la entrega de acciones de salud, por parte de los prestadores hacia los adolescentes, que estas estén alineadas con los enfoques y lineamientos recomendados.

³⁴ UNFPA. (2016). Estándares de calidad para mejorar los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes en América Latina y el Caribe.

4. Avanzar a programas de SSRA universales incluyendo las masculinidades

Los programas de SSRA de los países deben ampliar su oferta de atención de manera inclusiva a todos los adolescentes, comprendidos los subgrupos marginados, como los adolescentes solteros, los que viven con discapacidades, las diversidades de género y la población adolescente LGTBIQ+, avanzando también así hacia el acceso universal. Esto requiere que las intervenciones esenciales en SDRS estén disponibles para todos, y asegurar que los adolescentes participen de manera significativa en el proceso ³⁵.

Las estrategias inclusivas y universales deben incorporar las masculinidades. La cultura del sistema de salud con programas centrados en la mujer y los niños debe ser revisada en los países, con miras a otorgar un lugar también a las masculinidades, que han sido invisibles para los gestores de políticas o tomadores de decisiones en salud. Lo anterior porque, por una parte, margina a los hombres adolescentes del derecho a la atención de SSR y, por otra parte, sigue perpetuando la idea de que la responsabilidad de la SSR recae solo en la mujer. La mayoría de los padres de hijos de madres adolescentes, son también adolescentes o jóvenes. Es perentorio generar estrategias para llegar a los hombres adolescentes con actividades de promoción y prevención, propiciando el acceso a atención de SSR como un derecho, haciendo énfasis en la transformación de patrones socioculturales estereotipados de masculinidad, como los ligados al machismo y la violencia, los que, entre otros efectos los lleva a peores resultados en salud. Se recomienda hacer hincapié en la no violencia, la igualdad de género, la sexualidad integral, la paternidad y la corresponsabilidad en el mutuo cuidado y en el bienestar de la mujer ³⁶.

Es importante convocar a los propios adolescentes para conocer sus necesidades insatisfechas, para contribuir a eliminar barreras culturales que afectan su acceso a los servicios de SSR y, para participar en los cambios requeridos en los modelos que generan desequilibrios de poder en vías de alcanzar la igualdad de género, ya que constituyen aliados claves para promover transformaciones en los estereotipos de género, promoviendo nuevas masculinidades.

5. Participación y empoderamiento adolescente

Los países deben promover y consolidar la participación activa de la población adolescente, en particular, en lo referente a las acciones destinadas a promover y cuidar de su salud, redundando en actitudes más comprometidas y responsables de autocuidado. Ya ha sido mencionado con insistencia en este documento, que escuchar las voces adolescentes a través de su contribución activa, ayuda a diseñar, planificar, ejecutar, evaluar y realizar la

³⁵ Engel, D. M. C. (2019). A Package of Sexual and Reproductive Health and Rights Interventions. What Does It Mean for Adolescents? *Journal of Adolescent Health*, (65), 41-50. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.09.014>

³⁶ Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Masculinidades y Salud en la Región de las Américas*.

rendición de cuentas, de las iniciativas destinadas a incrementar su salud y bienestar, de una mejor manera. El aporte adolescente y el de sus organizaciones resulta fundamental, para otorgar pertinencia y validar esas acciones entre su grupo de pares y en su comunidad. Por otra parte, promover su participación activa e involucrar en la toma de decisiones a adolescentes y a sus organizaciones sociales, contribuye a promover su empoderamiento, su resiliencia e ir consolidando su compromiso y colaboración a la sociedad, en tanto ciudadanos y agentes de cambio.

6. Innovar en las estrategias de atención, difusión y comunicación

Los países y sus servicios de atención de salud, elaborarán estrategias de difusión activa relativas a la oferta de servicios para adolescentes y, convendrá contemplar acciones de comunicación en salud proactivas e inclusivas, con mensajes atractivos y que consideren el aporte de los propios adolescentes, particularmente intencionados para aquellos que no están cerca de los servicios de salud. Salir al encuentro de la población adolescente, desplazando los equipos extramuros o utilizando clínicas móviles, ya sea visitando las escuelas, los centros deportivos o sociales que convocan adolescentes, son iniciativas prometedoras.

En cuanto a la innovación, el uso de tecnologías de la información y comunicaciones, así como de redes sociales, se reconocen hoy como herramientas poderosas para llegar con campañas o mensajes de promoción y prevención en salud, y para acercar las acciones de salud a la población adolescente, considerando que esta es población nativa digital y participa activamente en redes sociales. Probablemente, la alfabetización digital se constituirá en un desafío de capacitación para los proveedores de acciones de salud dirigidas a adolescentes. La pandemia puso en evidencia desafíos y oportunidades que ofrece la transformación digital y cómo esta, a través de la telemedicina o la práctica de la medicina y la salud pública soportada por dispositivos móviles, abren nuevas posibilidades. Sin embargo, particular preocupación se debe tener respecto que la utilización de estas nuevas herramientas, no excluyan o marginen a aquellos grupos de adolescentes que no cuentan con acceso a dispositivos ni conectividad digital.

7. Educación integral de la sexualidad

Las acciones a desarrollar en esta estrategia no dependen básicamente del sector salud, pero este puede promover y contribuir a la entrega y cobertura de programas de educación afectiva y sexual integral, incluyendo el desarrollo de habilidades para la vida a niñas, niños y adolescentes. La educación sexual integral desempeña un papel esencial en la SSR y debe estar basada en información científica actualizada, contemplar la integración valórica, afectiva y espiritual recibida en la familia, proporcionarse acorde con los grados de desarrollo de los educandos, de manera oportuna, progresiva y permanente en el tiempo. Su objetivo es dotar a NNA, de conocimientos, habilidades, actitudes y valores que los empoderarán para disfrutar de salud, bienestar y dignidad; entablar relaciones sociales y

sexuales basadas en el respeto; analizar cómo sus decisiones afectan su propio bienestar y el de otras personas; y comprender cómo proteger sus derechos a lo largo de su vida y velar por ellos ³⁷. Tradicionalmente se ha insistido que los programas de educación integral de la sexualidad se implementen en las escuelas, dadas las ventajas de contar con los educandos a lo largo de un proceso paulatino y permanente, pudiendo contemplar el apoyo y concurrencia del sector salud. Sin embargo, dadas las limitaciones en su implementación universal, hoy también se promueven y estimulan iniciativas a realizar directamente, en y con la comunidad. Estas iniciativas tienen la ventaja que, por una parte, llegan directamente donde se encuentra la población adolescente, alcanzando así también a la población adolescente no escolarizada y de sectores de mayores vulnerabilidades y, por otra parte, impactan e involucran al entorno comunitario en su propio contexto cultural, reconociendo sus saberes y aportes.

8. Gestión de la información y evaluación

El diagnóstico de situación, herramienta fundamental en que se basa el diseño de estrategias y permiten su monitoreo y evaluación, no ha sido fácil, porque los sistemas estadísticos han evolucionado de manera lenta, para registrar los eventos de salud de la población adolescente, teniendo que ser extrapolada de los registros de salud pediátricos, del adulto y de la mujer. Mejorar el sistema de registro para contar con información más precisa sobre el perfil de necesidades de salud adolescente y de manera desagregada, es fundamental para poder establecer prioridades y enfocar estrategias, considerando que estos varían entre los grupos etarios (10 a 14 y 15 a 19), entre los sexos, las etnias y los territorios (urbano, rural), entre otras variables.

Los datos permiten también, ilustrar el impacto alcanzado en beneficio de la salud adolescente, realizar una rendición de cuentas transparente, contribuyendo a validar las inversiones ejecutadas y justificar la necesaria continuidad de estas. La recolección de datos para analizar y utilizar esa información, con miras a mejorar la calidad de la atención, es también considerado un estándar de calidad para mejorar los servicios de SSRA.

9. Investigación

Los países de la subregión promoverán que se siga investigando en SSRA, ya que aún se requiere, de manera transversal, seguir avanzando en el conocimiento a profundidad, tanto de las necesidades como de los factores que influyen en la problemática de la SSRA en la subregión. Se estimulará la investigación aplicada, así como la epidemiológica, con diversas

³⁷ UNESCO. (2018). Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad. Un enfoque basado en la evidencia. Publicado por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, la Secretaría de

metodologías complementarias, que permitan generar nuevo conocimiento para la toma de decisiones. Particular interés se debe focalizar en la investigación en grupos de población que no han sido visibles, así como de los que existe menor conocimiento respecto de sus necesidades, como son los grupos de adolescentes rurales, afrodescendientes y otros. La investigación deberá promoverse ampliamente, para monitorear los avances de las políticas públicas en los países, realizar investigación en el área de la atención clínica, y sistematizar las diversas intervenciones que se realicen, generando y difundiendo evidencia científica, de manera que las experiencias que resulten exitosas se puedan replicar y escalar.

10. Participación comunitaria

Promover el compromiso de la comunidad, en particular de la población adolescente y su entorno cercano, permite que se apropien y validen las políticas y las diferentes acciones de prevención, de tal forma que contribuyan a que resulten oportunas y adecuadas. La implementación de programas comunitarios de abordaje integral, con la contribución de gobiernos locales, organizaciones comunitarias, familias, los pares adolescentes y la comunidad en general, son estrategias a motivar. Comunidades e individuos pueden influir en las normas sociales, valóricas, culturales y de género que impactan en la SSRA, y colaborar, por ejemplo a: promover hábitos de vida saludable; estimular el desarrollo de niñas, niños y adolescentes, evitando adelantar etapas en su desarrollo psicosexual que puedan afectar su salud; empoderar a las niñas y cuestionar las normas que condonan el sexo bajo coacción, con el fin de disminuir las relaciones sexuales en esas situaciones, incorporando también a los varones en estos cambios culturales, incluida la prevención de la violencia de género y el abuso sexual; evitar las uniones tempranas y más aún las no consensuadas; reconocer la actividad sexual previa al matrimonio como una realidad y respaldar la entrega de anticonceptivos a adolescentes que lo requieren, para la prevención del embarazo. En resumen, cimentar una acción colectiva que pueda contribuir al desarrollo humano integral, saludable y al bienestar de los adolescentes, que redundará en beneficio para toda la población.

11. Abogacía

La abogacía es una estrategia incorporada en el modelo de abordaje de Promoción de la Salud, que combina acciones individuales y sociales destinadas, por un lado, a superar resistencias, prejuicios y controversias y por otro lado, busca conseguir compromisos y apoyo para las políticas de salud, aceptación social y apoyo de los sistemas para un determinado objetivo o programa. Mantener en la agenda pública de manera destacada la importancia de la SSRA y de la prevención del embarazo en la adolescencia, es una estrategia esencial, dirigida a aunar esfuerzos e influir efectivamente en todos los niveles de decisión, para promover, respaldar y colaborar de manera efectiva a minimizar resistencias, superar prejuicios y controversias que se dan en la sociedad y limitan el avance. Se debe contemplar

una estrategia de carácter intersectorial, coherente con la mirada multifactorial de esta problemática, convocando e involucrando a actores claves. Incorporar a adolescentes en esta tarea es gravitante, otorga credibilidad a los temas de salud que se plantean, se les permite que ellos mismos puedan aportar y gestionar las propuestas en búsqueda de soluciones y avances.

12. Articulación intersectorial

Concordante con los acuerdos que han realizado los ministros y ministras de salud de los países de la subregión Andina y que se ha enfatizado en este documento, los países realizarán un esfuerzo por convocar y articular a los sectores que de una u otra manera contribuyen a propiciar un desarrollo adolescente saludable, convergiendo en acciones que apunten a una oferta de oportunidades que contribuyan a su desarrollo humano integral. Según el contexto de los países, en una propuesta dinámica que dé cuenta de las diversas realidades, entre los sectores convocados a participar se encuentran: Salud; Educación; de la Mujer; de Desarrollo y/o Protección Social; Economía; Legislación y Justicia; Trabajo; Cultura, Deportes y Recreación; Migrantes; y Juventud.

La sinergia entre los sectores de salud y educación, merece una mención en particular, por considerarse que en la población adolescente y en el área de la SSR, generan un elevado beneficio. Las escuelas juegan un papel vital en el bienestar de los estudiantes, las familias y sus comunidades en general, y contribuyen de manera significativa como agentes promotoras de la salud ³⁸. El creciente número de adolescentes que asisten a la escuela y la reducción de la brecha de género en la educación, ofrece una sólida oportunidad para intensificar la colaboración entre ambos sectores. Se considera que el sistema escolar es una plataforma rentable y equitativa para ofrecer componentes del paquete de intervenciones esenciales de SDRS a los adolescentes ³². A su vez, desde salud se podrá contribuir a promover mecanismos que permitan apoyar la continuidad del desarrollo educativo de madres y padres adolescentes, asegurando su continuidad educativa y evitando la desescolarización, contribuyendo así, a que puedan alcanzar un mayor grado de capacitación para su posterior incorporación al campo laboral.

³⁸ World Health Organization and the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. (2021). Making every school a health-promoting school: global standards and indicators for health-promoting schools and systems.



IMPLEMENTACIÓN Y FINANCIAMIENTO

IX. IMPLEMENTACIÓN Y FINANCIAMIENTO

Los países de la subregión Andina participantes del Organismo Andino de Salud, Convenio Hipólito Unanue, acordarán comprometerse a la ejecución de esta política con todos y cada uno de sus componentes, adecuándola a sus constituciones y realidades y, de ser necesario, modificando su marco normativo interno para facilitar su implementación, así mismo gestionarán el financiamiento necesario, oportuno y sostenido, para hacerla efectiva.

En lo referente al financiamiento, las recomendaciones para alcanzar la cobertura universal de salud para los adolescentes, señalan que todos los adolescentes deben estar cubiertos por fondos mancomunados, prepagos y obligatorios para los servicios de salud que necesitan. Las barreras financieras constituyen un obstáculo importante para la atención de adolescentes y adultos jóvenes en muchos países, debido a su acceso limitado a los recursos financieros. Por otra parte, se afirma que la evidencia demuestra que, en lugar de invertir en enfoques verticales, los programas son más efectivos si están diseñados para abordar múltiples factores de riesgo y



conjuntos de vulnerabilidades, por lo que recomiendan calcular los costos como parte de un paquete integral de intervenciones de salud para los adolescentes, basado en el análisis de situación y en las barreras.

Con respecto al área de la salud mental, área de salud prioritaria en la adolescencia y que también se ve ligada con los temas de salud sexual y reproductiva, cabe recordar que en la reunión de ministros de junio de este año 2021, hubo acuerdo en declarar que se requiere el incremento del presupuesto para salud mental, considerando la situación actual y futura que se debe enfrentar. Es así como resolvieron: "Fortalecer los servicios de salud mental, recomendando realizar una exploración presupuestaria con quien corresponda, para incrementar las asignaciones a la Salud Mental con el fin de contribuir y facilitar el acceso de la población a los servicios..." (Resolución XXXIX/548 – 2021, Anexo 10). Lo anterior atañe también a la población adolescente, grupo objetivo de la presente política.



MONITOREO Y EVALUACIÓN

X. MONITOREO Y EVALUACIÓN

El Comité Andino de Prevención del Embarazo Adolescente bajo la coordinación del Organismo Andino de Salud–Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), elaborará el Plan de Acción de esta política Andina, estableciendo indicadores de gestión y resultados. De este plan derivarán los planes operativos subregionales, los que serán puestos a consideración para aprobación de los ministros y ministras de Salud del área Andina y/o de otros sectores donde esté anclado el tema, dependiendo de la realidad de cada país, contando para ello con el apoyo técnico del Fondo de Población de Naciones Unidas- UNFPA, de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, así como otras entidades de cooperación técnica.

Se contará con un sistema de monitoreo y evaluación, que proporcione la información necesaria para realizar seguimiento y evaluar el proceso de implementación de acuerdos y decisiones y, que entregue evidencia para sugerir cambios en caso que sean necesarios, en función del impacto sanitario logrado con las intervenciones realizadas. En esta tarea se tendrán en cuenta los indicadores que serán

establecidos en el Plan de Acción de la Política Andina de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, con énfasis en Prevención del Embarazo en la Adolescencia, así como los necesarios en el contexto de los acuerdos internacionales para monitorear los avances en la salud sexual y reproductiva, como por ejemplo, los destinados a alcanzar las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y los de seguimiento de las Conferencias Internacionales de Población y Desarrollo.





ANEXOS

- 1)** Resolución REMSAA XXXIX/54 (2021)
- 2)** Resolución REMSAA XXVIII/437 (2007)
- 3)** Resolución REMSAA XXIX/446 (2008)
- 4)** Resolución XXIV/4 (2010)
- 5)** Declaración de Medellín (2011)
- 6)** Resolución XXVI/3 (2011)
- 7)** Resolución XXXIII/478 (2012)
- 8)** Resolución XXXVI/515 (2017)
- 9)** Resolución XXXVII/523 (2018)
- 10)** Resolución XXXIX/548 (2021)

1) Resolución XXXIX/547 (2021)



Lima, 11 de junio de 2021

Resolución REMSAA XXXIX/547

MESA ANDINA INTERSECTORIAL DE CONCERTACIÓN CONTRA LAS DESIGUALDADES EN SALUD

La Ministra y Ministros de Salud de los países miembros;

Considerando:

- Que, el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue tiene como visión "avanzar significativamente en el ejercicio efectivo del derecho a la salud de su población". La misión que rige su razón de ser y acciones que realiza consiste en: "Armonizar, articular e implementar las decisiones en materia de salud, a través de políticas públicas, planes, proyectos, investigaciones conjuntas, intercambios de experiencias e iniciativas de cooperación técnica, para combatir las desigualdades e inequidades en salud".
- Que, varios Comités Técnicos, han identificado como prioridad incorporar el análisis de las desigualdades sociales de salud y trabajar en su reducción.
- Que, en la Declaración de la V Reunión de Representantes de Órganos e Instituciones del Sistema Andino de Integración (25 de marzo, 2021) se reconoce al ORAS-CONHU como el referente en salud, por la labor que realiza en la coordinación y ejecución de acciones conjuntas entre los países miembros para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la salud de la población de la región y su compromiso para apoyar e impulsar acciones orientadas a fortalecer el Sistema Andino de Integración a partir de las siguientes líneas de trabajo: a) Fortalecimiento de la implementación de la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. b) Fortalecimiento de los Sistemas de Salud, reconociendo la salud como eje prioritario del desarrollo. c) Identificación y desarrollo de acciones encaminadas a favorecer a las personas afectadas por la pandemia de la COVID-19, especialmente de las más vulnerables.
- Que, en cumplimiento de su visión y misión, desde que se inició la pandemia, el equipo del ORAS-CONHU realiza dos reuniones semanales para el análisis de la situación epidemiológica en el mundo y la región; conversatorios con expertos; reuniones virtuales con autoridades nacionales de salud de los seis países andinos, *webinars*, entre otras actividades, en las cuales se ha evidenciado la mayor afectación por las enfermedades y sus consecuencias en grupos sociales en desventaja, asociada con la interseccionalidad de desigualdades (generadas por: ingresos, pertenencia étnica, contexto territorial, razones de género, algún tipo de violencia, generacionales, entre otras) y se ha reiterado como prioridad la necesidad de identificar, prevenir y actuar sobre ellas.
- Que, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) son un punto de referencia y una hoja de ruta que reflejan el consenso de los gobiernos y la sociedad en torno al desarrollo sostenible con la igualdad en el centro. Los ODS reafirman el compromiso internacional de poner fin a la pobreza. Su meta es que nadie se quede atrás.



- Que, la experiencia ha demostrado que el trabajo conjunto y la cooperación entre países genera complementariedad, posibilita reconocer las potencialidades de la diversidad y avanzar en la igualdad de los derechos y el bienestar.

Resuelven:

1. Aprobar la conformación de la Mesa Andina Intersectorial de Concertación contra las Desigualdades en Salud, que propicie la creación de un sistema de monitoreo regional con énfasis en la reducción de las desigualdades sociales de salud y la incidencia en políticas públicas para alcanzar las metas del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3: *Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.*
2. Encargar a la Secretaría del ORAS-CONHU, para que junto con el Punto Focal designado por cada Ministerio de Salud Andino, el apoyo de la OPS/OMS, otros organismos internacionales y organizaciones sociales articule el desarrollo de un proceso participativo de conformación y fortalecimiento de la Mesa Andina Intersectorial de Concertación contra las Desigualdades en Salud.
3. Encargar al ORAS-CONHU coordinar con la Secretaría General de la Comunidad Andina para la realización de las acciones intersectoriales.

CERTIFICAMOS: *Que el texto de la Resolución que antecede fue aprobado en la XXXIX REMSAA, realizada de manera virtual el 11 de junio de 2021.*



Escanea el código QR para
XIMENA GARZÓN VILLALBA

DRA. XIMENA GARZÓN-VILLALBA
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA
DE ECUADOR
PRESIDENTA DE LA REMSAA XXXIX

DRA. MARÍA DEL CARMEN CALLE DÁVILA
SECRETARIA EJECUTIVA
ORGANISMO ANDINO DE SALUD
CONVENIO HIPÓLITO UNANUE

2) Resolución XXVIII/437 (2007)



Santa Cruz de la Sierra, 30 de marzo del 2007

Resolución REMSAA XXVIII/437

PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Las Ministras y Ministros de Salud de los países miembros

Considerando

1. Que las Ministras y Ministros de Salud de los países del área andina en la Resolución REMSAA XIX/333, reconocen la Salud Materno Infantil como una prioridad para la subregión.
2. Que a nivel de la Subregión Andina se estima en más de 28 millones la población adolescente, la cual representa alrededor del 20% del total de la población.
3. Que el porcentaje de adolescentes que son madres y/o están embarazadas es muy elevado, con cifras entre 12.7% y 20.5%.
4. Que la mortalidad materna en adolescentes no ha disminuido en los últimos años como si lo ha hecho en los demás grupos etáreos.
5. Que el porcentaje de embarazos no deseados entre las adolescentes que son madres y/o están embarazadas es de alrededor del 60%.
6. Que el embarazo no deseado en adolescentes altera sus expectativas de un mayor logro educativo, desarrollo integral, y ejercicio de derechos, que, en condiciones de ruralidad, marginalidad y exclusión social, perpetúan el ciclo intergeneracional de la pobreza.

Resuelven

1. Reconocer las consecuencias del embarazo no planificado en adolescentes como un problema de Salud Pública dentro de la Subregión y declarar prioritarios los planes para su prevención y atención integral.
2. Designar un representante de los Ministerios para conformar el Comité Subregional Andino para abordar los temas que determinan el embarazo no planificado en adolescentes.



3. Instruir a dicho Comité que, en trabajo conjunto con el UNFPA y la OPS/OMS, elabore un Plan Andino que aborde los temas que determinan el embarazo no planificado en adolescentes, respetando la diversidad cultural y la normativa de cada país; a ser presentado y sometido a aprobación de los Ministros en próxima REMSAA.

CERTIFICAMOS: Que el texto de la Resolución que antecede fue aprobado en la XXVIII Reunión Ordinaria de Ministros de Salud del Área Andina, realizada en Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, los días 29 y 30 de marzo del 2007.

En fe de lo cual expedimos la presente certificación en Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, el 30 de marzo del 2007.

DRA. NILA HEREDIA
MINISTRA DE SALUD DE BOLIVIA
PRESIDENTA DE LA XXVIII REMSAA

DR. OSCAR FEO ISTURIZ
SECRETARIO EJECUTIVO
ORGANISMO ANDINO DE SALUD

3) Resolución XXIX/446 (2008)



Quito, 10 de abril del 2008

Resolución REMSAA XXIX/446

DETERMINANTES SOCIALES Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Las Ministras y Ministros de Salud de los países miembros,

Considerando:

1. Que los principales problemas de salud de la población están ligados al efecto nocivo de los determinantes sociales y que por lo tanto, el abordaje mas adecuado de estos problemas se consigue con un trabajo intersectorial, integral e integrado y con la activa participación social.
2. Que en la XXVIII REMSAA realizada en Santa Cruz de la Sierra en Marzo 2007, mediante Resoluciones 436 y 437, las Ministras y Ministros de Salud solicitaron la Conformación de los Comités Andinos para abordar los temas que determinan el Embarazo no planificado en Adolescentes y la Erradicación de la Desnutrición Infantil en la Región Andina y que se preparen Planes Andinos que garanticen un trabajo coordinado y articulado entre los países y de manera multisectorial.
3. Que en la XXVIII REMSAA realizada en Santa Cruz de la Sierra en Marzo 2007, mediante Resoluciones 431 y 432, las Ministras y Ministros de Salud solicitaron coordinar la implementación de los **Planes Andino de Salud Intercultural y de Lucha contra el Tabaquismo** con el apoyo técnico-financiero de la OPS/OMS y otras instituciones de cooperación.
4. Que en la XXVIII REMSAA realizada en Santa Cruz de la Sierra en Marzo 2007, mediante Resolución 430, se aprobó el Plan Subregional de VIH/SIDA para el Sector Salud 2007-2010, se encargó al ORAS CONHU, OPS y ONUSIDA la preparación de una propuesta de Proyecto Multipaís sobre VIH/SIDA y Tuberculosis para ser presentada a organismos internacionales de financiamiento, incluyendo al Fondo Mundial y se instruyó a la Comisión Técnica Subregional de SIDA apoyar a la Comisión Técnica Subregional para la Política de Acceso a Medicamentos en la realización de la III Negociación conjunta de medicamentos antirretrovirales.

Resuelven:

1. Instruir a la Secretaría Ejecutiva que diseñe una metodología que permita el desarrollo de un trabajo articulado entre las Comisiones Técnicas, teniendo como lineamiento principal la intersectorialidad y la participación social.
2. Aprobar los Planes de trabajo para la Prevención del Embarazo en Adolescentes y Erradicación de la Desnutrición elaborado por los Comités y solicitar al ORAS CONHU que con apoyo de la OPS/OMS, UNFPA, UNICEF, AECID, Instituto de Salud Pública de Madrid y otras instituciones, facilite el desarrollo de los mismos y del proyecto de Salud Intercultural, garantizando el abordaje de los Determinantes Sociales.



Valorar los avances realizados por el Comité Subregional Andino de Lucha contra el Tabaco y considerar como concluido el trabajo realizado por el Comité, instando a los países a continuar la implementación de los planes nacionales de lucha contra el Tabaco.

3. Facilitar la implementación de las acciones contempladas en el Plan Regional Andino de VIH/SIDA.

Continuar con las acciones necesarias para presentar una propuesta multipaís, a través del MCR, a la 8va. Ronda del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

Instruir al ORAS CONHU que, con apoyo de ONUSIDA, OPS y otras Instituciones, facilite el desarrollo del Plan Subregional de Lucha contra el Estigma y la Discriminación de personas que viven con VIH y grupos poblacionales más expuestos, en el Marco del Acceso Universal a la Prevención, Tratamiento, Atención y Apoyo en VIH/SIDA.

Solicitar al ORAS CONHU que con apoyo de la OPS, ONUSIDA, otras Instituciones de Cooperación, trabaje el Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación en VIH/SIDA a nivel Subregional.

***CERTIFICAMOS:** Que el texto de la Resolución que antecede fue aprobado en la XXIX Reunión Ordinaria de Ministros de Salud del Área Andina, realizada en Quito, Ecuador, los días 09 y 10 de abril de 2008.*

DRA. CAROLINE CHANG
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA DE ECUADOR
PRESIDENTA DE LA XXIX REMSAA

DR. OSCAR FEO ISTÚRIZ
SECRETARIO EJECUTIVO
ORGANISMO ANDINO DE SALUD

4) Resolución XXIV/4 (2010)



REMSAA Extraordinaria XXIV/4

Caracas, 19 de octubre de 2010

PREVENCIÓN DEL EMBARAZO NO PLANIFICADO EN ADOLESCENTES

Las Ministras y Ministros de Salud de los países miembros,

Considerando:

- Que mediante la Resolución REMSAA XXVIII/437 "Prevención del Embarazo en Adolescentes" los Ministros de Salud instruyeron la conformación de un Comité Subregional Andino para abordar los temas que determinan el embarazo no planificado en adolescentes y la elaboración de un plan de trabajo. Siendo aprobado dicho Plan, mediante Resolución REMSAA XXIX/446.
- Que en el Diagnóstico Andino de la Situación del Embarazo en Adolescentes se ha identificado la Muerte Materna como uno de los principales problemas de Salud Pública y que el embarazo en adolescentes, entre los 10 y 14 años, es un problema de salud pública aún no cubierto.
- Que con el objetivo de apoyar los esfuerzos y las acciones que los Ministerios de Salud realizan a fin de garantizar el acceso a los servicios de salud de las/os adolescentes, se requiere identificar aspectos que directa o indirectamente dificultan el acceso a los mismos.
- Que el Comité Subregional Andino y el Consejo de Adolescentes y Jóvenes han identificado la necesidad de realizar acciones de abogacía que facilite la ejecución del plan con involucramiento de otros sectores y de la sociedad en general, haciéndose necesario establecer la Semana Andina para la Prevención del Embarazo no planificado en Adolescentes.

Resuelven:

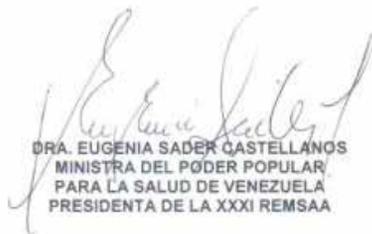
1. Solicitar la continuidad del trabajo realizado por el Comité Subregional y Socios Estratégicos y su extensión al tema de Muerte Materna con enfoque intercultural que signifique énfasis en población vulnerable incluida las poblaciones originarias.
2. Instruir a la Secretaría del Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue para que con apoyo de Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA, Fondo de las Naciones Unidas para Infancia - UNICEF, Organización Panamericana de la Salud - OPS, y otras agencias de cooperación vinculadas al tema, incluyan y ejecuten en el marco del Plan Andino acciones para el Abordaje del Embarazo no planificado en Adolescentes en menores de 14 años y sus causas por ser un problema de salud pública para la Subregión Andina.
3. Instruir al Comité Subregional Andino para la prevención del embarazo no planificado en adolescente que aborde el tema del abuso sexual y embarazo en adolescentes relacionado con el mismo, incluida la revisión de los aspectos jurídicos relacionados al abuso sexual.

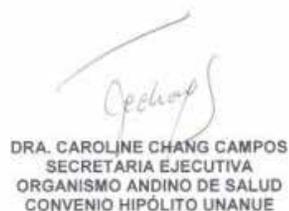


- 2 -

4. Solicitar al Comité Subregional Andino que realice un análisis de los aspectos jurídicos y normas vinculadas con la oferta de servicios de salud para adolescentes en los países, con recomendaciones que faciliten el acceso de las/os adolescentes a los mismos.
5. Aprobar la cuarta semana de septiembre como "La Semana Andina para la Prevención del Embarazo en Adolescentes", realizando las acciones nacionales pertinentes para la implementación de la misma.

CERTIFICAMOS: Que el texto de la Resolución que antecede fue aprobado en la XXIV Reunión Extraordinaria de Ministros de Salud del Área Andina, realizada el 19 de octubre de 2010.


DRA. EUGENIA SADER CASTELLANOS
MINISTRA DEL PODER POPULAR
PARA LA SALUD DE VENEZUELA
PRESIDENTA DE LA XXXI REMSAA


DRA. CAROLINE CHANG CAMPOS
SECRETARIA EJECUTIVA
ORGANISMO ANDINO DE SALUD
CONVENIO HIPÓLITO UNANUE

5) Declaración de Medellín (2011)

Medellín, 1 septiembre del 2011

DECLARACIÓN DE MEDELLÍN SOBRE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL ÁREA ANDINA

CONSIDERANDO

Que a nivel de la subregión andina¹ se estima que la población de adolescentes entre 10-19 años asciende a más de 29 millones de personas, lo cual representa el 20% del total de la población en la subregión, constituyendo uno de los pilares fundamentales para el desarrollo social.

Que América Latina y el Caribe es una región en transición demográfica donde la suma de políticas sociales en educación, salud y desarrollo económico dirigidas a fomentar la equidad en las oportunidades para adolescentes y jóvenes, es indispensable para capitalizar el bono demográfico.

Que, a diferencia de otros grupos etarios, la tasa de fecundidad adolescente no ha disminuido en la mayoría de los países de la subregión andina. Los nacimientos en madres adolescentes en la subregión representan el 18% del total de nacimientos, lo cual constituye una preocupación por sus efectos negativos sobre el desarrollo integral de las mujeres, hombres, hijos e hijas, familias y de la sociedad a la que pertenecen, alterando sus expectativas de un mayor logro educativo, desarrollo integral, y ejercicio de derechos, que en condiciones de ruralidad, marginalidad y exclusión social, perpetúan el ciclo intergeneracional de la pobreza.

Que el acceso universal a los servicios con atención diferenciada para adolescentes, hombres y mujeres, con énfasis en la salud sexual y reproductiva, incluyendo la prevención del embarazo en adolescentes, forma parte del derecho a la salud y constituye uno de los objetivos del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD, Cairo 1994) y es una de las metas para alcanzar los Objetivos del Desarrollo Milenio (ODM), particularmente el objetivo 5 (a y b), el cual presenta el mayor rezago para su cumplimiento en la subregión.

¹ Subregión Andina: Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela

Que la experiencia y evidencia disponible indican la necesidad de la activa participación de todos los sectores que tienen responsabilidades sobre los determinantes relacionados con el embarazo en adolescentes, especialmente educación y salud, en las políticas, estrategias y programas de prevención y reducción de la fecundidad precoz.

Que es necesaria la participación protagónica de las y los adolescentes, jóvenes, y de la comunidad, desde el nivel local, en el diseño, ejecución y evaluación de las políticas, estrategias y programas dirigidos a la prevención y reducción del embarazo en adolescentes.

Que las Ministras y Ministros de Salud y Educación del Área Andina, aprobaron las Resoluciones REMSAA 436, 437, 456 y 4 en REMSAA extraordinaria; reconociendo las consecuencias del embarazo en adolescentes como un importante problema social y de salud pública en la subregión, declararon prioritarios los planes nacionales para su prevención y atención integral.

Que siguiendo las recomendaciones de la Resolución REMSAA 456 se elaboró y puso en marcha el Plan Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (PLANEA) para garantizar el acceso universal a los servicios de salud para adolescentes, en el marco de los acuerdos de la CIPD y la Declaratoria de México "Educar para Prevenir". En este contexto los países firmantes han implementado políticas, planes, programas de educación en derechos sexuales y reproductivos y servicios amigables en salud sexual y reproductiva para adolescentes.

Que el Ministerio de la Protección Social de Colombia (MPS), el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unzué (ORAS CONHU) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), con el auspicio de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), han convocado a una Reunión de Alto Nivel con el fin de analizar los avances y desafíos en materia de prevención del embarazo adolescente en el área andina, en el marco de la iniciativa del Fondo UNFPA/AECID para este campo, ejecutada en Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, en colaboración con sus socios estratégicos Family Care International (FCI) y la Organización Iberoamericana de Juventud (OIJ) durante el período 2008-2011.

DECLARAN

1. Fortalecer las acciones de respuesta y los compromisos asumidos por los gobiernos, organizaciones de jóvenes y sociedad civil, en el periodo de ejecución del Plan Andino para la Prevención del Embarazo Adolescente (PLANEA), apoyado por UNFPA con auspicio de AECID, coadyuvando al cumplimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (Cairo, 1994) y de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).
2. Acelerar la ejecución de las acciones necesarias, contempladas en el PLANEA y planes nacionales orientadas a disminuir el embarazo adolescente, incluyendo acciones específicas para prevenir el embarazo en menores de 15 años, a la luz de la evidencia científica.
3. Propiciar la colaboración entre las instancias competentes tanto del poder ejecutivo como legislativo, en los países donde sea el caso, para garantizar un marco legal apropiado para la implementación de las acciones en la prevención del embarazo adolescente.
4. Crear y consolidar los mecanismos formales para la planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de las acciones del PLANEA y de los planes nacionales, regionales y locales para la prevención del embarazo adolescente, garantizando la participación de adolescentes, de la sociedad civil y la vinculación entre sectores.
5. Reconocer el consejo de jóvenes del PLANEA como punto de referencia para la movilización social e incidencia política.
6. Garantizar el acceso universal a servicios de salud para adolescentes y a una educación sexual integral, privilegiando el trabajo y la coordinación intersectorial, en el marco de los derechos sexuales y reproductivos, con los enfoques de género, interculturalidad y generacional.
7. Propiciar que el trabajo intersectorial se enmarque en procesos más amplios de desarrollo para afectar los determinantes que influyen sobre el embarazo adolescente.
8. Fortalecer acciones para la prevención del abuso y violencia sexual y reforzar los mecanismos para la atención, protección y restitución de derechos de los casos relacionados con ellos y el embarazo adolescente derivado de estos, incluyendo la revisión del marco jurídico, de ser pertinente.

9. Destinar y/o movilizar recursos humanos y financieros en cada uno de los países de la subregión andina para la implementación, monitoreo y evaluación de procesos, resultados e impacto del PLANEA, así como promover la sistematización de buenas prácticas y alentar el intercambio y cooperación sur-sur entre los países de la subregión andina.
10. Fomentar el uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos.
11. Propiciar el compromiso de otros sectores sociales como los partidos políticos, la empresa privada, los medios de comunicación, entre otros, para facilitar la implementación de las acciones en los niveles nacional, regional y local.
12. Instar a los organismos de cooperación internacional en particular al Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), y a la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) así como al Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (ORAS CONHU), Family Care International (FCI) y a la Organización Iberoamericana de Juventud (OIJ), a continuar su apoyo a los procesos regionales y nacionales.

Dada en la ciudad de MEDELLÍN, Colombia el día 1º de septiembre del 2011.



María del Pilar Chávez
Ministerio de Educación
BOLIVIA



Nila Heredia
Ministerio de Salud y Deporte
BOLIVIA



María Cecilia McKay
Ministerio de Educación
CHILE



Jaime Mañalich Muxi
Ministerio de Salud
CHILE

Mauricio Perfetti
Ministerio de Educación
COLOMBIA

Beatriz Londoño
Ministerio de la Protección Social
COLOMBIA

Alberto Tejada
Ministerio de Salud
PERÚ

David Chiriboga
Ministerio de Salud Pública
ECUADOR

Janeth Sánchez
Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social
Ecuador

María del Mar Humberto
AECID

Miriam Morales
Ministerio del Poder Popular para la Salud
VENEZUELA

Paul Giovanni Rodríguez
OU

Marcela Suazo
ACRO - UNFPA

Caroline Cheng
ORAS CONHU

Martha Murdock
FCI

Linda Criollo
Consejo Andino de Jóvenes
PLANEA

6) Resolución XXVI/3 (2011)



REMSAA Extraordinaria XXVI/3

Lima, 06 de Diciembre de 2011

PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Las Ministras y Ministros de Salud de los países miembros,

Considerando:

1. Que en el marco del Plan Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes se identificaron los aspectos legales que en algunos países, generan una barrera para el acceso a los servicios de salud para adolescentes, así como la necesidad de que en ellos se realice la revisión y modificación de los mismos para garantizar en los adolescentes el ejercicio del derecho a acceder a servicios de salud de calidad.
2. Que en la Declaración de Medellín, llevada a cabo el 01 de septiembre de 2011, los Ministros de Salud, Educación y Desarrollo Social ratificaron que el embarazo en las adolescentes no sólo es un problema de salud pública sino también de orden social, requiriéndose de un trabajo articulado entre los diversos sectores que influyen en el desarrollo, formación y salud de los adolescentes.

Resuelven:

1. Instruir a los departamentos técnicos y jurídicos de los Ministerios de Salud, en los que se han identificado aspectos legales que generan una barrera para el acceso a los servicios, elaboren una propuesta de observaciones, modificación y/o adecuación de normas y/o leyes de acuerdo a la realidad y necesidad de cada país, con base a los resultados del análisis sobre el marco legal realizado por la Comisión Andina para la Prevención del Embarazo en Adolescentes.
2. Instruir al Comité Subregional Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes que formule una Política Andina sobre Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes, con participación intersectorial y de jóvenes, que contribuya con los países para que garanticen el acceso a información/consejería, a servicios de salud amigables con atención diferenciada y a métodos anticonceptivos en los países andinos.
3. Solicitar a la Secretaría Ejecutiva promover en los diversos espacios de integración regional, la incorporación del tema prevención del embarazo en adolescentes, en las agendas de trabajo de los diversos espacios de integración y contribuir en el cumplimiento de los objetivos del milenio relacionados con el tema y gestione la movilización de recursos que permitan la ejecución de estas actividades.

CERTIFICAMOS: Que el texto de la Resolución que antecede fue aprobado en la XXVI Reunión Extraordinaria de Ministros de Salud del Área Andina, realizada en Lima, el 06 de Diciembre de 2011.


DR. JAIME MAÑALICH
MINISTRO DE SALUD DE CHILE
PRESIDENTE DE LA XXXII REMSAA


DRA. CAROLINE CHANG
SECRETARIA EJECUTIVA
ORGANISMO ANDINO DE SALUD
CONVENIO HIPOLITO UNANUE

7) Resolución XXXIII/478 (2012)



Bogotá, 23 de noviembre de 2012

Resolución REMSAA XXXIII/478

POLÍTICA ANDINA: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES CON ÉNFASIS EN LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

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

Considerando:

1. Que con Resolución REMSAA XXVIII/437, emitida en Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, el 30 de marzo del 2007, los Ministros de Salud reconocen las consecuencias del embarazo adolescente, como un problema de Salud Pública dentro de la Subregión y declaran prioritarios los planes para su prevención y atención integral.
2. Que con Resolución REMSAA Extraordinaria XXVI/3, emitida en Lima, Perú, el 6 de Diciembre del 2011, los Ministros de Salud resuelven instruir el Comité Subregional Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, formular una Política Andina sobre Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes, con participación intersectorial y de jóvenes, que contribuya con los países para que garanticen el acceso a información, orientación/consejería, a servicios de salud amigables con atención diferenciada y a métodos anticonceptivos en los países andinos.
3. Que en reunión conjunta de la Comisión Andina para la Prevención del Embarazo en Adolescentes y el Consejo Andino Asesor de Altas Autoridades de la Mujer e Igualdad de Oportunidades (CAAAMI), llevada a cabo en Bogotá, Colombia los días 31 de mayo y 01 de junio del 2012, se identificaron las líneas generales de la Política Andina y se acordó que de manera conjunta entre el CAAAMI y el ORAS CONHU se elabore una propuesta de lineamientos estratégicos para hacer frente al embarazo en adolescentes.
4. Que la Comisión Andina para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, en reuniones presenciales y virtuales elaboró la Política Andina: Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, con énfasis en la prevención del embarazo.

Resuelven:

1. Aprobar la Política Andina: Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes con énfasis en la Prevención del Embarazo.



2. Encargar a la Comisión Andina para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, la elaboración, implementación, monitoreo y evaluación del Plan de Acción de la Política Andina, de manera conjunta con la Secretaría Ejecutiva del ORAS /CONHU y con el apoyo del Consejo Andino Asesor de Altas Autoridades de la Mujer – CAAAMI, UNFPA, OPS y otras instituciones y sectores de acuerdo con sus competencias, a través de sus respectivos planes, programas y estrategias.

CERTIFICAMOS: Que el texto de la Resolución que antecede fue aprobado en la XXXIII Reunión de Ministros de Salud del Área Andina, realizada el 23 de Noviembre de 2012.


ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
MINISTRO DE SALUD Y PROTECCION
SOCIAL DE COLOMBIA
PRESIDENTE DE LA XXXIII REMSAA


CARDINE CHANG CAMPOS
SECRETARIA EJECUTIVA
ORGANISMO ANDINO DE SALUD
CONVENIO HIPOLITO UNANUE

8) Resolución XXXVI/515 (2017)



Caracas, 05 de mayo de 2017

Resolución REMSAA XXXVI/515

PLAN ANDINO PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

El Ministro y las Ministras de Salud de los países miembros:

Considerando:

- Que, el ORAS CONHU viene trabajando desde el 2007 la Prevención del Embarazo en Adolescente por mandato de la Resolución REMSAA XXVIII/437. Aprobándose el Plan Andino para la prevención del embarazo en adolescentes a través de la Resolución REMSAA XXIX/446.
- Que, en el diagnóstico de la situación del embarazo en adolescentes en la Subregión Andina, llevado a cabo el 2009 se identificó que la tasa de fecundidad en cada uno de los países miembros del ORAS CONHU era más alta que el promedio mundial.
- Que, la Resolución REMSAA XXXIII/478 en noviembre de 2012 aprueba la Política Andina de Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes con énfasis en la prevención del embarazo; la misma que sirve de marco referencial para las Políticas y Planes Nacionales en los países andinos.
- Que, en el último diagnóstico andino de la situación del embarazo en adolescentes del 2016, se observa que a pesar de los avances en políticas y programas para la prevención y reducción del embarazo en la adolescentes, la tasa de fecundidad no ha mostrado grandes cambios en la subregión, ameritando que se desarrollen acciones efectivas con la participación de diferentes actores, principalmente adolescentes.

Resuelven:

1. Incrementar los esfuerzos para la prevención con carácter intersectorial, enmarcando las acciones en enfoques transversales que posibilitan el ejercicio y reconocimiento de los derechos humanos, los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes, los contextos culturales, la igualdad de género y la participación social.



2. Aprobar el Plan Andino para la Prevención y Reducción del Embarazo en Adolescentes con enfoque integral 2017 - 2021, elaborado con apoyo del Fondo de Población de Naciones Unidas - UNFPA.
3. Instruir al ORAS CONHU, establecer alianzas estratégicas que permitan la implementación del Plan Andino para la Prevención y Reducción del Embarazo en Adolescentes 2017 - 2021.

CERTIFICAMOS: Que el texto de la Resolución que antecede fue aprobado en la XXXVI Reunión Ordinaria de Ministros de Salud del Área Andina, realizada en Caracas, Venezuela, el 05 de mayo de 2017.

DRA. ANTONIETA CAPORALE ZAMORA
MINISTRA DEL PODER POPULAR PARA LA
SALUD DE VENEZUELA
PRESIDENTE DE LA XXXVI REMSAA

DRA. NILA HEREDIA MIRANDA
SECRETARIA EJECUTIVA
ORGANISMO ANDINO DE SALUD
CONVENIO HIPÓLITO UNANUE

9) Resolución XXXVII/523 (2018)



Quito, 6 noviembre de 2018

Resolución REMSAA XXXVII/523

SITUACIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN LOS PAÍSES ANDINOS

Las Ministras y Ministros de Salud de los países miembros;

Considerando:

- Que, en la región andina Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela, se han venido realizando diferentes esfuerzos desde los gobiernos para disminuir el embarazo en adolescentes. El Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue con apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas han contribuido con estos esfuerzos fortaleciendo el mandato de las Ministras y los Ministros de Salud de los países andinos. En este marco, la Resolución Ministerial de Salud en Adolescentes -REMSAA XXVIII/437- otorga respaldo a la creación de una Comisión Técnica encargada de elaborar el Plan Andino de Prevención del Embarazo en Adolescentes que se implementó a partir de junio de 2008, con el objetivo de fortalecer las acciones que los Ministerios de Salud están desarrollando en favor de los y las adolescentes y jóvenes de la región.¹
- Que, el embarazo en adolescentes en América Latina y el Caribe (ALC) constituye un problema de salud pública, de derechos humanos y de desarrollo. En este sentido, América Latina sorprende a escala mundial por sus elevados índices de fecundidad adolescente, que solo son más altos en África Sub-Sahariana. Además, la tasa específica de fecundidad del grupo de 15 a 19 años de edad y más específicamente en menores de 15 años, es mucho más alta que lo previsto a la luz de la fecundidad total y de lo que cabría esperar considerando sus indicadores económicos y sociales (como el nivel de pobreza y el índice de desarrollo humano) y cambios estructurales vinculados al descenso de la fecundidad global (es decir, el promedio de hijos por mujer) y adolescente, como la urbanización, la masificación de la escuela y la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo²
- Que, no obstante, a los avances, entre ellos, la mejoría en el acceso a servicios amigables y diferenciados, el reconocimiento e inclusión de los derechos sexuales y derechos reproductivos y la ampliación de la gama de métodos anticonceptivos. El ritmo de descenso entre la tasa de fecundidad en adolescentes en la subregión andina en el periodo entre 1970-75 y 2010-15 ha disminuido en algunos países, manteniendo o incrementando la tasa en otros países. La mayor diferencia en la disminución de la tasa de fecundidad se observa en Colombia (de 16,3 de 1970-1975 a 13,8 de 2010-2015) y con relación al incremento de la tasa de

¹ Informe de evaluación de 10 años de trabajo en la Prevención del Embarazo en Adolescentes. ORAS CONHU - UNFPA
²Rodríguez, 2016 y 2014b, Rodríguez, Di Cesare y Paez, 2016; CEPAL, 2015^a. Citado en el Plan Andino de Prevención del Embarazo en Adolescentes 2017-2021 ORAS CONHU.



fecundidad se observa en Bolivia (de 12.1 de 1970-1975 a 14.9 de 2010- 2015) y en Venezuela (de 16.2 de 1970-1975 a 18.4 de 2010-2015).³

- Que, entre los principales avances se cuenta con normas y políticas de reducción y prevención del embarazo en adolescentes, mediante abordajes integrales que entre otros garantizan el acceso a una atención integral amigable y diferenciada para adolescentes, que incluye planificación familiar/anticoncepción; teniendo como corresponsables a sectores estratégicos de los Estados. Se reconoce a Ecuador por la emisión de la Política Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes 2018-2025, como último documento en la región andina.
- Que, la inclusión de la anticoncepción moderna para adolescentes se ha incluido en las normas de los países andinos, en particular, en la norma de planificación familiar de 2016 de Perú, se indica que los adolescentes pueden acceder a la orientación/consejería en salud sexual y reproductiva y acceso a métodos anticonceptivos, en los servicios diferenciados para adolescentes o en los servicios de Planificación Familiar⁴.
- Que, como parte de sus recomendaciones, el diagnóstico del 2017 se subraya la importancia de un abordaje multisectorial para hacer frente a esta situación y al desarrollo de acciones efectivas con la participación de diferentes actores, principalmente de las y los adolescentes. Es así que el Plan Andino 2017-2021 prioriza siete áreas estratégicas referidas a: 1. Articulación de actores e incidencia; 2. Fortalecimiento de capacidades institucionales y competencias; 3. Participación; 4. Gestión de conocimientos; 5. Monitoreo y evaluación a través del fortalecimiento de la producción, gestión y uso de datos; 6. Comunicación y abogacía; 7. Movilización de recursos.
- Que, la Semana Andina para la prevención del embarazo en adolescentes fue instituida por las Ministras y los Ministros de Salud de los países andinos a través de la Resolución REMSAA Extraordinaria XXIV/4, emitida en Caracas, Venezuela el 19 de octubre del 2010 y por las Ministras y los Ministros de Salud de Centroamérica a través de la Resolución LXIII, emitida en El Salvador el 11 de diciembre del 2015.

Resuelven:

1. Ratificar la importancia de los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes a lo largo de la implementación del Plan Andino de Prevención del Embarazo en Adolescentes.
2. Considerar los resultados del diagnóstico de la situación actual del embarazo en adolescentes en la región andina como información para la toma de decisiones y reconocer el apoyo que el Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA, brinda al Comité Andino de Salud Integral para adolescentes durante sus 10 años de trabajo.

³World Population Prospects. Revision 2015: <https://esa.un.org/unpd/wpp/>

⁴Adaptado de la Resolución Ministerial N° 503-2012/MINSA, que aprueba la NTS N° 095-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud: Criterios y Estándares de Evaluación de Servicios Diferenciados de Atención Integral de Salud para Adolescentes.



3. Velar por la implementación del Plan Andino de Prevención y Reducción del Embarazo en Adolescentes 2017 2021; el mismo que se amplía en su periodo al 2022.
4. Fortalecer las estrategias para la prevención y manejo del embarazo asociado a la violencia sexual en menores de 15 años.
5. Establecer una alerta periódica sobre el incremento de casos del embarazo en adolescentes y la instalación de los estándares de calidad de los servicios de salud para adolescentes, que faciliten la toma de decisiones oportunas.
6. Velar por el fortalecimiento de las acciones programadas para la celebración de la Semana Andina para la prevención del embarazo en adolescentes e instruir al ORAS CONHU desarrollar una campaña de comunicación regional con socios estratégicos de Naciones Unidas, así como con otros países de América Latina y el Caribe.
7. Liderar acciones intersectoriales para la reducción y prevención del embarazo en adolescentes, así como la abogacía con el sector de educación para ampliar la cobertura y calidad de los programas de Educación Integral de la Sexualidad y para evitar la desescolarización de las mujeres adolescentes embarazadas.
8. Fortalecer intervenciones efectivas y de calidad para mejorar el acceso y cobertura de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes; que incluye acceso a métodos anticonceptivos de larga duración y preservativos para la prevención de ITS/VIH.
9. Instruir al Comité Andino a realizar la evaluación de la factibilidad para llevar a cabo un mapeo de la situación del embarazo en adolescentes en pueblos indígenas, afrodescendientes y otros.

CERTIFICAMOS: Que el texto de la Resolución que antecede fue aprobado en la XXXVII Reunión Ordinaria de Ministros de Salud del Área Andina, realizada en Quito, Ecuador, el 06 noviembre de 2018.


DRA. SILVIA PESSAH ELJAY
MINISTRA DE SALUD DE PERÚ
PRESIDENTE DE LA XXXVII REMSAA


DRA. NILA HEREDIA MIRANDA
SECRETARIA EJECUTIVA
ORGANISMO ANDINO DE SALUD
CONVENIO HIPÓLITO UNANUE

10) Resolución XXXIX/548 (2021)



Lima, 11 de junio de 2021

Resolución REMSAA XXXIX/548

FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL A TRAVÉS DEL INCREMENTO DEL PRESUPUESTO ANUAL

La Ministra y Ministros de Salud de los países miembros;

Considerando:

- Que, en concordancia al Objetivo 3 de los ODS "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades" se espera para el 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar; así como Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.
- Que, en el Plan Operativo Anual 2021 del ORAS-CONHU se priorizaron acciones para ampliar las capacidades de atención a la salud mental en los Ministerios de Salud Andinos.
- Que, la pandemia de COVID 19 ha exacerbado las enfermedades de salud mental y los problemas inherentes a nuestro sistema de prestación de servicios de salud, dificultando la respuesta y poniendo de manifiesto una crisis socio-sanitaria que afecta directamente los servicios de salud y ha incrementado la asistencia de personas con problemas de salud mental.
- Que, frente a esta nueva "condición" social que impone la emergencia, la salud mental cobra una relevancia particular, se tienen importantes y urgentes desafíos que deben atenderse durante y post pandemia como: "la necesidad de restablecer la atención a la población que interrumpió sus tratamientos de salud mental, continuar trabajando por reducir la brecha de atención en salud mental, fortalecer la adecuación de las modalidades de atención desde lo presencial a intervenciones a distancia que requieren acceso a tecnología aún insuficiente en nuestros países, fortalecer la Atención Primaria de Salud a través del modelo de salud mental comunitaria."
- Que, durante la pandemia el personal sanitario se ha visto más expuesto y en riesgo de enfermar y morir que otras. Pero también, el confinamiento y el trabajo estresante han generado cambios importantes en la dinámica social, familiar e individual, propiciando condiciones que afectan su salud mental.
- Que, existen aspectos importantes que afectan la salud mental de los equipos de salud, como, la "Fatiga pandémica" por sobrecarga laboral, reasignación de



funciones en torno al COVID, síndrome de agotamiento, desbordamiento en la demanda asistencial, exposición al riesgo de infección, equipos insuficientes e incómodos, presión de proporcionar adecuado apoyo y atención sanitaria, estrés y dilemas éticos y morales.

- Que, considerando que el porcentaje asignado para Salud Mental del total del Presupuesto para Salud en América Latina y en los países andinos va desde 0% hasta el 2.5%, en los países que se tiene información, se requiere el incremento del presupuesto para Salud Mental, considerando la situación actual y futura que se debe enfrentar.

Resuelven:

1. Fortalecer los servicios de salud mental, recomendando realizar una exploración presupuestaria con quien corresponda, para incrementar las asignaciones a la Salud Mental con el fin de contribuir y facilitar el acceso de la población a los servicios, así como las actividades que brinden soporte a los equipos de salud, en el cuidado integral de su salud, incluida la mental, para brindarles condiciones laborales y tecnológicas adecuadas.
2. Encargar a la Secretaría Ejecutiva del ORAS-CONHU acompañar en el proceso a través del Comité Técnico de Coordinación.

CERTIFICAMOS: Que el texto de la Resolución que antecede fue aprobado en la XXXIX REMSAA, realizada de manera virtual el día 11 de junio de 2021.



VERIFICADO DIGITALMENTE POR
**XIMENA PARRICIA
GARZÓN VILLALBA**

DRA. XIMENA GARZÓN-VILLALBA
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA
DE ECUADOR
PRESIDENTE DE LA REMSAA XXXIX

DRA. MARÍA DEL CARMEN CALLE DÁVILA
SECRETARIA EJECUTIVA
ORGANISMO ANDINO DE SALUD
CONVENIO HIPÓLITO UNANUE



ORGANISMO ANDINO DE SALUD - CONVENIO HIPÓLITO UNANUE

Av. Paseo de la República N° 3832, Lima 27 - Perú
Telf.: (00 51-1) 422-6862 / 611 3700
contacto@conhu.org.pe
<http://www.orasconhu.org>