

XXXIX Concurso Anual de Investigación CIES 2024



CIES
consorcio de investigación
económica y social

Construyendo conocimiento para mejores políticas



PUCP

Proyecto Breve - Junio 2025

Fecundidad y embarazo infantil y adolescente en el Perú: Tendencias de largo plazo, factores y desigualdades en base a los censos entre 1981 y 2017

Pedro Francke Ballvé
Rossana Mendoza Zapata
Claudia Vivas Alejandro

Pontificia Universidad Católica del Perú

Fecundidad y embarazo infantil y adolescente en el Perú: Tendencias de largo plazo, factores y desigualdades en base a los censos entre 1981 y 2017

© 2025, Consorcio de Investigación Económica y Social, CIES
Calle Luis Mannarelli 1100, Orrantia del Mar - Magdalena, Perú
Teléfono: (51 1) 329 9805
www.cies.org.pe

Proyecto Breve – Junio 2025

El proyecto breve fue ganador del XXIX Concurso Anual de Investigación CIES 2024, desarrollado con recursos propios del CIES, el auspicio de la Fundación Manuel J. Bustamante de la Fuente, y el financiamiento de la Unión Europea y la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID)

Autores:

Pedro Francke Ballvé
Rossana Mendoza Zapata
Claudia Vivas Alejandro

Asistencia, seguimiento y supervisión técnica del estudio:

Claudia Zarzosa, Johana Inga y Rodrigo Castillo

Corrección de estilo:

Johana Inga

El Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES), la Fundación Manuel J. Bustamante de la Fuente, la Unión Europea y la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) no comparten necesariamente las opiniones que se presentan en esta publicación, que son de exclusiva responsabilidad de los autores.

Se autoriza la reproducción total o parcial de esta publicación, bajo la condición de que se cite y referencie la fuente:

P. Francke, R. Mendoza y C. Vivas (2025). *Fecundidad y embarazo infantil y adolescente en el Perú: Tendencias de largo plazo, factores y desigualdades en base a los censos entre 1981 y 2017*. Pontificia Universidad Católica del Perú y Consorcio de Investigación Económica y Social. <https://cies.org.pe/investigacion/fecundidad-y-embarazo-infantil-y-adolescente-en-el-peru/>

Índice

1.	Introducción	4
2.	Marco teórico	6
2.1.	Marco conceptual y legal.....	6
2.2.	Definición de fecundidad y de embarazo adolescente.....	7
2.3.	Modelos referidos a los determinantes del embarazo adolescente.....	7
2.4.	Revisión de literatura sobre embarazo adolescente a nivel internacional y Latinoamérica.....	10
2.5.	Revisión de literatura sobre embarazo adolescente en el Perú.....	11
2.6.	Violencia sexual contra niñas y adolescentes, y embarazo infantil y adolescente.....	12
2.7.	Embarazo infantil y embarazo adolescente en la agenda pública desde una perspectiva de derechos.....	13
3.	Metodología.....	17
3.1.	Datos y cálculo de las tasas de embarazo adolescente e infantil.....	17
3.2.	Otras variables	18
3.3.	Indicadores: Ratio de riesgo relativo e Índice de Concentración.....	20
3.4.	Descomposición de la desigualdad	21
4.	Resultados sobre fecundidad adolescente.....	21
4.1.	Descripción geográfica de la fecundidad adolescente en base al censo 2017	22
4.2.	Evolución de la fecundidad adolescente entre 1981 y 2017 a nivel de departamentos, provincias y distritos.....	26
4.3.	¿Dónde concentrar esfuerzos? Provincias en regiones de alta tasa y con escaso progreso entre 1993-2017	31
4.4.	Fecundidad adolescente en 1981-2017 por quintiles, educación, etnicidad, región natural y urbano/rural	33
4.5.	Ratios de riesgo de fecundidad adolescente por quintiles, educación, etnicidad, región natural y urbano/rural.....	38
4.6.	Desigualdad en la fecundidad adolescente y su descomposición	40
4.7.	Fecundidad adolescente 2017: análisis a nivel de grupos interseccionales	43
4.8.	Grupos interseccionales a lo largo de los censos 1993-2017.....	45
5.	Resultados sobre fecundidad infantil.....	46
5.1.	Descripción de la fecundidad infantil 2017 y su evolución 1993-2017	46
5.2.	Fecundidad infantil el 2017 por departamentos y provincias.....	46
5.3.	Evolución histórica de las tasas de fecundidad infantil por departamentos y provincias	50
5.4.	Fecundidad infantil en 1981-2017 por quintiles, educación, etnicidad, región natural y urbano/rural	53
5.5.	Fecundidad Infantil 2017: análisis a nivel de grupos interseccionales.....	55
6.	Conclusiones	56
7.	Recomendaciones de política.....	60
8.	Referencias.....	67
9.	Anexos.....	73

1. Introducción

En América Latina, el embarazo infantil y adolescente representa una problemática persistente que vulnera múltiples derechos y reproduce ciclos intergeneracionales de pobreza y exclusión social. A pesar de que la fecundidad general ha disminuido en las últimas décadas, la maternidad a edades tempranas no ha seguido la misma tendencia, y la región mantiene una de las tasas más altas del mundo. Particularmente preocupante es el embarazo infantil, es decir, aquel que ocurre entre los 10 y 14 años, ya que en la mayoría de los casos es consecuencia directa de violencia sexual, suele implicar altos riesgos para la salud física y mental de las niñas, y con frecuencia se les niega el acceso a servicios médicos adecuados, incluyendo el aborto terapéutico. Esta problemática está estrechamente vinculada con inequidades de género, pobreza estructural, deficiencias en el acceso a la justicia, y limitaciones en la cobertura y calidad de los servicios de salud y educación sexual.

A nivel regional, la respuesta ha sido insuficiente. Según el Banco Mundial (s.f.), entre 1990 y 2020, América Latina y el Caribe apenas ha reducido su tasa de fecundidad adolescente, pasando de ser la tercera a la segunda región con mayor prevalencia a nivel global. En comparación con el resto de la región, el Perú muestra un desempeño intermedio, ocupando el puesto 11 entre 23 países, aunque con una reducción más lenta que el promedio. Entre 2010 y 2023, fue el segundo país con menor disminución de la fecundidad adolescente entre aquellos con tasas por debajo del promedio regional (LACGIL-GBM-DIME, 2025). A pesar de que las estadísticas muestran una reducción paulatina —pasando del 14% en 1981 al 10,1% en 2017 según los censos nacionales— esta reducción ha sido desigual.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), en 2022 el 9,2% de las adolescentes entre 15 y 19 años ya había sido madre o estaba embarazada, con tasas significativamente mayores en zonas rurales y en regiones de la selva. Además, el 69% de estos embarazos no son planificados, lo que revela serias deficiencias en la cobertura y efectividad de los servicios de salud sexual y reproductiva (Mendoza y Subiría, 2014). De acuerdo con la Defensoría del Pueblo (2018), el embarazo adolescente configura una situación de alta vulnerabilidad, afectando la integridad física y emocional de niñas y adolescentes y truncando su proyecto de vida.

Esta realidad ha sido reconocida por organismos internacionales como la CEPAL, la OPS y la CIDH, que han instado a los Estados a adoptar respuestas integrales para atender a las niñas y adolescentes madres, erradicar la violencia de género, y garantizar el acceso a información, educación y servicios de salud. La gravedad del problema ha llevado incluso a incorporar indicadores específicos en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, como el 3.7.2, que propone reducir la tasa de natalidad en adolescentes.

La persistencia del embarazo infantil y adolescente evidencia las limitaciones de las políticas públicas existentes, que han carecido de enfoques interseccionales y no han logrado atender adecuadamente a los grupos más vulnerables. A pesar de los compromisos asumidos, como los derivados de las recomendaciones del Comité de Derechos del Niño (2025), que instan a recopilar datos específicos y a garantizar acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, las políticas implementadas en el país han mostrado poco dinamismo y escasa efectividad para revertir las brechas estructurales. En este escenario, la presente investigación busca aportar evidencia empírica rigurosa que permita enriquecer el diseño e implementación de políticas más efectivas e inclusivas.

El estudio se propone cuatro objetivos centrales. En primer lugar, analizar las tendencias de largo plazo de la fecundidad infantil y adolescente en diferentes regiones y grupos sociales del país. En segundo lugar, identificar cuáles son los grupos sociales que presentan mayores niveles de prevalencia, prestando atención a dimensiones como región natural, ruralidad, nivel educativo, etnicidad y quintil de riqueza. En tercer lugar, identificar los factores asociados a la fecundidad infantil y adolescente mediante el uso de herramientas econométricas e indicadores de desigualdad como el índice de concentración y su descomposición. Finalmente, se busca analizar los resultados obtenidos para extraer conclusiones que orienten recomendaciones de política pública con base en evidencia cuantitativa y un enfoque interseccional.

Desde el punto de vista metodológico, la investigación presenta un avance significativo al emplear los microdatos de los Censos Nacionales de Población y Vivienda de 1981, 1993, 2007 y 2017. A diferencia de encuestas como la ENDES, los censos ofrecen un volumen de observaciones mucho mayor, lo que permite desagregar la información y realizar un análisis más fino de la fecundidad infantil y adolescente. Esto posibilita un abordaje cuantitativo de la interseccionalidad, identificando combinaciones de características que configuran situaciones de mayor vulnerabilidad. Si bien el estudio se centra en la fecundidad¹ (es decir, en adolescentes que ya han tenido al menos un hijo vivo), y no incluye casos de gestación actual, aborto o hijos nacidos muertos, se considera que este indicador es altamente representativo del fenómeno del embarazo adolescente, dado que la mayoría de los embarazos en este grupo culminan en un parto.

Con base en este enfoque, la investigación se estructura en torno a las siguientes preguntas: ¿Cómo ha evolucionado la fecundidad infantil y adolescente en el Perú entre 1981 y 2017, y cuáles son sus características? ¿Cuáles son los grupos sociales con mayor riesgo de fecundidad infantil y adolescente, considerando variables como región natural, ruralidad, nivel educativo, etnicidad y quintil de ingresos? ¿De qué manera han evolucionado las políticas y planes frente al embarazo adolescente, y cómo podrían ser fortalecidas con base en un análisis cuantitativo sustentado en datos censales y con enfoque interseccional?

¹ La fecundidad considera sólo a las que ya son madres, el embarazo adolescente incluye gestantes, abortos y natimuecos.

2. Marco teórico

2.1. Marco conceptual y legal

Desde la perspectiva de los derechos y la protección de las niñas, niños y adolescentes, este grupo se encuentra amparado por la Convención Internacional de los Derechos del Niño, suscrita por el Estado peruano en 1990. A partir de entonces, la legislación peruana ha adaptado su marco normativo para garantizar dentro del territorio los derechos de todas las personas menores de edad: niñas y niños (0-12 años) y adolescentes (13 hasta cumplir los 18 años). Este reconocimiento se plasma en la Ley 27337, que aprueba el Nuevo Código de los Niños y Adolescentes en julio del 2000, donde el Estado peruano establece su obligación de garantizar para todas las niñas, niños y adolescentes: (i) una educación básica que incluya orientación sexual y planificación familiar (artículo 15); (ii) la protección frente a la violencia sexual en las Instituciones Educativas (artículo 18); (iii) la provisión de programas para niños y adolescentes víctimas de violencia (artículo 38); y (iv) la intervención de la justicia en casos de violencia sexual (artículo 144) y a la defensa legal gratuita en estos casos (artículo 146).

Las situaciones de violencia sexual contra niñas y adolescentes que derivan en embarazo infantil y adolescente no están reguladas únicamente por la legislación en materia de infancia, sino también por la ley penal. El Código Penal peruano establece que las niñas menores de 14 años están protegidas en su indemnidad sexual, por lo que no se reconoce el consentimiento sexual a esa edad, considerando todo embarazo en menores de 14 años como resultado de una violación sexual. Además, mientras menor es la edad de la víctima, mayores son las penas previstas, pudiendo llegar incluso a la cadena perpetua en casos de violación sexual agravada. Esta conexión entre la protección de derechos de infancia y la sanción penal es clave para comprender la complejidad del fenómeno.

Ambos abordajes han sido incorporados en la Política Nacional Multisectorial para las Niñas, Niños y Adolescentes al 2030, que plantea como Objetivo Prioritario N° 1 mejorar las condiciones de vida saludables de las niñas, niños y adolescentes, y como Objetivo Prioritario N° 3 disminuir el riesgo de desprotección de este grupo. Desde la sociedad civil, destacan iniciativas como las de CLADEM (Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de las Mujeres), creado en 1987 con un enfoque socio-jurídico feminista². CLADEM (2021) ha publicado el Informe Nacional sobre Embarazo Infantil Forzado en el Perú: su atención y desafíos 2018-2021, donde recalca que todo embarazo en niñas menores de 15 años constituye tortura o trato cruel, inhumano y degradante, conforme a la Convención contra la Tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes; y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

El informe de CLADEM denuncia que las niñas gestantes tienen tres veces mayor riesgo de morir que las mujeres adultas, pero son quienes menos acceden a la interrupción legal del embarazo, ya que no se les aplica el protocolo de aborto terapéutico vigente. Además, por su situación, tampoco pueden acudir a abortos clandestinos, lo que las obliga a llevar los embarazos a término. Esto revela graves deficiencias en los servicios para prevenir, atender y sancionar la violencia sexual y el embarazo infantil. Estas fallas se relacionan con la débil difusión de la política contra la violencia sexual y el embarazo infantil forzado, la escasa capacitación y sensibilización, y la baja articulación y coordinación entre los servicios.

² Para más información visitar <https://cladem.org>

Asimismo, de acuerdo con este informe, se identifica el incumplimiento de la Ley N° 30466, que garantiza el principio del Interés Superior del Niño en todas las instituciones públicas, incluyendo el acceso al kit de emergencia y al aborto terapéutico. También se observa la falta de prioridad en la atención integral de salud a las víctimas, la persistencia de estereotipos de género, prácticas adultocentristas y fundamentalismos conservadores en el sector público, así como presupuestos limitados.

2.2. Definición de fecundidad y de embarazo adolescente

Dependiendo de las fuentes de información utilizadas, se pueden obtener datos diferentes sobre el embarazo infantil y adolescente. Por ejemplo, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) en los últimos años indaga por las mujeres de 15 a 19 años que alguna vez estuvieron embarazadas, sin importar el resultado del embarazo. Por otro lado, la tasa de fecundidad adolescente se enfoca únicamente en los embarazos llevados a término, es decir, aquellos que culminan con un hijo nacido vivo. La diferencia clave radica en que tanto el embarazo infantil como el adolescente incluyen otras situaciones bajo el concepto de embarazo, como gestaciones en curso, embarazos que no llegan a término por distintas razones, o aquellos que terminan en nacidos muertos.

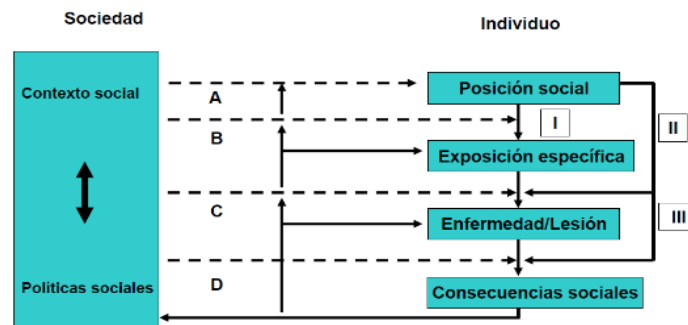
La multiplicidad de situaciones, que pueden presentarse combinadamente —por ejemplo, una adolescente que tuvo un primer embarazo que llegó a término y un segundo que no lo hizo—, complejiza el análisis y exige la participación de múltiples disciplinas para abordarlo integralmente. Del mismo modo, esta complejidad se refleja en los aspectos que deben considerarse para diseñar estrategias efectivas de prevención. En el caso de la presente investigación, se ha optado por centrarse específicamente en la fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años, entendida como aquellas que, al momento del censo, ya han tenido al menos un hijo nacido vivo.

2.3. Modelos referidos a los determinantes del embarazo adolescente

Un punto de partida para el análisis de las causas del embarazo adolescente y las inequidades asociadas es el enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud (OMS y CDSS, 2008). Este marco analítico destaca por superar las limitaciones de un enfoque exclusivamente clínico o biomédico. En este contexto, la Figura 1 constituye una aproximación inicial desde dicha perspectiva, utilizando una herramienta común en el campo de la salud pública: el análisis de riesgos. Este enfoque sitúa los riesgos en relación con la exposición diferencial de las personas según su posición social, la cual, a su vez, se encuentra condicionada por el contexto social y las políticas públicas.

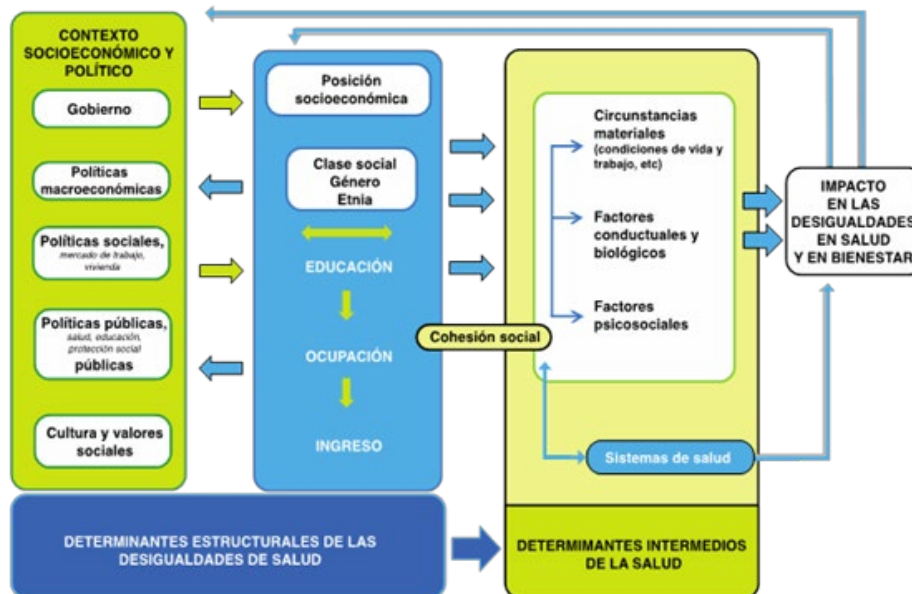
Para abordar la complejidad de los determinantes sociales de la salud, la Organización Mundial de la Salud y la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2008) proponen un marco que distingue entre determinantes intermedios —como las condiciones materiales, los comportamientos, los factores biológicos y psicosociales, y los sistemas de salud— y determinantes estructurales, que incluyen la posición socioeconómica, de clase, género y etnicidad, así como la educación, ocupación e ingresos. A ello se suman como determinantes últimos, el contexto sociopolítico, la gobernabilidad y las políticas públicas, en una interacción bidireccional con los otros dos determinantes (ver Figura 2). El presente estudio se centra en los determinantes estructurales observables a partir de los censos nacionales.

Figura 1. Mecanismos generales y personales de las inequidades sociales en salud



Fuente: OMS y Comisión de Determinantes de la Salud-CDSS (2008)

Figura 2. Marco de las principales categorías y vías de acción de los determinantes



Fuente: OMS y Comisión de Determinantes de la Salud-CDSS (2008)

No obstante, un análisis de esta complejidad es difícil de aplicar en investigaciones empíricas centradas en realidades concretas y sustentadas en información estadística. En ese sentido, un segundo esquema propuesto por la OMS y CDSS (2008) ofrece una síntesis de los distintos factores que influyen en el estado de salud, organizados en grandes categorías analíticas que pueden ser operacionalizadas mediante variables clave (ver Figura 3).

Figura 3. Determinantes sociales de la salud



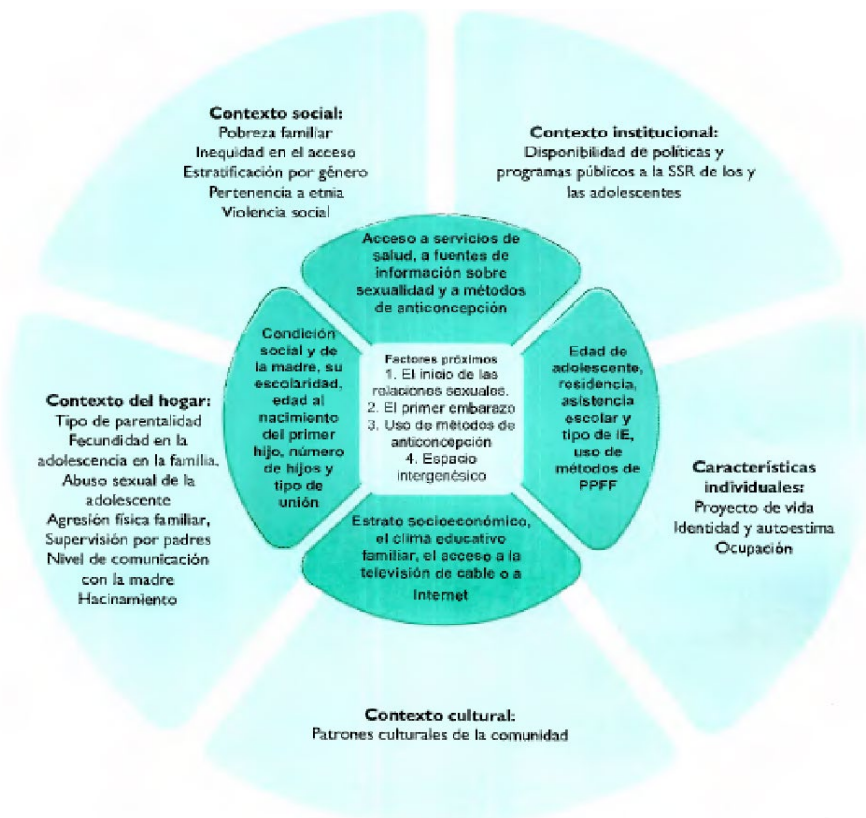
Fuente: OMS y Comisión de Determinantes de la Salud-CDSS (2008)

Sobre la base del enfoque de los determinantes sociales de la salud, Mendoza y Subiría (2013), en su estudio aplicado al contexto peruano, identifican determinantes inmediatos, intermedios y estructurales del embarazo adolescente, concentrándose en los dos primeros. Entre los determinantes inmediatos se incluyen la existencia de una pareja estable y la actividad sexual, la edad de la primera relación sexual y el uso de métodos anticonceptivos. A estos factores se suma la edad de la menarquía, que muestra una tendencia decreciente en el tiempo (UNFPA, 2022). En esta misma línea, el Banco Mundial (2012) destaca la influencia de la racionalidad y de factores que la limitan, tales como la baja autoestima, la información insuficiente y la presión de normas sociales.

Respecto a los determinantes intermedios, Mendoza y Subiría (2013) identifican factores de tipo familiar (como el sexo del jefe del hogar o la composición familiar), individuales (nivel educativo, situación laboral, entre otros) y socioculturales (ubicación geográfica, etnicidad y patrones culturales). De forma complementaria, Chung et al. (2018), desde un enfoque centrado en actores, proponen un marco teórico en el que la familia, los amigos, la comunidad y la escuela, constituyen influencias clave sobre la autoestima y los comportamientos de las y los adolescentes.

Por su parte, el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (MINSA, 2013) presenta un esquema que clasifica los determinantes del embarazo adolescente en tres niveles: determinantes próximos o determinantes socioeconómicos (hojas internas) y determinantes contextuales (hojas externas), aportando una lectura ordenada y jerarquizada de los factores involucrados.

Figura 4. Determinantes del embarazo adolescente



Fuente: Plan Multisectorial de Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013-2021

2.4. Revisión de literatura sobre embarazo adolescente a nivel internacional y Latinoamérica

A nivel internacional, el embarazo adolescente ha sido ampliamente estudiado, especialmente en países de ingresos medios y bajos. Chung et al. (2018), en una revisión sistemática de 67 estudios, destacan que el embarazo adolescente —analizado generalmente en los grupos etarios de 15 a 19 años y también de 10 a 19 años— depende de una interacción entre múltiples factores. Sin embargo, señalan que son escasos los estudios que abordan relaciones causales o que analizan las interacciones entre determinantes. De los estudios revisados, solo seis incorporan factores macropolíticos, sociales o económicos, destacando entre ellos el de Duflo et al. (2015) sobre el impacto de programas educativos. Sin embargo, no se reporta evidencia sobre ampliación de los servicios de salud, a pesar de que la OMS (2013) identifica la prevención del embarazo adolescente como punto de partida para fortalecer la atención en salud para adolescentes.

Por su parte, Pradhan et al. (2014), tras una revisión de 2,005 estudios, identifican tres determinantes clave del embarazo adolescente: el acceso limitado a la educación, la situación socioeconómica desfavorable y la falta de disponibilidad o uso de métodos anticonceptivos. Chandra-Mouli et al. (2014) subrayan que la propia condición de la adolescencia constituye una barrera adicional en el acceso a servicios de salud y métodos anticonceptivos, profundizando el riesgo de embarazo. En el contexto latinoamericano, Braverman-Bronstein, Vidaña-Pérez et al. (2022) analizan 363 ciudades y encuentran tasas de fecundidad adolescente más elevadas en aquellas con crecimiento acelerado, bajo nivel educativo y condiciones habitacionales precarias. Complementariamente, Braverman-Bronstein, Origoza et al. (2022) muestran que mayores niveles de avance femenino y mejor cobertura de servicios de salud se asocian con reducciones en las tasas de embarazo adolescente.

Gianella et al. (2017) enfatizan que América Latina presenta una tasa de embarazo adolescente considerablemente mayor que el promedio mundial (73,2 por mil frente a 48,7 a nivel global y 52,7 en países en desarrollo), advirtiendo que, de mantenerse esta tendencia, los países de la región no alcanzarán la meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, sobre embarazo adolescente, al 2030. Lo preocupante es que este bajo desempeño persiste a pesar de avances en la cobertura de servicios de salud y de planificación familiar. El estudio señala como un factor clave la influencia de movimientos políticos conservadores que han bloqueado la inclusión del enfoque de género en el sistema educativo, lo que ha frenado el progreso necesario para reducir las tasas de embarazo adolescente en la región. Esta resistencia también ha obstaculizado la implementación de una educación sexual integral, generando brechas de información entre adolescentes.

En cuanto a las consecuencias del embarazo adolescente, Ganchimeg et al. (2014), en un estudio en 29 países en desarrollo, concluyen que las adolescentes embarazadas entre 10 y 19 años enfrentan riesgos significativamente mayores de complicaciones obstétricas —como eclampsia, endometritis puerperal, infecciones sistémicas— así como mayor prevalencia de bajo peso al nacer, partos prematuros y condiciones neonatales severas; en comparación con mujeres entre 20 a 24 años. En Estados Unidos, Chen et al. (2007) encontraron que estos riesgos se mantienen incluso controlando por factores como el nivel socioeconómico, el acceso a controles prenatales y el aumento de peso durante la gestación, lo que sugiere una vulnerabilidad biológica específica de la adolescencia.

Una de las investigaciones más relevantes en torno al embarazo infantil es la realizada por Bancalari et al. (2023), que analiza las desigualdades en salud en más de una decena de países latinoamericanos, incluyendo el embarazo adolescente como indicador central. A partir de datos de encuestas, identifican que América Latina presenta una de las tasas más altas de embarazo adolescente en el mundo (6%), solo superada por África subsahariana. El estudio muestra que el embarazo adolescente exacerba las desigualdades de género en educación, inserción laboral e ingresos.

En términos de desigualdad, el estudio encuentra que en todos los países analizados hay una brecha rural/urbana en el embarazo adolescente, donde Perú registra la mayor brecha, según la ENDES 2016. Asimismo, el país presenta la mayor diferencia entre los quintiles 1 y 5 y una de las mayores disparidades educativas: las tasas de embarazo adolescente entre mujeres con educación primaria o menor superan en más de 40% a las de aquellas con secundaria o más, muy por encima del promedio regional.

2.5. Revisión de literatura sobre embarazo adolescente en el Perú

Un primer estudio relevante sobre la situación del embarazo infantil y adolescente en el Perú fue el de Mendoza y Subiría (2013), quienes realizaron un análisis situacional con indicadores desagregados por grupos sociodemográficos y un balance general de las políticas públicas existentes. Posteriormente, el UNFPA (2020) estimó que las consecuencias socioeconómicas del embarazo y la maternidad adolescente en el país implican un costo de oportunidad equivalente al 0,14% del PBI. Asimismo, se evidenció que las mujeres que fueron madres en la adolescencia presentan ingresos laborales 13,8% inferiores en comparación con aquellas que tuvieron su primer hijo entre los 20 y 29 años.

Desde el enfoque cuantitativo, Sanca-Valeriano et al. (2022) utilizaron regresión múltiple para identificar factores asociados al embarazo adolescente, entre los que destacan residir en la selva, tener entre 16 y 19 años, carecer de nivel educativo y pertenecer a los quintiles inferiores de riqueza. Otro estudio clave es el de Agüero (2019), quien explora cómo la educación influye en el embarazo adolescente y el uso de métodos anticonceptivos en el Perú, con base en datos de la ENDES entre 1986 y 2012, mostrando evidencia sobre la relación entre educación y salud reproductiva adolescente.

El INEI (2018a), a partir de los Censos Nacionales 2017³, proporciona datos estadísticos básicos sobre la maternidad adolescente (15 a 19 años). Entre las mujeres cuya lengua materna es asháninka, shipibo-konibo, shawi-chayahuita, awajún-aguaruna o matsigenka, la tasa de maternidad adolescente oscila entre 26,8% y 32,8% (aunque para achuar es de 12,8%, solo registran 47 mujeres en ese rango de edad), frente a 13,0% entre los quechua hablantes y 9,6% entre las de lengua materna castellano o aymara. Por autoidentificación étnica, las adolescentes asháninka, shipibo/konibo, awajún o "nativa o indígena de la amazonia" muestran tasas aún más elevadas (entre 24,5% y 31,0%), muy por encima de los porcentajes registrados entre mujeres mestizas (9,9%), quechuas (10,4%) o blancas (10,8%).

³ INEI (2022) presenta datos más recientes basados en registros administrativos, los cuales, en el contexto de la pandemia, son particularmente susceptibles al subregistro. Asimismo, INEI (2024) proporciona datos actualizados para el año 2023.

Estas desigualdades también se reflejan en las tasas de embarazo a nivel departamental y según zona de residencia (urbano/rural). Ucayali y Loreto registran las mayores tasas de embarazo adolescente en zonas rurales, con 34,4% y 29,4%, respectivamente, seguidos por otros departamentos de la selva como Madre de Dios, San Martín y Amazonas. Estas dos regiones también reportan las tasas más altas en zonas urbanas, con 17,9% y 16,4%. Recientemente, el UNFPA (2022) ha estimado tasas de embarazo adolescente a nivel provincial mediante métodos indirectos, aunque sin desagregar por variables sociodemográficas ni grupos étnicos.

Los estudios cualitativos han aportado valiosa información contextual sobre los determinantes del embarazo adolescente. En Ucayali, Díaz, Meza y Berrospi (2015) realizaron un análisis sociológico. Yon (2014), trabajando en barrios periurbanos de Ayacucho, subraya cómo la falta de atención a vulnerabilidades sociales de género, clase social y generacional puede limitar la eficacia de los mensajes preventivos. Planas y Yon (2020), en Datem del Marañón, refuerzan esta perspectiva sobre inequidades de género, mientras que Palacios (2019), en una comunidad shipiba, identifica que muchos embarazos adolescentes son deseados por las jóvenes, quienes perciben la maternidad como una vía para alcanzar el estatus adulto y acceder a tierras (chacras).

Entre los estudios más relevantes en el Perú está también el de Favara et al. (2020), que aprovecha los datos longitudinales del estudio Niños del Milenio para identificar factores de riesgo vinculados al embarazo adolescente. Sus hallazgos destacan la importancia de crecer en hogares pobres o monoparentales, abandonar la escuela antes de los 15 años, presentar bajo rendimiento académico a los 12 años y tener la primera relación sexual antes de los 16 años como factores clave. Por su parte, el estudio MEF-UNICEF (2023) evalúa los programas estatales en torno al embarazo adolescente. A partir de la ENDES 2021, reportan que el 8,9% de adolescentes entre 15 y 19 años había estado embarazada alguna vez: 6,6% ya eran madres y 2,3% estaban esperando su primer hijo.

Dicho estudio también reporta que la tasa de embarazo adolescente en el área rural alcanza el 15,6%, con 12,7% ya madres y 2,9% embarazadas por primera vez. En cuanto a regiones, las tasas más elevadas corresponden a la selva (14,6%) y al quintil de menor riqueza (16,5%), mientras que las más bajas se registran en la costa (7,7%) y en el quintil de mayor riqueza (1,3%). Asimismo, identifican que entre 2017 y 2021 se produjo una disminución importante en los departamentos con mayores tasas históricas, como Loreto y Amazonas⁴. Finalmente, Cueva (2020) aporta evidencia para Lima, mostrando que el entorno inmediato influye en la probabilidad de embarazo adolescente: vivir en un vecindario donde otras adolescentes ya son madres incrementa esa probabilidad entre 1,2 y 2,7 puntos porcentuales.

2.6. Violencia sexual contra niñas y adolescentes, y embarazo infantil y adolescente

Entre los determinantes contextuales del embarazo adolescente, según el MINSa (2013), factores como el abuso sexual, la violencia física en el hogar, el tipo de parentalidad, la presencia de antecedentes de fecundidad adolescente en la familia, la falta de supervisión de los padres, la calidad de la comunicación con la madre y el hacinamiento residencial, son elementos críticos que aumentan el riesgo de embarazo en adolescentes.

⁴ Es necesario considerar que el 2021 fue un año atípico por la pandemia por COVID-19 y las medidas de confinamiento, que registró tasas inusualmente bajas de fecundidad, especialmente en adolescentes.

Respecto a la violencia familiar, esta afecta al 53,8% de mujeres entre 15 y 49 años en el país, de acuerdo con la ENDES 2023. De este total, el 49,3% ha experimentado violencia psicológica, el 27,2% violencia física y el 6,5% violencia sexual. Aunque las diferencias entre zonas son leves, en el área urbana la prevalencia llega al 54,2% y en el área rural al 52,2%. Cuando se observan los datos por quintiles de pobreza, la violencia familiar se mantiene elevada: alcanza entre el 53% y el 58% en los tres primeros quintiles, y solo desciende moderadamente en el cuarto (52,1%) y el quintil superior (46,6%).

En el grupo específico de adolescentes de 15 a 19 años, los datos muestran una disminución general en la prevalencia de violencia familiar en todas sus formas. En 2017, el 64,3% de las adolescentes había sufrido algún tipo de violencia familiar; esta cifra se redujo a 49,8% en 2023. La violencia psicológica sigue siendo la forma más extendida de violencia entre adolescentes, aunque pasó de 61,4% a 48,4% en ese periodo. Por su parte, la violencia física se redujo de 20% a 12,9%. Sin embargo, la violencia sexual mostró un leve aumento, pasando de 2,2% a 2,3%.

Complementariamente, el Portal Estadístico AURORA del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables ofrece información detallada basada en los casos atendidos por los Centros de Emergencia Mujer (CEM) y otros servicios desde 2011. En los años de los censos nacionales, los datos muestran un incremento significativo en los casos registrados de violencia contra la mujer: de 33,212 en 2007 a 95,317 en 2017. Este aumento puede explicarse, en parte, por la expansión de los CEM y una mayor disposición de la población a denunciar hechos de violencia. A pesar de ello, la proporción de casos que corresponde a niñas, niños y adolescentes se ha mantenido relativamente constante: 25% en 2007 y 32% en 2017.

En 2024, las cifras⁵ más recientes confirman que la mayoría de los casos de violencia afecta a niñas y adolescentes mujeres. De los 63,489 casos atendidos, el 35,9% (22,798 casos) corresponde a violencia sexual, de los cuales 8,417 (11,8%) fueron violaciones sexuales contra niñas de 6 a 11 años, mientras que el 79,2% afectó a adolescentes entre 12 y 17 años. Estos casos de violencia sexual, en todas sus formas, se concentran geográficamente en Lima, Arequipa, La Libertad, San Martín y Cusco, lo que indica focos regionales críticos que deben ser abordados con prioridad.

2.7. Embarazo infantil y embarazo adolescente en la agenda pública desde una perspectiva de derechos

En diciembre de 2024, el Estado peruano, a través de una delegación encabezada por la Ministra de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, presentó ante el Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, con sede en Ginebra, el informe periódico sobre el cumplimiento de los derechos humanos de niñas, niños y adolescentes en el país (MIMP, 2024b)⁶. Esta presentación generó una importante movilización de organizaciones de la sociedad civil, que se materializó en la elaboración de 22 informes alternativos, entre ellos uno redactado con participación directa de niñas, niños y adolescentes.

⁵ Programa Nacional AURORA consultas en línea <https://portalestadistico.aurora.gob.pe>

⁶ El informe anterior del estado peruano se presentó en el año 2016.

Como resultado del proceso de revisión, el Comité de los Derechos del Niño emitió un conjunto de recomendaciones al Estado peruano. A continuación, se presentan los principales hallazgos del informe oficial, del informe alternativo elaborado por niñas, niños y adolescentes, y las observaciones del Comité, específicamente en lo relativo al embarazo infantil y adolescente en el Perú.⁷

El informe del estado peruano

El informe oficial del Estado peruano señala que entre los años 2018 y 2020 se registró una tendencia sostenida a la disminución del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años, alcanzando su punto más bajo con un promedio nacional de 8,3%. Según los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES Nacional y Departamental de 2022, el 7,1% de las mujeres de 12 a 17 años ya ha sido madre o se encuentra embarazada de su primer hijo. De esta proporción, el 5,2% reside en zonas rurales y el 1,9% en áreas urbanas; por región natural, destaca la selva con un 4,9%.

En cuanto a las acciones preventivas impulsadas desde el sector educación, el Estado reporta la existencia de la “Guía para promover la continuidad educativa de estudiantes en situación de embarazo y maternidad, a temprana edad, en el marco de la Tutoría y Orientación Educativa dirigida a docentes de Educación Básica Regular”⁸. Asimismo, señala que en 2022 se inició la implementación de un servicio de prevención de la violencia sexual contra niñas y niños en 158 instituciones educativas de nivel primaria en las regiones de Ayacucho, Amazonas, Cajamarca, Huánuco, Lima y Loreto. Adicionalmente, se ejecutó un piloto de prevención de la violencia sexual y el embarazo temprano en 12 instituciones públicas de Lima, Loreto y Ucayali.

Respecto al aborto terapéutico —única forma legal de aborto en el país—, el informe señala que se cuenta con una guía técnica para su aplicación en embarazos menores de 22 semanas, siempre que exista consentimiento informado. Este procedimiento es legal cuando representa el único medio para salvar la vida de la gestante o evitar un daño grave y permanente a su salud. En ese marco, deberían incluirse todos los casos de niñas y adolescentes embarazadas como resultado de una violación sexual. Sin embargo, el informe reconoce que el conocimiento de esta guía técnica es limitado: solo el 29% de los establecimientos de salud de primer nivel y el 51% de los de segundo nivel la conocen.

Más allá de las medidas preventivas, un aspecto crucial para garantizar el pleno desarrollo de niñas y adolescentes embarazadas producto de violencia sexual es la despenalización del aborto. No obstante, los proyectos de ley presentados en esa dirección no han prosperado en el Congreso de la República, a pesar de contar con opiniones favorables por parte del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP)⁹. Esto refleja la falta de consenso dentro del propio Estado peruano respecto a esta política.

⁷ Las recomendaciones emitidas por el comité han sido publicadas en inglés en una versión aún sin edición. Lo que se menciona en el presente informe responde a la traducción realizada por el equipo.

⁸ Se puede ver la guía en el siguiente enlace: <https://repositorio.minedu.gob.pe/handle/20.500.12799/7639>

⁹ La Congresista Ruth Luque propuso en diciembre del año 2021 el Proyecto de Ley N° 954/2021-CR para que más mujeres, niñas y adolescentes puedan decidir si continuar o no su embarazo en casos de violencia sexual.

El informe alternativo de las niñas, niños y adolescentes

El informe alternativo fue elaborado por 93 niñas, niños y adolescentes organizados de 17 regiones del país, con el acompañamiento de organizaciones de la sociedad civil y el respaldo de la Mesa de Concertación de Lucha contra la Pobreza. Esta iniciativa surgió como respuesta al informe oficial presentado por el Estado peruano ante el Comité de Derechos del Niño, y expresa la voz directa de la niñez y adolescencia respecto a las políticas públicas que afectan sus derechos fundamentales.

Las y los participantes sostienen que tanto el embarazo infantil como el embarazo adolescente vulneran sus derechos a la salud, a la educación y a la protección, impactando negativamente en diversos aspectos de sus vidas (Organizaciones y Colectivos de la Sociedad Civil, 2024). En este sentido, enfatizan que se trata de una problemática estructural que requiere respuestas integrales desde el Estado, en diálogo con las necesidades reales de los adolescentes.

Desde su perspectiva, la prevención del embarazo adolescente debe abordarse mediante la implementación efectiva de la Educación Sexual Integral (ESI) en las instituciones educativas, entendida como parte fundamental de una educación integral con enfoque de género. No obstante, alertan que su implementación ha sido limitada y ha sufrido retrocesos en los últimos años, reflejando una falta de compromiso estatal. Lilian, de 17 años, de Lima, expresa: "No hay un curso donde se informe sobre la ESI ni los métodos de protección. Hay muchos casos de embarazo adolescente. El Estado debe ser más firme con este tipo de situaciones" (p. 28).

Asimismo, proponen que las campañas informativas incluyan charlas adaptadas a los horarios de estudio y trabajo de las y los adolescentes, y que brinden información clara, accesible y pertinente. Jean Pierre, de 17 años, de San Juan de Lurigancho, sugiere: "El Estado debe organizar charlas en colegios sobre sexualidad para concientizar a los adolescentes sobre las consecuencias de las relaciones sexuales" (p. 22). Esta demanda refleja la necesidad de políticas públicas más inclusivas y oportunas.

En cuanto a las adolescentes embarazadas, señalan que el Estado debe garantizar su derecho a la educación, evitando prácticas discriminatorias o invisibilización de su situación. Paris, de 17 años, de Lima, comenta: "El año pasado en mi colegio hubo como cinco embarazos y no se hace visible porque tratan de ocultar esos temas" (p. 14). También denuncian que muchas adolescentes embarazadas son expulsadas de sus hogares y obligadas a convivir con sus parejas, incluso cuando estas han sido sus agresores, lo cual constituye una grave vulneración a sus derechos (p. 18).

Respecto al aborto terapéutico, sostienen que debería garantizarse plenamente para niñas y adolescentes embarazadas producto de violación sexual. El informe señala que "el Estado peruano no ha cumplido adecuadamente con la norma sobre el aborto terapéutico. A pesar de su existencia, el proceso sigue siendo desconocido, muy largo y complicado, incluso en casos de embarazos de alto riesgo" (p. 17). Dangel, de 15 años, de Chosica, añade: "No hay difusión y no sabía que el aborto terapéutico es legal" (p. 22), evidenciando la necesidad urgente de mejorar los mecanismos de información y acceso a este derecho.

Las observaciones del comité internacional de derechos del niño¹⁰

Es importante señalar que las recomendaciones emitidas por el Comité Internacional de los Derechos del Niño (2025) al Estado peruano se sustentan no solo en el informe oficial y los diálogos sostenidos con la delegación nacional, sino también en los aportes derivados de los informes alternativos presentados por la sociedad civil. Uno de los aspectos más relevantes entre dichas recomendaciones está relacionado con la necesidad de mejorar la recolección de datos sobre grupos en situación de vulnerabilidad:

Recopilar datos específicos sobre grupos muy vulnerables y cuestiones críticas, como el acceso de las niñas a la atención sanitaria, con especial atención a las afectadas por la violencia sexual, los obstáculos a los servicios de salud sexual y reproductiva (incluidos los métodos anticonceptivos y la interrupción voluntaria del embarazo), y el acceso a la justicia y a un recurso efectivo. Esto debería incluir información sobre dónde y cuándo se producen estas violaciones, la prevalencia de los procesamientos, los resultados de los procedimientos judiciales y cualquier obstáculo estructural que dificulte la rendición de cuentas y la reparación de las supervivientes (p. 2-3).

En este marco, la presente investigación busca constituirse en un aporte empírico que visibilice la concentración de embarazos en niñas y adolescentes bajo diversos indicadores, con el fin de que las políticas públicas puedan ser diseñadas de manera diferenciada y adecuada a las realidades específicas de los grupos más afectados. La producción de evidencia es fundamental para diseñar intervenciones más eficaces que reconozcan la interseccionalidad de las vulnerabilidades.

Respecto a la salud, el Comité expresa una preocupación clara frente a la falta de implementación efectiva de la educación sexual integral (ESI) a todas las niñas, niños y adolescentes, así como frente al acceso limitado a los servicios de salud sexual y reproductiva. Subraya especialmente el escaso acceso al aborto terapéutico, a pesar de los alarmantes niveles de embarazos forzados en niñas. En respuesta a ello, recomienda al Estado peruano avanzar hacia la despenalización del aborto en todos los casos de embarazos infantiles. Para los embarazos en adolescentes, insta a que se garantice el acceso a opciones informadas y sin prejuicios en las primeras etapas de gestación, asegurando que las decisiones se adopten con base en el consentimiento informado de las adolescentes, luego de haberlas escuchado.

En ese sentido, el Comité exhorta al Estado peruano a que:

Adopte una política integral de salud sexual y reproductiva para los adolescentes y garantice que la educación sobre salud sexual y reproductiva forme parte del plan de estudios escolar obligatorio y esté dirigida a los adolescentes, prestando especial atención a la prevención del embarazo precoz y las infecciones de transmisión sexual (p.12).

Asimismo, el comité plantea que el estado peruano garantice la "disponibilidad y accesibilidad de servicios y profesionales de la salud capacitados para proporcionar abortos legales voluntarios y atención posterior al aborto" (p.12).

¹⁰ Committee on the Rights of the Child (2025)

3. Metodología

3.1. Datos y cálculo de las tasas de embarazo adolescente e infantil

Las fuentes de datos utilizadas en este estudio corresponden a los 4 últimos censos poblacionales del Perú, realizados en los años 1981, 1993, 2007 y 2017. En particular, se emplea la información derivada de la pregunta *¿Cuántos hijos e hijas nacidos vivos en total han tenido?*, dirigidas a mujeres a partir de los 12 años. Esta información permite estimar la tasa de fecundidad infantil y adolescente (desde los 12 años en adelante) en cada uno de los censos. Es importante señalar que este es un indicador proxy del embarazo infantil y adolescente, que no captura embarazos en proceso, pérdidas, abortos o nacidos muertos. Asimismo, dado que los datos censales son completos, no es necesario calcular intervalos de confianza, ya que las diferencias entre los grupos de interés se obtienen directamente del universo de individuos bajo análisis. En el caso particular del embarazo infantil, restringido al rango de 12 a 14 años, se requiere una estimación separada, y debido al menor número de observaciones disponibles para este grupo, la profundidad del análisis es más limitada.

Una aproximación a las diferencias entre fecundidad adolescente y otras formas de embarazo adolescente, se encuentra en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2017¹¹. Según la ENDES 2017, entre las adolescentes de 15 a 19 años, el 10,9% ya son madres, el 3,5% están en proceso de gestación y el 1,1% han tenido abortos o natimuecos. Sin embargo, estas cifras provienen de bases muestrales pequeñas: solo 128 casos de adolescentes gestantes y 47 casos de abortos o natimuecos, lo que resulta insuficiente para garantizar un margen mínimo de confiabilidad estadística¹². Por ejemplo, en zonas rurales apenas se registraron 14 casos, en Lima 5, y en toda la sierra únicamente 8, lo que restringe severamente la precisión de cualquier estimación. En contraste, el Censo 2017 reportó 119,550 madres adolescentes a nivel nacional, una cifra cien veces mayor al total de casos recogidos por la ENDES 2017, lo que subraya las ventajas del trabajo con datos censales para estimar la fecundidad, aunque siempre teniendo en cuenta que estos no incluyen embarazos en curso, pérdidas ni natimuecos.

Una limitación importante del análisis es que, para el censo de 1981, solo se dispone de una muestra representativa equivalente aproximadamente al 25% del total, es decir, 3,8 millones de observaciones. Adicionalmente, no se encuentran disponibles los microdatos de tres regiones del país (Loreto, San Martín y Apurímac) correspondientes al censo de 1981. Estas regiones representaban el 7,2% de la población de estudio en 2017; si se excluyeran también de los cálculos del 2017, la tasa de embarazo se reduciría en aproximadamente 0,5%. La ausencia de datos de estas regiones genera una leve subestimación de las diferencias entre grupos, dado que presentan, en promedio, mayores niveles de vulnerabilidad social y tasas de fecundidad adolescente superiores al promedio nacional. Por esta razón, mientras el análisis agregado se realiza para el periodo 1981–2017, el estudio de grupos interseccionales se restringe al periodo 1993–2017, ya que la pérdida de información en la selva —donde se concentra la población indígena amazónica— hace poco confiables los resultados de 1981 a este nivel de desagregación.

¹¹ En los censos anteriores no se incluyen preguntas equivalentes a la ENDES.

¹² Para el 2023 estas cifras se habían reducido y la ENDES registraba 76 casos de gestantes y 38 de abortos y natimuecos.

Finalmente, es relevante indicar que el estudio trabaja con la base de microdatos, considerando a cada hogar e individuo registrado en los censos. Para mantener la consistencia metodológica con los cálculos de indicadores de desigualdad y las descomposiciones respectivas, no se aplican correcciones por factores de expansión derivados de las omisiones estimadas en los censos¹³.

3.2 Otras variables

El análisis descriptivo de la tasa de fecundidad adolescente, que constituye el indicador central de este estudio, se realiza a partir de diversas variables asociadas. En primer lugar, se considera el nivel educativo, categorizado en: sin educación, primaria completa y secundaria. Dado el bajo número de observaciones y la fuerte reducción de la categoría "sin nivel" a lo largo del tiempo, en algunos casos se agrupan las categorías "sin nivel" y "primaria completa" bajo la etiqueta simplificada de "primaria", aunque esta englobe ambas categorías.

En segundo lugar, se incluye la variable de atraso escolar, definida en tres categorías: sin atraso o atraso leve (máximo de un año), atraso moderado (entre dos y tres años) y atraso grave (cuatro años o más). Esta clasificación permite identificar diferencias en fecundidad adolescente asociadas a trayectorias educativas discontinuas o interrumpidas, considerando que el atraso escolar es un importante marcador de vulnerabilidad social.

La variable étnica se caracteriza a partir de la lengua materna, distinguiendo entre hablantes de español, quechua, aimara y lenguas amazónicas. Este enfoque se adopta debido a que la variable de autoidentificación étnica está disponible únicamente en el censo de 2017, lo que impide realizar un análisis étnico diferenciado para las afroperuanas en series de tiempo anteriores. Por tanto, se prioriza la lengua materna como criterio para capturar dimensiones étnicas a lo largo del periodo de estudio.

Asimismo, se incorporan variables territoriales como la localidad de residencia (distinguiendo entre Lima Metropolitana, resto urbano y ámbito rural) y la región natural (Costa, Sierra y Selva). Estas variables permiten explorar los contrastes geográficos en los patrones de fecundidad adolescente, considerando que las desigualdades espaciales son particularmente marcadas en contextos como el peruano.

Finalmente, se incluye un índice de bienestar o riqueza, que es una medida de aproximación al bienestar o riqueza de los hogares a partir de variables asociadas a sus activos. Aunque los censos de población no recopilan información directa sobre ingresos o gastos, disponen de un amplio conjunto de variables correlacionadas con el bienestar económico y social, como los materiales de construcción de la vivienda, el acceso a servicios básicos (agua, saneamiento, electricidad) y la posesión de bienes (automóvil, computadora, teléfono celular, entre otros).

Para sintetizar toda esa información en una medida única, se construye un Índice de Bienestar (IB), también conocido como índice de riqueza o índice de activos, siguiendo la metodología del Análisis de Componentes Principales (PCA), utilizada internacionalmente en

¹³ Si bien podría pensarse que la omisión, al concentrarse en zonas rurales alejadas, llevaría a que el cálculo en este estudio subestime la tasa de embarazo adolescente; la estimación nacional para 2017 es de 10,4% de embarazo adolescente frente a 10,1% del INEI (2018a, 2018b). Sería necesario conocer en detalle la metodología de cálculo del INEI para poder explicar esta diferencia, que no es grande.

estudios basados en encuestas DHS¹⁴, como la ENDES. La selección de variables específicas varía según la disponibilidad en cada censo, pero el supuesto metodológico central es que el primer componente principal captura consistentemente la variable latente de bienestar.

El Índice de Bienestar puede interpretarse como un indicador del ingreso per cápita u otra medida continua del bienestar económico, lo que permite comparar grupos sociales en cada año de análisis. A partir de este índice, se utilizan las diferencias entre quintiles como uno de los enfoques para evaluar la desigualdad en la fecundidad adolescente. Además, se emplea la variable continua para estimar el índice de concentración, el cual utiliza la totalidad de la información disponible para producir una estimación única y robusta de las desigualdades observadas.

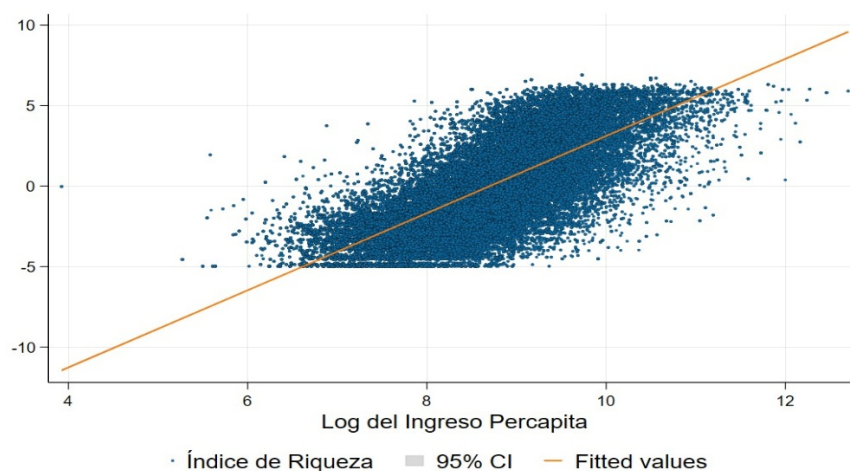
Tabla 1. Variables del índice de bienestar propuesto

Grupo	VARIABLES
Características físicas de la vivienda	Ratio de hacinamiento; Tipo de combustible utilizado para cocinar; Tipo de alumbrado; Tipo de desagüe; Material de pisos; Material de techos; y, Material de paredes
Bienes del hogar	Radio; Refrigeradora; Máquina de coser; Automóvil; Bicicleta; Televisor; Lavadora; y, Motocicleta

Fuente: Elaboración propia.

En Francke, Huaroto y Vivas (2024) se presenta un análisis que permite concluir que existe una fuerte asociación entre el Índice de Bienestar (IB) y el ingreso per cápita (medida de bienestar). La correlación entre el Índice de Bienestar, calculado a partir de los activos y condiciones del hogar, y los ingresos per cápita de los hogares es alta, lo que respalda la confiabilidad del uso del IB como medida de bienestar o riqueza. Esta correlación se ilustra en la Figura 5, que compara, utilizando datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) 2017, los valores del índice y el ingreso per cápita.

Figura 5. Correlación entre los índices de riqueza y los ingresos (ENAH 2017)



Fuente: Elaboración propia en base a ENAH 2017

¹⁴ Demographic and Health Surveys

3.3. Indicadores: Ratio de riesgo relativo e Índice de Concentración

Ratio de riesgo relativo

Para aproximar las diferencias entre grupos, este estudio utiliza el riesgo relativo (RR), que mide la razón entre la probabilidad de que ocurra un evento en un grupo frente a la probabilidad del mismo evento en otro grupo. En este caso, la tasa de riesgo relativo compara el riesgo de embarazo adolescente entre dos grupos, por ejemplo, entre adolescentes que cuentan únicamente con educación primaria y aquellas que han alcanzado educación secundaria o superior.

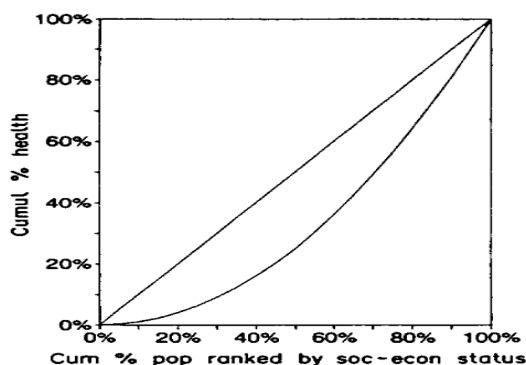
Dado que la variable de interés puede interpretarse como la probabilidad de que una adolescente haya sido madre, la interpretación del RR es sencilla. Siguiendo las convenciones habituales, la razón de riesgo relativo se construye colocando al grupo en mejores condiciones en el denominador y al grupo más desfavorecido en el numerador. Esto permite identificar cuántas veces mayor es la probabilidad de que el grupo más vulnerable enfrente el evento adverso —en este caso, la fecundidad adolescente— en comparación con el grupo de referencia. Así, se pueden realizar comparaciones consistentes de estas razones entre distintos grupos poblacionales y a lo largo del tiempo. La fórmula utilizada es:

$$\text{Riesgo relativo}_{\frac{\text{Grupo1}}{\text{Grupo2}} \text{ año}} = \frac{\text{tasa de fecundidad}_{\text{Grupo1, año}}}{\text{tasa de fecundidad}_{\text{Grupo2, año}}}$$

Índice de Concentración

La curva de concentración (CC) es una representación gráfica que muestra la relación entre el nivel socioeconómico de los individuos y una variable de interés (salud). Esta curva guarda una analogía conceptual con la curva de Lorenz, que se emplea para analizar la distribución del ingreso. De manera similar a cómo el coeficiente de Gini resume la información contenida en la curva de Lorenz, el Índice de Concentración (IC) sintetiza la información de la CC. El IC se define como el doble del área comprendida entre la curva de concentración y la línea de 45 grados que representa la igualdad, tal como se ilustra en la Figura 6 (Wagstaff et al., 1991). Según lo planteado por Wagstaff et al. (1991), el IC permite medir la magnitud de las desigualdades observadas en un resultado de interés, como la salud o la fecundidad adolescente, que están asociadas a un índice de bienestar.

Figura 6. Curva de concentración en salud



Fuente: Tomado de Wagstaff et al. (1991, p. 549).

3.4. Descomposición de la desigualdad

Adicionalmente, siguiendo la metodología planteada por Wagstaff et al. (2003), se analizará el aporte intra-censal de cada variable a los niveles registrados de desigualdad en la fecundidad. Según esta propuesta, el primer paso consiste en estimar un modelo de regresión lineal para la variable de interés (y_i) en función a un conjunto de K determinantes (x_{ki}) que se plantea como $y_i = \alpha + \sum_k \beta_k x_{ki} + \varepsilon_i$. A partir de esta estimación, se puede calcular el Índice de Concentración (IC) en función a los K determinantes como:

$$IC = \sum_k \left(\frac{\beta_k x_k}{\mu} \right) IC_k + \frac{GC_\varepsilon}{\mu} = \sum_k \eta_k IC_k + \frac{GC_\varepsilon}{\mu}.$$

Donde IC_k es el IC del determinante seleccionado x_k , la media del determinante seleccionado es \underline{x}_k y GC_ε representa el IC generalizado para el término de error, es decir, el componente residual del IC no explicado por los determinantes incluidos en el modelo.

Por su parte, la contribución del k-ésimo determinante respecto al total de la desigualdad, como parte del componente determinístico del modelo, se calcula como la ponderación de cada IC respecto a la elasticidad de y respecto a cada determinante, es decir:

$$\eta_k = \beta_k \frac{x_k}{\mu} = \frac{dy}{dx_k} * \frac{x_k}{\mu}.$$

Una vez se realiza la normalización del índice de concentración, la descomposición del IC para el k-ésimo determinante se representa como:

$$\frac{IC}{1-\mu} = \left(\frac{1}{1-\mu} \right) \sum_k \eta_k IC_k + \left(\frac{1}{1-\mu} \right) \frac{GC_\varepsilon}{\mu}.$$

Sobre esta base, es posible aplicar también una descomposición de las variaciones intertemporales, en este caso inter-censales, siguiendo el enfoque desarrollado por Wagstaff et al. (2003)¹⁵.

4. Resultados sobre fecundidad adolescente

Los resultados de la investigación se organizan en los siguientes apartados, con el objetivo de presentar de manera clara y ordenada los principales hallazgos: (i) una descripción estadística de la fecundidad adolescente en 2017, (ii) la evolución de la fecundidad adolescente entre 1981 y 2017, y (iii) el análisis de la desigualdad en la fecundidad adolescente, los factores asociados y la descomposición de dicha desigualdad. Los resultados vinculados específicamente a la fecundidad infantil, es decir, entre los 12 y 14 años, se abordan en la siguiente sección.

¹⁵ Entre los estudios que han aplicado esta metodología se encuentran Amroussia, N., et al. (2017); McGrail, K. et al. (2009); Lahelma, E. et al. (1994) y Wagstaff, A. et al. (2003).

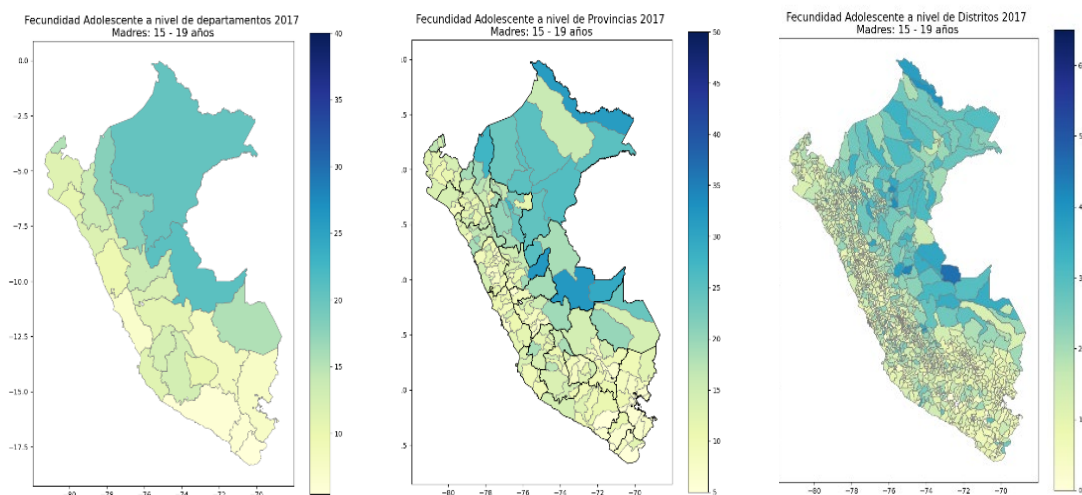
4.1. Descripción geográfica de la fecundidad adolescente en base al censo 2017

A continuación, se presenta un panorama general del embarazo adolescente en el Perú, utilizando los datos del Censo Nacional de 2017. Cabe precisar que la población de interés en este apartado son las mujeres de 15 a 19 años.

En primer lugar, se muestran los mapas correspondientes a los niveles departamental, provincial y distrital para el año 2017 (ver Figura 7). Según el procesamiento realizado a partir de los microdatos del censo, la tasa nacional de fecundidad adolescente alcanza un 10,4%. Este valor es considerablemente más alto en las regiones ubicadas en la selva: Ucayali (22%), Loreto (21%), Amazonas (19%), San Martín (18%) y Madre de Dios (16%). Le siguen la región costera de Tumbes, con una tasa del 16%, y las regiones andinas de Huánuco y Cajamarca, con 13%, así como Pasco, con 12%.

Al realizar una comparación con otros países para el mismo año, se observa que las tasas de fecundidad adolescente registradas en los cuatro departamentos con mayores niveles superan incluso las tasas reportadas en los cinco países (todos africanos) con las cifras más altas a nivel mundial: Níger, Mozambique, República Centroafricana, Guinea Ecuatorial y Malí, cuyas tasas fluctuaban entre 15,5% y 17%. Además, los cuatro departamentos mencionados presentan tasas superiores al promedio registrado en África Subsahariana (12%) y al país latinoamericano con la mayor tasa en ese periodo, Nicaragua, que reportó un 10,9%.

Figura 7. Mapas departamental, provincial y distrital de concentración de la fecundidad adolescente, 2017



Fuente: Elaboración propia

A nivel departamental (ver Tabla 2), Ucayali, Loreto y Amazonas registran tasas de fecundidad adolescente superiores al doble del promedio nacional, consolidándose como los departamentos con mayores niveles. De hecho, los cinco departamentos amazónicos encabezan la lista a nivel nacional. En contraste, las menores tasas se concentran en Lima y Callao, así como en los departamentos del sur ubicados en la costa y la sierra, donde los niveles de fecundidad adolescente resultan considerablemente inferiores al promedio nacional.

Tabla 2. Tasas de fecundidad adolescente por departamento 2017

Departamento	Tasa de Fecundidad Adolescente
Ucayali	22
Loreto	21
Amazonas	19
San Martín	18
Madre de dios	16
Tumbes	16
Huánuco	14
Cajamarca	14
Ayacucho	13
Huancavelica	13
Pasco	12
La libertad	12
Piura	12
Ica	12
Junín	11
Lambayeque	11
Apurímac	10
Ancash	10
Cusco	9
Callao	8
Puno	8
Lima	7
Moquegua	7
Arequipa	6
Tacna	5

Fuente: Elaboración propia

A nivel provincial, destaca notablemente la región Ucayali, cuyas cuatro provincias presentan tasas elevadas de embarazo adolescente: Atalaya alcanza 33%, Purús 29%, Padre Abad 26% y Coronel Portillo 19%. De manera similar, las ocho provincias del departamento de Loreto registran cifras alarmantes: Putumayo con 33%; Requena 27%; Alto Amazonas, Mariscal Castilla y Loreto con 26%; Ucayali y Datem del Marañón con 25%; y Maynas con 16%. Asimismo, las siete provincias del departamento de Amazonas muestran tasas superiores al promedio nacional: Condorcanqui 29%, Bagua 21%, Rodríguez de Mendoza 19%, Utcubamba 18%, Bongará 17%, Luya 16% y Chachapoyas 11%.

También se observa que, en todas las provincias de San Martín, Madre de Dios, Tumbes y Cajamarca las tasas superan el promedio nacional. Esta información no solo evidencia la magnitud de la problemática, sino que además plantea un reto directo para las intervenciones de los gobiernos regionales y provinciales. En la Tabla 3, se presenta un ranking de provincias con tasas iguales o superiores al 20%, es decir, donde al menos una de cada cinco adolescentes ya era madre en el año 2017.

Tabla 3. Ranking de provincias con tasas de 20% a más de fecundidad adolescente en 2017

Departamento	Provincia	Tasa de Fecundidad Adolescente
Ucayali	Atalaya	33
Loreto	Putumayo	33
Huánuco	Puerto Inca	33
Amazonas	Condorcanqui	29
Ucayali	Purús	29
San Martín	El Dorado	28
Loreto	Requena	27
Ucayali	Padre Abad	26
Loreto	Alto Amazonas	26
Madre De Dios	Tahuamanu	26
Loreto	Mariscal Ramon Castilla	26
Loreto	Loreto	26
Loreto	Ucayali	25
Loreto	Datem del Marañón	25
San Martín	Bellavista	25
San Martín	Lamas	23
San Martín	Picota	23
San Martín	Huallaga	22
San Martín	Mariscal Cáceres	21
Amazonas	Bagua	21
Madre De Dios	Manu	21
La Libertad	Julcán	20
Pasco	Oxapampa	20
Huancavelica	Castrovirreyña	20
Ayacucho	La Mar	20
Junín	Satipo	20
San Martín	Tocache	20
Huánuco	Pachitea	20

Fuente: Elaboración propia

En contraste, las provincias con menores tasas de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años en 2017, es decir, aquellas con tasas iguales o inferiores al 7%, se presentan en la Tabla 4. Una lectura general de la incidencia provincial de fecundidad adolescente permite observar que es considerable el número de provincias con tasas elevadas en ese año. De las 196 provincias a nivel nacional, 137 registran tasas superiores al promedio nacional (10,4%), alcanzando hasta un 33%; mientras que solo 59 provincias presentan tasas entre 10,4% y 5%, tratándose en promedio de provincias más pobladas.

Tabla 4. Provincias con tasas menores a 7% de fecundidad adolescente en el 2017

Región	Provincia	Tasa de Fecundidad Adolescente
Tacna	Candarave	7
Arequipa	Islay	7
Puno	El Collao	7
Junín	Huancayo	7
Puno	Huancané	7
Cusco	Canchis	7
Lima	Lima	7
Moquegua	Mariscal Nieto	7
Cusco	Acomayo	7
Pasco	Daniel Alcides Carrión	6
Puno	San Román	6
Puno	Puno	6
Moquegua	Ilo	6
Cusco	Cusco	6
Tacna	Tacna	5
Arequipa	Arequipa	5

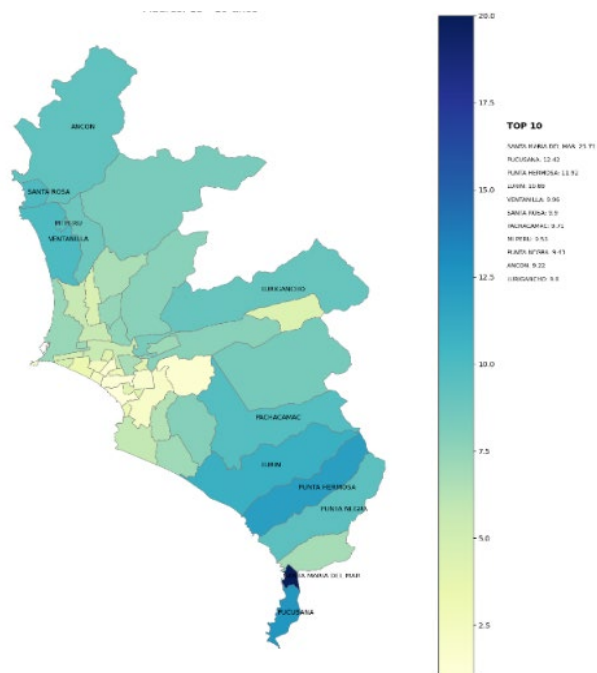
Fuente: Elaboración propia

A nivel distrital, se advierte que el pequeño tamaño poblacional de muchos distritos puede generar variabilidad temporal significativa en las tasas, debido al componente aleatorio propio de indicadores sanitarios como el embarazo adolescente. El análisis de los microdatos de 1,872 distritos muestra tasas que oscilan entre 0% y 46%, destacando el distrito de Yurúa (provincia Atalaya, departamento Ucayali) como el de mayor tasa, seguido por Huimbayoc (provincia San Martín, departamento San Martín), Teniente César López Rojas (provincia Alto Amazonas, departamento Loreto) y Colcabamba (provincia Huaraz, departamento Áncash), todos con alrededor de 43%.

También figuran los distritos de Yuyapichis (provincia Puerto Inca, departamento Huánuco) con 42%, así como Rosa Panduro (provincia Putumayo, departamento Loreto) y San Miguel de Acos (provincia Huaral, departamento Lima provincias), ambos con 40%. Estas cifras superan ampliamente los promedios nacionales, departamentales y provinciales, evidenciando situaciones que requieren atención urgente y prioritaria, aunque se trate de distritos con baja concentración poblacional.

Además, destaca que, en el departamento de Ucayali, 14 de sus 17 distritos presentan tasas entre 25% y 46%; en Loreto, 52 de sus 53 distritos (salvo Iquitos, con 10%) registran tasas entre 16% y 43%; y en Amazonas, 64 de 84 distritos muestran cifras por encima del promedio nacional, fluctuando entre 37% y 11% en 2017. Dada la alta concentración poblacional, se presenta por separado la información correspondiente a Lima Metropolitana (ver Figura 8).

Figura 8. Mapa de fecundidad adolescente en Lima Metropolitana en el 2017



Fuente: Elaboración propia

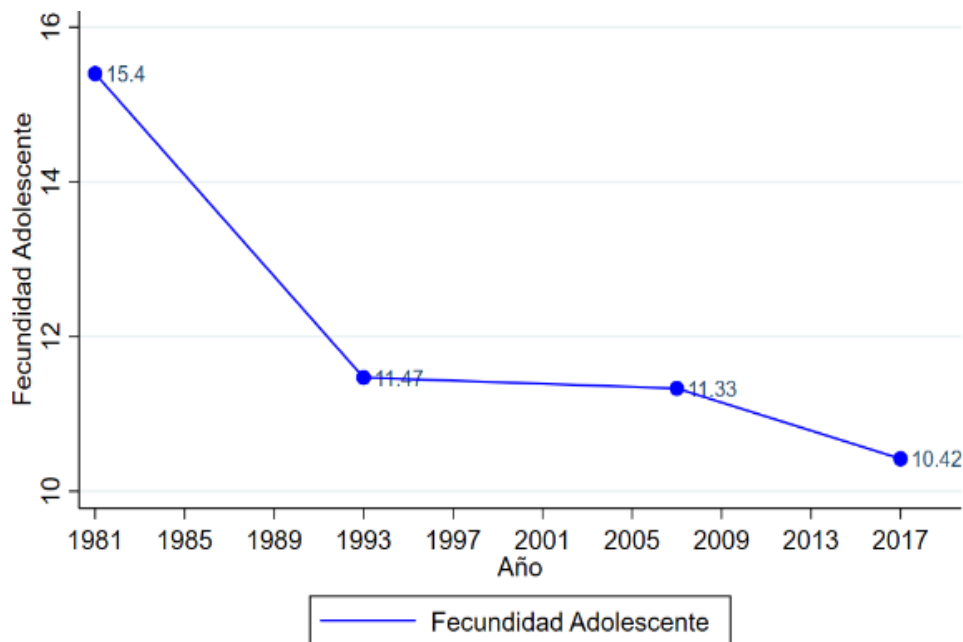
Aunque la tasa de fecundidad adolescente a nivel provincial de Lima Metropolitana es de 7%, se identifican cuatro distritos que superan el promedio nacional de 10,4%: Santa María del Mar (26%), Pucusana (13%), Punta Hermosa (12%) y Lurín (11%), siendo importante señalar que los tres primeros son distritos con muy baja población. Por otro lado, destacan los distritos con tasas mínimas de embarazo adolescente, cercanas al 1%, los cuales corresponden mayoritariamente a zonas consideradas de clase alta o media-alta: La Molina, San Isidro, San Borja, Jesús María y Miraflores.

4.2. Evolución de la fecundidad adolescente entre 1981 y 2017 a nivel de departamentos, provincias y distritos

A continuación, se presenta un esbozo general sobre la evolución de la fecundidad adolescente en el Perú utilizando la información de los Censos Nacionales de 1981, 1993, 2007 y 2017. Un aspecto relevante relacionado con los datos es que la información individual del Censo de 1981 correspondiente a los departamentos de Apurímac, Loreto y San Martín no está disponible, motivo por el cual dichos departamentos han sido excluidos del análisis para ese año. Considerando que en conjunto representan aproximadamente el 8% de la población nacional según el Censo de 1993, se estima que los sesgos derivados de esta omisión son de menor magnitud para los análisis a nivel nacional.

Por otro lado, es importante destacar que el periodo 1981-1993 estuvo marcado por una severa crisis económica, un conflicto armado interno y el colapso de las instituciones estatales y de salud pública, lo que lo convierte en un periodo excepcional en la historia reciente del país. En cambio, el periodo 1993-2017 corresponde a una etapa caracterizada por crecimiento económico sostenido y reducción de la pobreza, contexto en el cual se centrará principalmente el análisis.

Figura 9. Evolución de la fecundidad adolescente en el Perú: Censos Nacionales 1981, 1993, 2007 y 2017



Fuente: Censo 1981, 1993, 2007, 2017

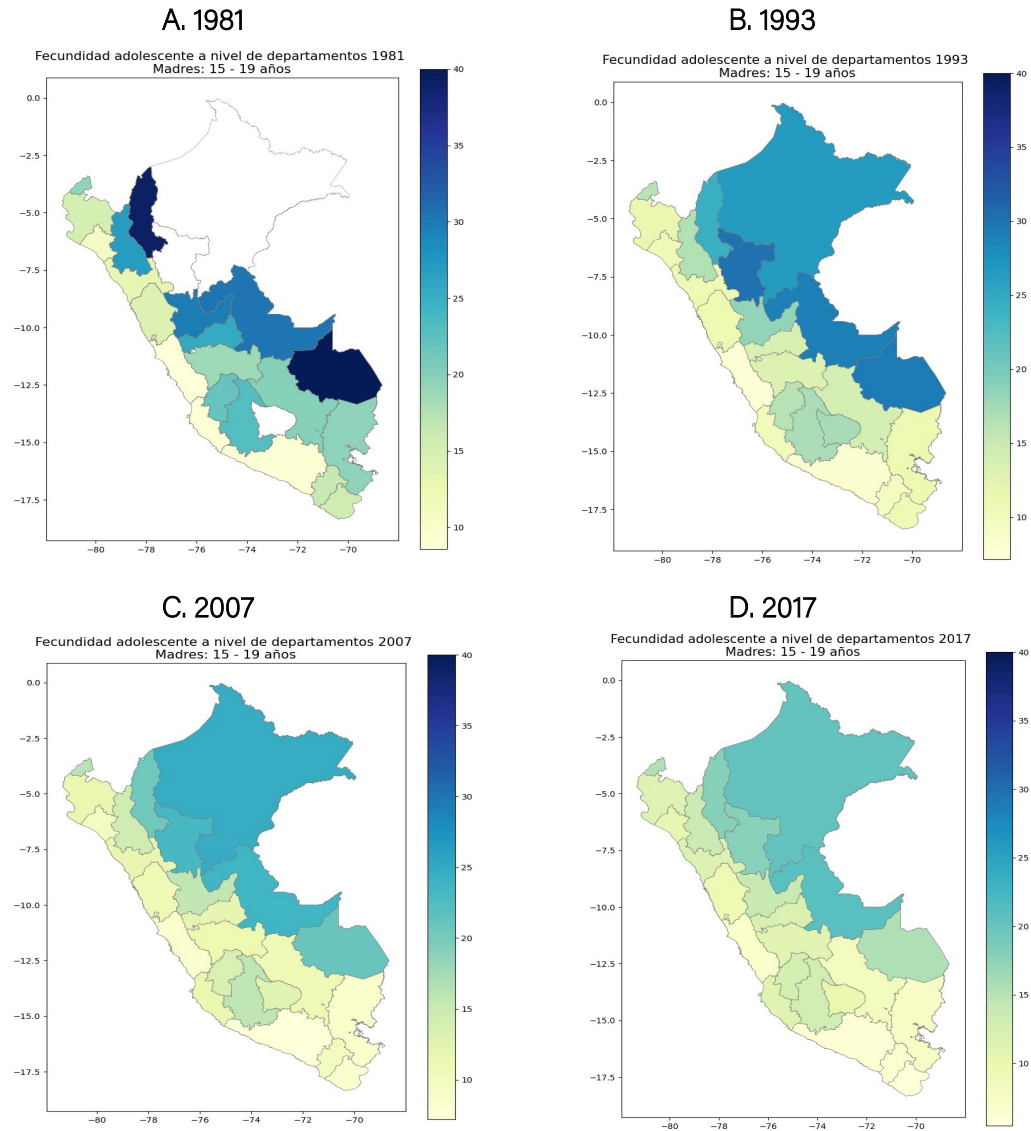
La fecundidad adolescente en el Perú ha mostrado una tendencia general a la reducción, especialmente entre 1981, cuando se situaba en 15,4%¹⁶, y 1993, cuando descendió a 11,5%. Sin embargo, entre 1993 y 2007 el indicador permaneció prácticamente estancado, y solo después de 2007 comenzó a reducirse lentamente, alcanzando 10,4% en el año 2017. La Figura 10 muestra la evolución de la tasa de fecundidad adolescente, en función de los patrones observados en los mapas departamentales.

En relación con la evolución histórica de la tasa de embarazo adolescente en los últimos cuatro censos, se observan tasas notablemente elevadas en 1981, destacando casos como Madre de Dios (42%), Amazonas (40%), Ucayali (32%), Huánuco (30%), Cajamarca (28%) y Pasco (27%), donde más de una cuarta parte de las adolescentes de 15 a 19 años eran madres. No obstante, para el año 1993 todas las tasas departamentales muestran reducciones, y en los periodos posteriores algunas regiones experimentan incrementos mientras que en otras continúan las disminuciones (ver Figura 11).

Un primer aspecto por destacar es que se esperaría un descenso generalizado de las tasas de fecundidad adolescente desde 1993 hasta 2017, considerando que se trató de un periodo de relativa abundancia en la economía peruana, con reducción sostenida de la pobreza, la creación de programas sociales dirigidos a las poblaciones más vulnerables y el fortalecimiento progresivo de los gobiernos subnacionales, sobre todo a partir del año 2001. Estas condiciones deberían haber favorecido una disminución uniforme de los indicadores a nivel nacional.

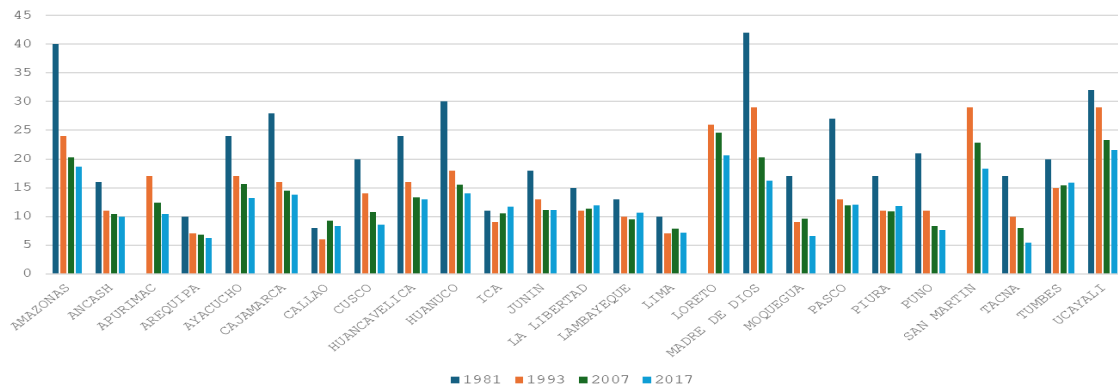
¹⁶ Podría estar subestimado por la ausencia de datos de Loreto, San Martín y Apurímac. Para 2017 la tasa de fecundidad adolescente retirando esos 3 departamentos es de 10,68% frente a 10,42% de la tasa nacional.

Figura 10. Evolución de la tasa de fecundidad adolescente por Departamentos entre 1981-2017



Fuente: Elaboración propia

Figura 11. Fluctuaciones por departamentos de la tasa de fecundidad adolescente según los censos nacionales 1981, 1993, 2007 y 2017



Fuente: Elaboración propia

Sin embargo, al analizar los datos desagregados por departamento (ver Tabla 5), se observa que este patrón no fue homogéneo: mientras en algunos departamentos las tasas efectivamente disminuyeron, en otros se registraron fluctuaciones con periodos de altas y bajas. Entre 1993 y 2017, por ejemplo, se aprecia un aumento en Ica y, en menor medida, en La Libertad, Lambayeque, Piura y Tumbes, regiones que se caracterizan por el llamado “boom agroexportador”. Este es un fenómeno que amerita mayor análisis, pues resulta paradójico que, al mismo tiempo que estas regiones reducen su pobreza y aumentan su empleo, también se eleva la tasa de embarazo adolescente.

Tabla 5. Departamentos con fluctuaciones notables de las tasas de fecundidad adolescente en los censos 1981, 1993, 2007 y 2017

Departamentos	1981	1993	2007	2017
Ica	11	9	11	12
La Libertad	15	11	11	12
Lambayeque	13	10	9	11
Piura	17	11	11	12
Tumbes	20	15	15	16

Fuente: Elaboración propia

Un segundo aspecto por destacar es la tendencia al decrecimiento constante de la tasa de embarazo adolescente en todos los departamentos de la sierra, aunque en unos más que en otros (ver Tabla 6). Este patrón sugiere que, pese a las limitaciones estructurales y las persistentes brechas territoriales, las regiones andinas han logrado avances sostenidos en la reducción del embarazo adolescente a lo largo de las últimas décadas.

Tabla 6. Decrecimiento de tasas de fecundidad adolescente en departamentos de sierra según los censos 1981, 1993, 2007 y 2017

Departamentos	1981	1993	2007	2017
Ancash	16	11	10	10
Apurímac		17	12	10
Arequipa	10	7	7	6
Ayacucho	24	17	16	13
Cajamarca	28	16	14	14
Cusco	20	14	11	9
Huancavelica	24	16	13	13
Huánuco	30	18	16	14
Junín	18	13	11	11
Pasco	27	13	12	12
Puno	21	11	8	8

Fuente: Elaboración propia

Un tercer aspecto por destacar es la evolución histórica de los departamentos de la selva. Si bien en ellas predomina actualmente una mayor tasa de embarazo adolescente que el promedio nacional, ha habido una significativa disminución en las últimas décadas, como se puede observar en la Tabla 7.

Tabla 7. Evolución histórica de las tasas de fecundidad adolescente en departamentos de la selva, según los censos nacionales 1981, 1993, 2007 y 2017

Departamentos	1981	1993	2007	2017
Amazonas	40	24	20	19
Loreto		26	25	21
Madre de Dios	42	29	20	16
San Martín		29	23	18
Ucayali	32	29	23	22

Fuente: Elaboración propia

En la zona metropolitana de Lima y Callao (ver Tabla 8), es particularmente preocupante la fuerte alza de la fecundidad adolescente observada desde 1993 en el Callao, pese a sus menores niveles de pobreza, al boom exportador que dinamiza el comercio a través de su puerto, y el acceso al canon portuario que proporciona al gobierno regional y local fondos importantes. En contraste, el caso de Lima —que por su densidad poblacional amerita una lectura adicional— muestra una dinámica algo distinta: entre 1993 y 2007 la tasa sube 1 punto porcentual, para luego descender en 2017, de modo que, no se observa una variación en la fecundidad adolescente en Lima entre lo reportado en 1993 y 2017.

Tabla 8. Evolución histórica de la tasa de fecundidad adolescente en Lima y Callao según los censos 1981, 1993, 2007 y 2017

Departamentos	1981	1993	2007	2017
Lima	10	7	8	7
Callao	8	6	9	8

Fuente: Elaboración propia

Ordenando a todos los departamentos según el cambio en la tasa de fecundidad adolescente entre 1993 y 2017, se puede identificar dónde aumentó, dónde disminuyó ligeramente y dónde se redujo fuertemente. En la Tabla 9 se aprecian los departamentos con variación al alza, los cuales son todos de la costa, destacando particularmente el Callao, así como Lima, que si bien registra solo un incremento de 3%, resalta por su alta concentración poblacional, lo que amplifica el impacto absoluto del fenómeno.

Tabla 9. Departamentos donde aumentó la tasa de fecundidad adolescente entre los censos 1993-2017

Departamentos	1993	2007	2017	1993/2017
Callao	6	9	8	38%
Ica	9	11	12	30%
La Libertad	11	11	12	9%
Lambayeque	10	9	11	7%
Piura	11	11	12	7%
Tumbes	15	15	16	6%
Lima	7	8	7	3%

Fuente: Elaboración propia

No obstante, en el mismo periodo también se observan variaciones hacia la baja que resultan significativas (ver Tabla 10), con disminuciones del 25% o mayores, principalmente en departamentos de la sierra y la selva. A pesar de estas reducciones, es importante señalar que Ucayali, San Martín y Madre de Dios aún mantienen tasas altas de embarazo adolescente, lo que indica que, si bien ha habido progreso, persisten desafíos relevantes en estas regiones.

Tabla 10. Departamentos donde hubo mayor reducción de la tasa de fecundidad adolescente entre los censos 1993-2017

Departamentos	1993	2007	2017	1993/2017
Ucayali	29	23	22	-26%
Moquegua	9	10	7	-27%
Puno	11	8	8	-31%
San Martín	29	23	18	-37%
Apurímac	17	12	10	-39%
Cusco	14	11	9	-39%
Madre de Dios	29	20	16	-44%
Tacna	10	8	5	-46%

Fuente: Elaboración propia

4.3. ¿Dónde concentrar esfuerzos? Provincias en regiones de alta tasa y con escaso progreso entre 1993-2017

Un análisis más exhaustivo de la evolución histórica por provincias, focalizado en departamentos que en el último censo del 2017 presentan las tasas más altas en el país, permite identificar las zonas donde se concentra el embarazo adolescente. En el departamento de Ucayali (cuya tasa departamental al 2017 es de 22%) destaca la provincia de Atalaya (ver Tabla 11), y en el departamento de Loreto (con una tasa departamental en el 2017 de 21%) sobresale la provincia de Putumayo (ver Tabla 12); ambas provincias registran tasas del 33% para ese mismo año, pese a mostrar una disminución histórica constante. No muy lejos, también se observan otras provincias con tasas elevadas, aunque en ambos departamentos las provincias capitales presentan tasas menores.

Tabla 11. Evolución histórica de las tasas de fecundidad en las provincias de Ucayali

Departamento	Provincia	Tasa 1993	Tasa 2007	Tasa 2017
Ucayali	Atalaya	50	41	33
Ucayali	Purús	42	51	29
Ucayali	Padre Abad	39	28	26
Ucayali	Coronel Portillo	25	20	19

Fuente: Elaboración propia

Tabla 12. Evaluación histórica de las tasas de fecundidad en las provincias de Loreto

Departamento	Provincia	Tasa 1993	Tasa 2007	Tasa 2017
Loreto	Putumayo	50	32	33
Loreto	Requena	36	34	27
Loreto	Alto Amazonas	30	27	26
Loreto	Mariscal Ramon Castilla	37	33	26
Loreto	Loreto	39	33	26
Loreto	Ucayali	34	30	25
Loreto	Datem del Marañón	36	34	25
Loreto	Maynas	21	19	16

Fuente: Elaboración propia

Una mención aparte merece el departamento de Huánuco, cuya tasa departamental es de 13%; sin embargo, la provincia de Puerto Inca registra una tasa de 33% en 2017, mostrando prácticamente ninguna variación histórica en 24 años (ver Tabla 14). Por otro lado, en Amazonas, el tercer departamento con la mayor tasa de embarazo adolescente en 2017 (19%), resalta la provincia de Condorcanqui, que presenta un 29% (ver Tabla 13).

Tabla 13. Evolución histórica de las tasas de fecundidad en las provincias de Huánuco

Departamento	Provincia	Tasa 1993	Tasa 2007	Tasa 2017
Huánuco	Puerto Inca	34	34	33
Huánuco	Pachitea	23	24	20
Huánuco	Leoncio Prado	22	19	16
Huánuco	Marañón	20	20	15
Huánuco	Huamalies	19	18	14
Huánuco	Dos De Mayo	22	13	14
Huánuco	Ambo	15	12	14
Huánuco	Huacaybamba	15	14	13
Huánuco	Huánuco	14	11	11
Huánuco	Lauricocha	17	13	10
Huánuco	Yarowilca	20	14	9

Fuente: Elaboración propia

Tabla 14. Evolución histórica de las tasas de fecundidad en las provincias de Amazonas

Departamento	Provincia	Tasa 1993	Tasa 2007	Tasa 2017
Amazonas	Condorcanqui	38	35	29
Amazonas	Bagua	25	21	21
Amazonas	Rodríguez de Mendoza	18	21	19
Amazonas	Utcubamba	26	18	18
Amazonas	Bongara	22	18	17
Amazonas	Luya	20	18	16
Amazonas	Chachapoyas	15	13	11

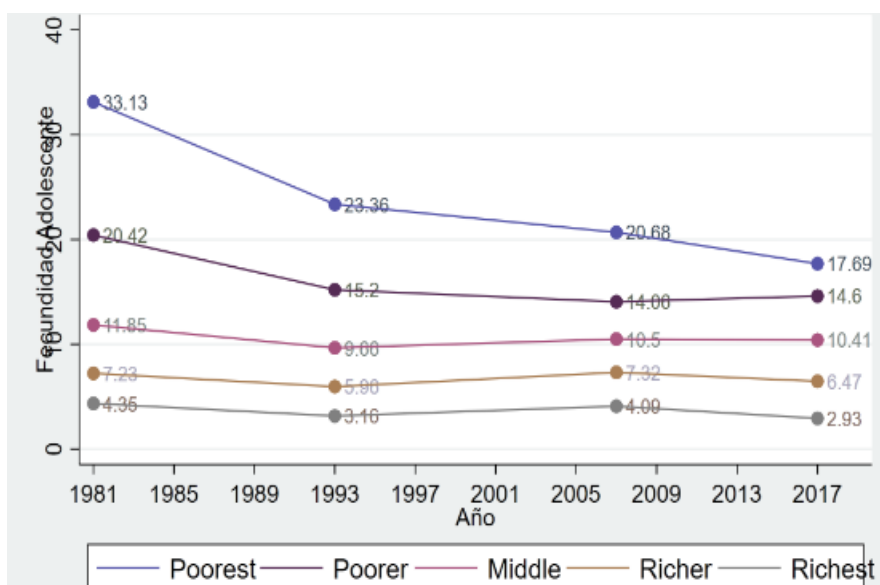
Fuente: Elaboración propia

El departamento de San Martín presenta una tasa departamental de 18% en 2017; sin embargo, la provincia de El Dorado alcanza una tasa superior de 28%. En el caso de Madre de Dios, que ocupa el quinto lugar en el ranking departamental con una tasa de 16%, destaca la provincia de Tahuamanu con una tasa de fecundidad adolescente de 26%. En síntesis, a nivel provincial, Atalaya (Ucayali), Putumayo (Loreto) y Puerto Inca (Huánuco) registran las tasas más elevadas de fecundidad adolescente en 2017, alcanzando 33% (es decir, una de cada tres adolescentes ha tenido al menos un hijo). Les siguen Condorcanqui (Amazonas) con 29%, El Dorado (San Martín) con 28% y Tahuamanu (Madre de Dios) con 26%.

4.4. Fecundidad adolescente en 1981-2017 por quintiles, educación, etnicidad, región natural y urbano/rural

El análisis¹⁷ revela que la reducción de la fecundidad adolescente ha sido más marcada en el quintil más pobre, donde cayó de 33,1% en 1981 a 17,7% en 2017, destacando una disminución pronunciada entre 1981 y 1993, y una reducción adicional de tres puntos porcentuales entre 2007 y 2017. En contraste, en los quintiles 2, 3, 4 y 5 —que representan a la población “no pobre”—, se observa una reducción inicial entre 1981 y 1993, seguida de un estancamiento o ligeras alzas entre 1993 y 2017. En consecuencia, la reducción total observada entre 2007 y 2017 se explica principalmente por los avances en el quintil más pobre. A pesar de estas dinámicas, a lo largo de todo el periodo se mantiene una clara gradiente inversa entre nivel de riqueza y tasa de fecundidad adolescente, como se aprecia en la Figura 12.

Figura 12. Evolución histórica de la tasa de fecundidad adolescente según quintiles

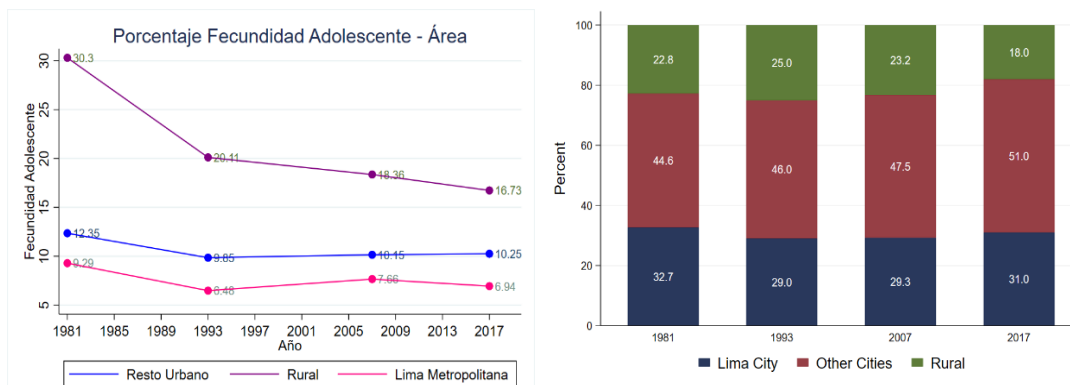


Fuente: Censo 1981, 1993, 2007 y 2017

¹⁷ Como se ha mencionado, es probable que la estimación nacional de fecundidad adolescente para 1981 tenga un sesgo a la subestimación, debido a la ausencia de datos de los departamentos de Loreto, San Martín y Apurímac, los cuales en años posteriores registran altas tasas de fecundidad y una mayor proporción de población rural. Este detalle metodológico debe ser considerado al interpretar las tendencias históricas.

A nivel geográfico, en 2017 la fecundidad adolescente seguía mostrando marcadas desigualdades: en las zonas rurales alcanzaba un 16,7%, más del doble que en Lima Metropolitana (6,9%) y un 60% por encima del promedio del resto urbano (10,3%). Sin embargo, la evolución de estas tasas ha sido diferenciada en las últimas décadas. Entre 1993 y 2017 no se registraron reducciones significativas en la fecundidad adolescente ni en Lima ni en las demás áreas urbanas. En contraste, en las zonas rurales la disminución fue notable: cayó un 17% entre esos dos años y un 45% si se compara frente al nivel registrado en 1981, pasando de 30,3% a 16,7%. Estos datos sugieren que no hubo un efecto de composición relevante (es decir, cambios estructurales poblacionales) que explique la reducción.

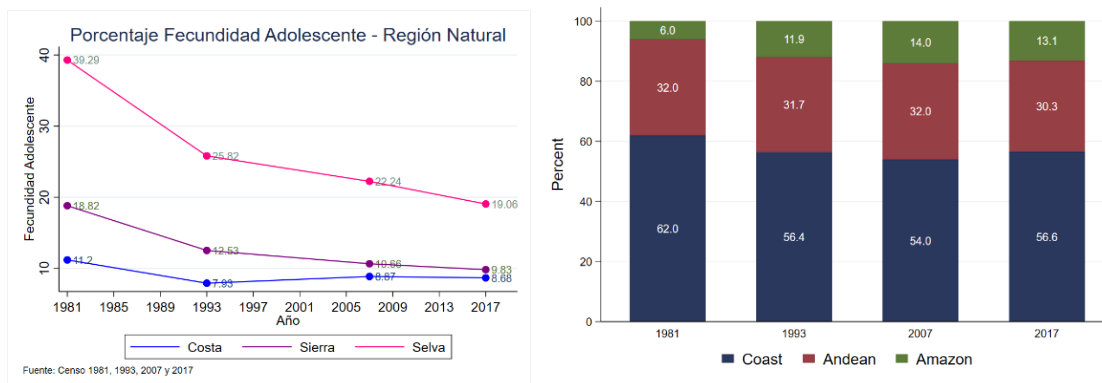
Figura 13. Evolución histórica de la tasa de fecundidad adolescente según ámbitos urbano/rural



Fuente: Censo 1981, 1993, 2007 y 2017

Por regiones naturales¹⁸, se observa una reducción sostenida de la fecundidad adolescente en la selva, que pasó de 39,3% en 1981 a 25,8% en 1993, 22,2% en 2007 y 19,1% en 2017. De manera similar, en la sierra también se aprecia una caída constante: de 18,8% en 1981 a 12,5% en 1993, 10,7% en 2007 y 9,8% en 2017. Estos descensos implican que, en la selva y sierra, la tasa de fecundidad adolescente se ha reducido a la mitad en el transcurso de cuatro décadas. En contraste, la costa si bien registró una reducción entre 1981 y 1993, posteriormente hubo un repunte, pasando de 7,9% en 1993 a 8,7% en 2017.

Figura 14. Evolución histórica de la tasa de fecundidad adolescente según regiones naturales

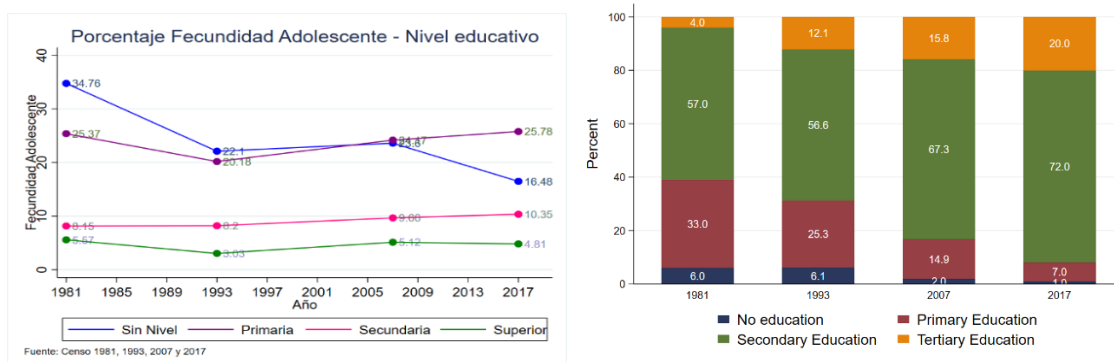


Fuente: Censo 1981, 1993, 2007 y 2017

¹⁸ La composición de 1981 presentada en la Figura 14 subvalora el peso de la selva por la inexistencia de datos de Loreto y San Martín, impidiendo que se pueda analizar ese efecto adecuadamente.

Resulta destacable que las adolescentes sin educación casi han desaparecido (de 6% en 1981 a cifras marginales en 2017), mientras que aquellas con secundaria o superior aumentó de 57% a 72%. Las diferencias en la tasa de fecundidad según nivel educativo son marcadas: en 2017 alcanzaban 4,8% entre quienes tenían educación superior, 10,4% entre las que contaban con secundaria y 25,8% entre aquellas con solo primaria. Aunque la tasa general cayó por efecto de composición —más adolescentes con mayor educación—, entre 1993 y 2017 las tasas específicas aumentaron en todos los grupos. Es importante interpretar estos datos con cautela, ya que el nivel educativo se correlaciona fuertemente con la edad, un factor clave en la fecundidad adolescente.

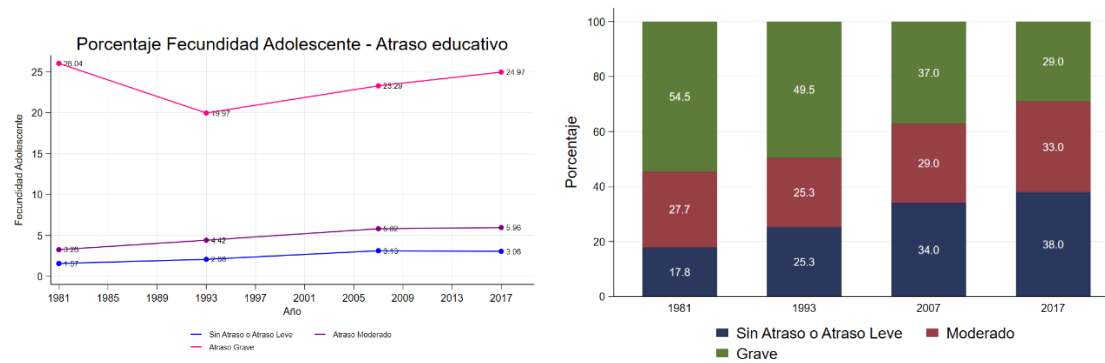
Figura 15a. Evolución histórica de la tasa de fecundidad adolescente según nivel educativo



Fuente: Censo 1981, 1993, 2007 y 2017

Una aproximación útil es analizar el atraso educativo¹⁹, ya que minimiza el sesgo por edad. Sin embargo, es importante aclarar que correlación no implica causalidad: el atraso puede haber precedido al embarazo y ser causa, o bien haber ocurrido como consecuencia del mismo, y probablemente ambos mecanismos operan. Aunque el atraso ha disminuido, en 2017 aún un 29% tenía atraso grave, y en este grupo la tasa de fecundidad adolescente es mucho más alta (ver Figura 15b). Cabe destacar que, entre 1993 y 2017, las tasas de embarazo aumentaron dentro de cada grupo, mientras que la reducción nacional responde principalmente al cambio en la composición.

Figura 15b. Evolución histórica de la tasa de fecundidad adolescente según atraso educativo

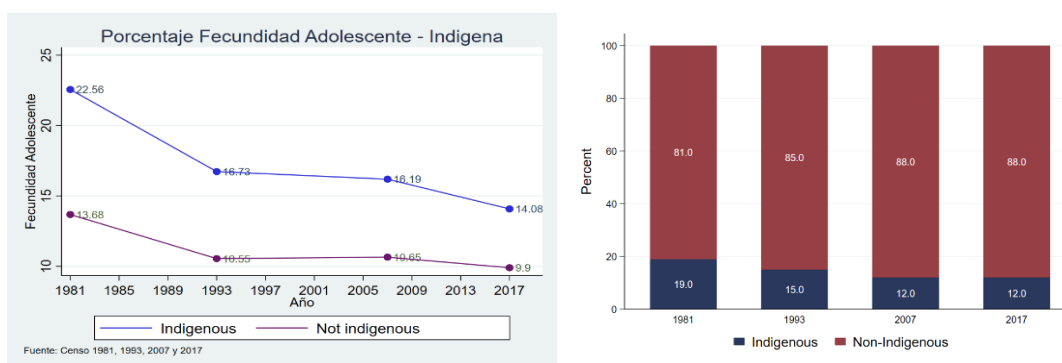


Fuente: Censo 1981, 1993, 2007 y 2017

¹⁹ Se construye la variable atraso escolar comparando el nivel educativo alcanzado con el esperado según la edad, clasificando a las adolescentes en tres grupos: sin atraso (o hasta un año), atraso moderado (2-3 años) y atraso grave (4 años o más).

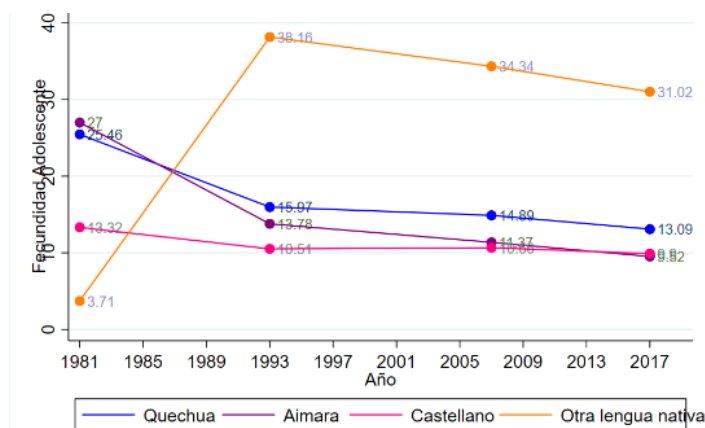
Entre 1981 y 2017, la fecundidad adolescente se redujo tanto entre adolescentes indígenas — identificados por lengua materna—, pasando de 22% a 14%, como entre no indígenas, de 13% a 10%²⁰. Desagregando por grupos étnicos²¹, en 2017 las tasas de fecundidad adolescente eran significativamente más altas entre indígenas amazónicos (31%), algo mayores entre quechuas (13,1%) y más bajas entre aymaras y castellano-hablantes (9,8%). Excluyendo los datos amazónicos de 1981 por limitaciones censales²², se observa una reducción sostenida en todos los grupos: entre indígenas amazónicos, de 38,2% en 1993 a 31% en 2017; entre quechuas, de 25,5% en 1981 a 13,1% en 2017; entre aymaras, de 27% a 9,8%; y entre castellano-hablantes, de 13,3% en 1981 a 9,5% en 2017 (ver Figura 17).

Figura 16. Evolución histórica de la tasa de fecundidad adolescente según etnicidad (indígena y no indígena)



Fuente: Censo 1981, 1993, 2007 y 2017

Figura 17. Evolución de la tasa de fecundidad adolescente según lengua materna



Fuente: Censo 1981, 1993, 2007 y 2017

²⁰ Evaluando si pudiera haber sesgos significativos en el dato de 1981, según el INEI (2024) Situación de la población peruana 2024. Una mirada a la diversidad étnica (página 67) los indígenas amazónicos representan el 0,9% de población y 3,6% de población indígena de 12 años a más. Aún si este grupo tuviera una tasa de fecundidad el doble que la demás población indígena y hubiera sido totalmente excluida en 1981, la tasa promedio del grupo indígena sólo se elevaría a 23.4%.

²¹ Se usa lengua materna porque los censos de 1981, 1993 y 2007 no preguntaban por autoidentificación étnica.

²² Reportando el Censo de 2017, INEI (2024) presenta datos para aquellos autoidentificados en la categoría "nativo o indígena de la amazonia" indicando que 75% de esta población está en Loreto, Ucayali, Junín y Amazonas, y otro 13% entre Pasco, Cusco, Madre de Dios y San Martín.

A partir del censo de 2017, que incorpora preguntas tanto sobre lengua materna como sobre autoidentificación étnica, es posible profundizar las diferencias en fecundidad adolescente entre grupos. Según autoidentificación étnica (ver Tabla 15), se confirma la mayor tasa entre indígenas amazónicos (28,3%). Entre los pueblos andinos, los aimaras presentan una tasa más baja (7,9%) que los quechuas (10,5%) e incluso que blancos y mestizos (10,2%). Por su parte, los afroperuanos registran una tasa de fecundidad adolescente de 14,8%, superior a la de los indígenas andinos y los mestizos²³.

Tabla 15. Fecundidad adolescente 2017 según autoidentificación étnica

	Tasa de fecundidad adolescente
Indígena Andino	10.3
<i>Quechua</i>	10.5
<i>Aimara</i>	7.9
Blanco o Mestizo	10.2
Indígena Amazónico	28.3
Afrodescendiente	14.8
Otro	9.2

Fuente: Elaboración propia

Adicionalmente, las preguntas y base de datos del censo 2017 permiten calcular las tasas de embarazo adolescente para los cuatro principales grupos étnicos amazónicos identificados por lengua materna —asháninka, shipibo-konibo, awajún y shawi/chayahuita— que concentran más del 85% de la población indígena amazónica. Los resultados confirman las altas tasas de fecundidad adolescente en estos grupos, que oscilan entre 28% y 33%, muy por encima de otros grupos. En contraste, el conjunto de otros pueblos indígenas amazónicos, que representan solo el 15% restante, registra una tasa significativamente menor (14,7%).

Tabla 16. Tasas de fecundidad adolescente por lengua materna desagregando los cuatro grupos amazónicos más grandes

	Tasa de fecundidad adolescente
Castellano	9.9
Lengua Andina	12.8
Ashaninka	33.1
Shipibo-Konibo	32.1
Awajún	28.6
Shawi/Chayahuita	29.5
Otros grupos amazónicos	14.7

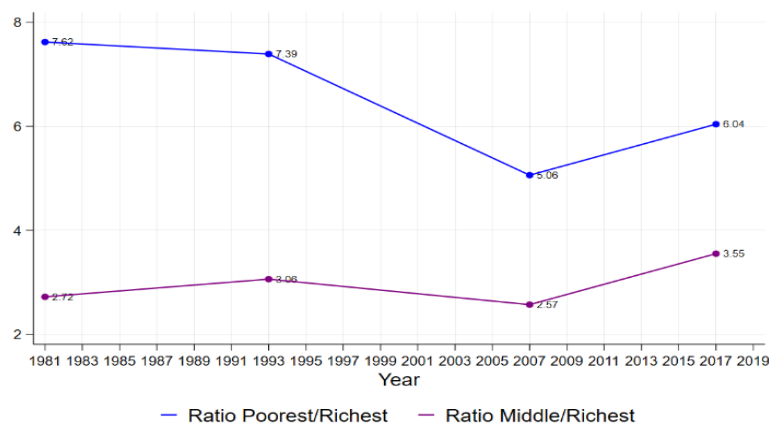
Fuente: Elaboración propia

²³ En algunos casos las estimaciones de la Tabla 15 y Tabla 16 difieren ligeramente de lo publicado por el INEI (2018a), cuadros 1.4 y 1.5. Adicionalmente hay que tener en cuenta que, según la evaluación de calidad del censo del INEI (2018c) cuadro 4.1, esta variable solo coincide con las respuestas de la ENAHO en 65%, frente a 80% de nivel educativo y 92% de lengua materna.

4.5. Ratios de riesgo de fecundidad adolescente por quintiles, educación, etnicidad, región natural y urbano/rural

Un primer análisis de las desigualdades en fecundidad adolescente, usando la ratio de riesgo —es decir, cuántas veces más probable es que ocurra un embarazo adolescente en un grupo A respecto a un grupo B— muestra patrones claros. En 2017, las adolescentes del quintil más pobre tenían seis veces más probabilidad de ser madres que las del quintil más rico (ver Figura 18). Aunque esta ratio había disminuido entre 1981 y 2007, volvió a aumentar en el periodo 2007–2017. Un fenómeno similar se observa entre el quintil 3 “medio” y el más rico, cuya ratio alcanzó 3,5, el valor más alto en las últimas décadas. Este aumento se explica aritméticamente por la fuerte reducción de la fecundidad adolescente en el quintil más rico (de poco más de 4% a menos de 3%), superior a la caída registrada en el quintil más pobre, mientras que en el quintil medio prácticamente no hubo cambios entre 2007 y 2017.

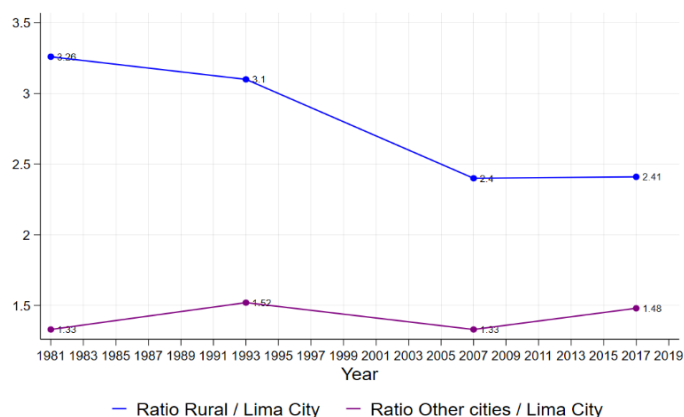
Figura 18. Ratio de riesgo de fecundidad adolescente según quintiles



Fuente: Elaboración propia

En términos de la ratio de riesgo de fecundidad adolescente por zona urbana-rural, en 2017, la incidencia en zonas rurales fue 2,4 veces mayor que en Lima, mientras que en otras ciudades fue 1,5 veces mayor que en Lima. Aunque la brecha rural/Lima disminuyó entre 1981 y 2007, permaneció estable entre 2007 y 2017. En cambio, la ratio entre otras ciudades y Lima ha fluctuado en las últimas décadas, moviéndose entre 1,3 y 1,5 veces.

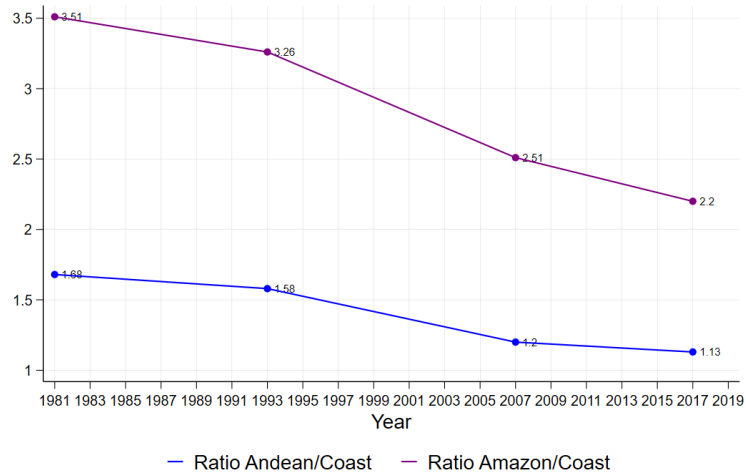
Figura 19. Ratio de riesgo de fecundidad adolescente según ámbitos urbano/rural



Fuente: Elaboración propia

Las ratios de riesgo de fecundidad adolescente por región natural muestran que, en 2017, la tasa en la selva amazónica fue 2,2 veces mayor que en la costa, mientras que en la sierra fue 1,14 veces mayor (ver Figura 20). Las desigualdades entre regiones naturales han disminuido de forma sostenida desde 1981, destacando la selva, donde la brecha era de 3,5 veces en ese año.

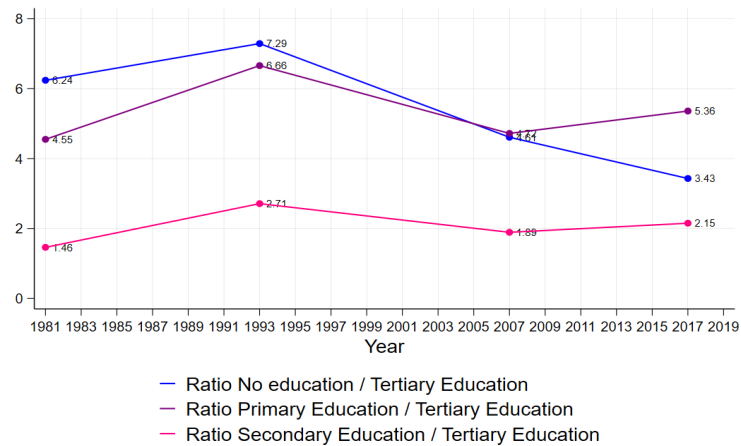
Figura 20. Ratio de riesgo de fecundidad adolescente según regiones naturales



Fuente: Elaboración propia

En cuanto a los niveles educativos (ver Figura 21), considerando que la mayoría de las mujeres entre 15 y 19 años aún cursa secundaria, en 2017 las adolescentes con solo primaria —indicador de extra-edad y/o deserción— presentaron una tasa de fecundidad 5,4 veces mayor que aquellas con educación superior (universitaria o no universitaria), ratio que aumentó entre 2007 y 2017, aunque había disminuido entre 1993 y 2007. La ratio entre quienes tienen secundaria y quienes alcanzan nivel superior fue menor (2,15 en 2017), mostrando un patrón similar. Este aumento en las ratios durante el último periodo intercensal se explica porque las tasas de embarazo adolescente subieron en los grupos con menor nivel educativo, mientras que disminuyeron entre quienes tienen educación superior.

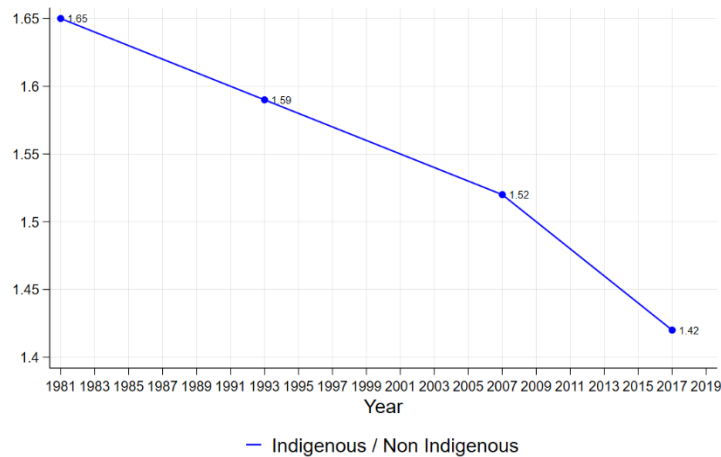
Figura 21. Ratio de riesgo de fecundidad adolescente según niveles educativos



Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la desigualdad entre grupos indígenas y no indígenas (identificados por lengua materna originaria y castellano), la ratio de fecundidad adolescente en 2017 fue de 1,42, tras una reducción sostenida desde 1981 en todos los periodos intercensales. Cabe destacar que esta ratio siempre ha sido menor que la observada entre adolescentes con solo educación primaria frente a aquellas con educación superior.

Figura 22. Ratio de riesgo de fecundidad adolescente según etnicidad (indígena/no indígena)

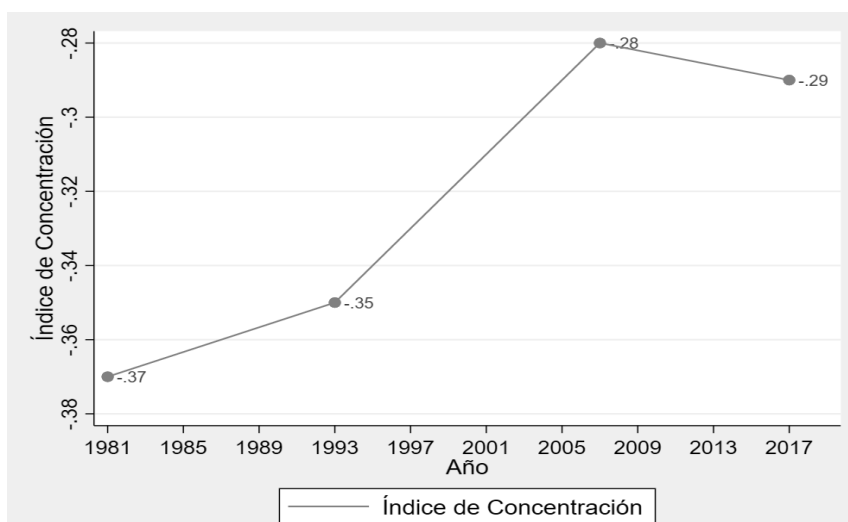


Fuente: Elaboración propia

4.6. Desigualdad en la fecundidad adolescente y su descomposición

El índice de concentración de la fecundidad adolescente, calculado según el índice de riqueza del hogar permite aproximar la desigualdad en esta variable. Un valor negativo indica que la fecundidad adolescente se concentra entre los relativamente más pobres, y mientras más negativo, mayor desigualdad. La serie histórica, muestra una importante reducción de la desigualdad entre 1981 y 2007, seguida de un leve repunte entre 2007 y 2017 (ver Figura 23).

Figura 23. Índice de concentración de la fecundidad adolescente



Fuente: Elaboración propia

Para la descomposición de la desigualdad, el primer paso es realizar regresiones con las variables consideradas: región natural, zona de residencia, etnicidad y nivel educativo. Para región natural, se usa la costa como categoría de referencia, mostrando los parámetros para sierra y selva. En zona de residencia, se consideran rural, resto urbano y Lima (categoría de referencia). En educación, se distinguen primaria (incluyendo sin nivel), secundaria y superior (referencia). La variable de etnicidad es dicotómica: indígena vs. no indígena. Los resultados para cada censo se presentan en la Tabla 17.

Tabla 17. Factores asociados a la fecundidad adolescente: resultados de regresiones

Variables	(1) Reg. 1981	(2) Reg. 1993	(3) Reg. 2007	(4) Reg. 2017
Sierra	-0.017*** (0.003)	-0.008*** (0.001)	-0.026*** (0.001)	-0.030*** (0.001)
Selva	0.165*** (0.004)	0.121*** (0.001)	0.088*** (0.001)	0.056*** (0.001)
Rural	0.102*** (0.003)	0.056*** (0.001)	0.046*** (0.001)	0.067*** (0.001)
Resto urbano	0.012*** (0.002)	0.011*** (0.001)	0.012*** (0.001)	0.031*** (0.001)
Primaria	0.153*** (0.005)	0.130*** (0.001)	0.153*** (0.001)	0.170*** (0.001)
Secundaria	0.019*** (0.005)	0.041*** (0.001)	0.033*** (0.001)	0.045*** (0.001)
Indígena	0.029*** (0.003)	0.008*** (0.001)	0.025*** (0.001)	0.029*** (0.001)
Constante	0.045*** (0.005)	0.019*** (0.001)	0.042*** (0.001)	0.028*** (0.001)
Observaciones	129,603	1,055,848	1,251,702	1,147,498
R2	0.093	0.061	0.051	0.038

Fuente: Elaboración propia

Nota: Errores estándar en paréntesis, *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Las regresiones muestran que residir en la selva se asocia con mayor fecundidad adolescente, mientras que residir en la sierra tiende a menores tasas respecto a la costa, aunque el efecto "selva" ha disminuido con el tiempo (ver Tabla 17). La zona rural y el resto urbano (fuera de Lima) también se relacionan con mayores tasas, en especial la rural, aunque ambos factores han mostrado un efecto decreciente en las últimas décadas. La condición indígena ha sido un determinante importante: su efecto cayó hacia 1993, pero volvió a aumentar entre 1993 y 2017. Finalmente, contar solo con primaria (incluyendo sin nivel) o secundaria mantiene un peso elevado, incluso creciente, en comparación con quienes alcanzan educación superior, aunque aquí probablemente influye una fuerte causalidad inversa, ya que son las adolescentes sin hijos quienes logran avanzar al nivel de educación superior.

La descomposición de la desigualdad (medida por el índice de concentración, IC) para cada año se presenta en la Tabla 18, mostrando el porcentaje del IC atribuible a cada variable analizada. La residencia en zonas rurales o en el resto urbano (fuera de Lima) explica alrededor de una cuarta parte de la desigualdad en la fecundidad adolescente, manteniéndose estable entre 22% y 28% desde 1981 hasta 2017. El nivel educativo fue el principal factor asociado a la desigualdad entre 1981 y 2007, aunque su aporte disminuyó hacia 2017. La región natural —costa, sierra o selva— representa un tercer factor, cuyo peso se redujo notablemente entre 1993 y 2017, pasando de explicar 11% a solo 1% de la desigualdad. Por último, la etnicidad, es decir, la diferencia entre indígenas y no indígenas fue el factor menos relevante entre 1981 y 2007, aumentando hacia 2017 pero explicando apenas el 6% de la desigualdad ese año.

Tabla 18. Resumen de la descomposición de la desigualdad en la fecundidad adolescente por variables de estudio

	% contribuido a IC de fecundidad adolescente			
	1981	1993	2007	2017
Rural-Urbano	25%	22%	22%	28%
Etnicidad	3%	1%	5%	6%
Región	6%	11%	6%	1%
Educación	32%	31%	33%	19%
Explicado	66%	66%	65%	54%

Fuente: Elaboración propia

Mayor detalle se observa en la Tabla 19, que descompone la desigualdad según las categorías de cada variable. Se aprecia que la diferencia entre sierra y costa no contribuye a explicar la desigualdad, incluso va en sentido contrario, ya que, aunque la sierra presenta mayor pobreza monetaria, residir allí se asocia a menor fecundidad adolescente al controlar por otras variables. En cambio, la selva mantiene una asociación con mayor fecundidad adolescente y también mayor pobreza. Por otro lado, la diferencia entre Lima y otras ciudades no explica mayormente la desigualdad, a diferencia de las zonas rurales, que presentan mayor pobreza y están asociadas a una fecundidad adolescente significativamente mayor.

Tabla 19. Descomposición de la desigualdad en la fecundidad adolescente por cada categoría de las variables de estudio

	% de contribución al Índice de Concentración			
	1981	1993	2007	2017
Sierra	-3%	-2%	-7%	-8%
Selva	9%	13%	13%	9%
Rural	25%	22%	22%	28%
Resto urbano	0%	-1%	-1%	-1%
Indígena	3%	1%	5%	6%
Primaria	36%	38%	35%	15%
Secundaria	-4%	-7%	-2%	3%
Explicado	66%	64%	64%	53%
IC Embarazo adolescente	-0.368	-0.346	-0.282	-0.289

Fuente: Elaboración propia

Por último, en cuanto a la educación, la desigualdad en la fecundidad adolescente se asocia principalmente con quienes apenas alcanzan la primaria (incluyendo quienes no tienen ningún nivel educativo), un grupo fuertemente vinculado a la pobreza y con alta tasa de fecundidad adolescente. En cambio, la diferencia entre quienes llegan a educación superior y quienes solo alcanzan secundaria tiene mucho menor peso en la explicación de la desigualdad.

4.7. Fecundidad adolescente 2017: análisis a nivel de grupos interseccionales

Para entender mejor la problemática, es crucial identificar grupos interseccionales —es decir, aquellos definidos por la combinación de distintas variables— donde la tasa de fecundidad adolescente sea más alta o donde haya mayor número de adolescentes madres. A partir del análisis de los microdatos del Censo Nacional 2017, se cruzaron los siguientes indicadores: quintiles según índice de activos; áreas de residencia (Lima Metropolitana, resto urbano y rural); niveles educativos (primaria, incluyendo sin nivel; secundaria; superior); etnicidad indígena o no indígena, identificada por lengua materna; y región natural (Costa, Sierra y Selva).

Se identificaron 93 grupos con más de mil adolescentes cada uno (excluyendo otros 107 grupos más pequeños que reúnen solo el 2,2% de adolescentes). Entre ellos, destacan tres grupos con tasas de fecundidad adolescente entre 42% y 43%, que comparten las siguientes características: pertenecer al quintil más pobre, tener nivel educativo primaria o sin nivel, y residir en la región Selva (ver Tabla 20). Dos de estos grupos se encuentran en zonas rurales, incluyendo tanto indígenas como no indígenas, mientras que el tercero corresponde a adolescentes no indígenas que viven en ciudades.

Tabla 20. Grupos con mayor tasa de fecundidad adolescente

Quintil	Área	Educación	Etnicidad	Región	Número madres adolescentes	% fecundidad adolescente
Q1	Rural	Primaria o <	Indígena	Selva	1648	43
Q1	Rural	Primaria o <	No Indígena	Selva	3967	42
Q1	Resto urbano	Primaria o <	No Indígena	Selva	1185	42

Fuente: Elaboración propia

Estas tasas pueden compararse con referencias internacionales usando los datos de los World Development Indicators. Al 2017, los cinco países con mayor tasa de fecundidad adolescente en el mundo eran Níger, Mozambique, República Centroafricana, Guinea Ecuatorial y Mali, con niveles que oscilaban entre 15,5% y 17%. El promedio del África subsahariana para ese año era de 10,5%. En América Latina, los tres países con mayores tasas de fecundidad adolescente en 2017 fueron Nicaragua, Honduras y Guatemala, con cifras entre 8,4% y 10%. Estas comparaciones evidencian lo excepcionalmente altas que son las tasas en algunos grupos interseccionales peruanos.

Los siguientes siete grupos interseccionales con mayores tasas (del cuarto al décimo lugar) corresponden todos a adolescentes madres con únicamente educación primaria, casi todos de población no indígena, pertenecientes a los quintiles 1 y 2, y distribuidos en las tres regiones naturales del país (ver Tabla 21). Aún estos grupos, que no encabezan el listado, presentan tasas notablemente superiores a las de los países con mayor fecundidad adolescente del mundo.

Tabla 21. Grupos del cuarto al décimo con mayor tasa de fecundidad adolescente

Quintil	Área	Educación	Etnicidad	Región	Número madres adolescentes	% fecundidad adolescente
Q2	Resto urbano	Primaria o <	No Indígena	Selva	1344	36
Q1	Resto urbano	Primaria o <	No Indígena	Costa	737	33
Q1	Rural	Primaria o <	No Indígena	Costa	1122	31
Q1	Rural	Primaria o <	No Indígena	Sierra	2825	29
Q2	Resto urbano	Primaria o <	No Indígena	Costa	1221	26
Q2	Rural	Primaria o <	No Indígena	Sierra	298	26
Q1	Rural	Primaria o <	Indígena	Sierra	1690	25

Fuente: Elaboración propia

Los diez grupos con mayor fecundidad adolescente en el país están compuestos por adolescentes sin secundaria, de los quintiles 1 y 2, fuera de Lima, mayormente no indígenas, y de zonas rurales y urbanas. Aunque tienen tasas promedio de 33%, solo reúnen al 4,2% de las adolescentes del país (16 mil de 120 mil). Si bien son prioritarios por su vulnerabilidad, para generar un impacto amplio es clave enfocarse también en los grupos que concentran el mayor número total de madres adolescentes, no solo en los de mayor tasa.

Tabla 22. Grupos con mayor número de madres adolescentes

Quintil	Área	Educación	Etnicidad	Región	Nro. madres adolescentes	% fecundidad adolescente
Q2	Resto urbano	Secundaria	No Indígena	Costa	6447	16
Q3	Resto urbano	Secundaria	No Indígena	Costa	6102	12
Q3	Lima Metrop.	Secundaria	No Indígena	Costa	6006	12
Q4	Lima Metrop.	Secundaria	No Indígena	Costa	5306	7
Q1	Rural	Secundaria	No Indígena	Selva	5100	20
Q1	Rural	Secundaria	Indígena	Sierra	5095	11
Q2	Resto urbano	Secundaria	No Indígena	Selva	4707	18
Q1	Rural	Secundaria	No Indígena	Sierra	4126	12
Q1	Rural	Primaria	No Indígena	Selva	3967	42
Q2	Resto urbano	Secundaria	No Indígena	Sierra	3927	11

Fuente: Elaboración propia

Estos diez grupos reúnen a más de 50 mil madres adolescentes (más del 40% del total), con 393 mil adolescentes y una fecundidad promedio del 12,9%, por encima del promedio nacional, aunque lejos de los niveles más altos. Sin embargo, al ser grupos grandes, reducir su fecundidad tendría un impacto notable en la tasa nacional. Destaca el grupo de la selva rural, quintil 1 no indígena con primaria o sin nivel, único que aparece tanto entre los de mayor tasa como entre los de mayor número, siendo clave para las políticas preventivas.

También resalta el grupo de Lima, con secundaria del quintil 4, que pese a su tasa baja entra por volumen (más de 72 mil adolescentes). En conjunto, nueve de los diez grupos llegaron a la secundaria y son no indígenas, distribuidos entre costa, sierra, selva, rural (quintil 5), Lima (quintiles medios) y resto urbano, lo que sugiere que los esfuerzos deberían concentrarse en la secundaria, considerando esta diversidad de contextos.

4.8. Grupos interseccionales a lo largo de los censos 1993-2017

A continuación, se presenta cómo ha evolucionado la fecundidad en los grupos interseccionales de mayor incidencia a lo largo del tiempo, dejando de lado el año 1981, dado que, como se ha señalado previamente, dicho censo no incluyó tres departamentos, lo que podría introducir un sesgo relevante. Esto resulta particularmente importante considerando que la selva —donde se ubican dos de los tres departamentos con datos faltantes (Loreto y San Martín)— es la región que registra las tasas más altas de fecundidad adolescente.

Tabla 23. Grupos con menor número de madres adolescentes

Año	Área	Educación	Etnicidad	Región	Número de madres adolescentes	% fecundidad adolescente
2017						
1	Q1 Rural	Primaria o <	Indígena	Selva	1648	43
2	Q1 Rural	Primaria o <	No Indígena	Selva	3967	42
3	Q1 Resto urbano	Primaria o <	No Indígena	Selva	1185	42
2007						
1	Q1 Rural	Primaria o <	Indígena	Selva	3586	43
2	Q1 Resto urbano	Primaria o <	No Indígena	Selva	1643	43
3	Q1 Rural	Primaria o <	No Indígena	Selva	9318	41
1993						
1	Q1 Rural	Primaria o <	Indígena	Selva	3517	44
2	Q1 Resto urbano	Primaria o <	No Indígena	Selva	1930	42
3	Q1 Rural	Primaria o <	No Indígena	Selva	10236	39

Fuente: Elaboración propia

La Tabla 23 se centra en los tres grupos con mayor tasa de fecundidad adolescente, y el resultado más destacado es que entre 1993 y 2017 los grupos del quintil más pobre de la selva, con educación primaria o sin nivel, prácticamente no han reducido sus elevadas tasas. En los tres censos analizados, el grupo indígena rural presenta las tasas más altas, pasando apenas de 44% a 43%, mientras que el grupo rural no indígena en la selva incluso muestra un aumento de 39% a 42%. Este hallazgo subraya la necesidad de diseñar políticas específicas dirigidas a este sector.

Ampliando el análisis a los diez grupos de mayor tasa (ver Anexo 2), se observa que en todos los años considerados mantienen niveles superiores al 25-26%. Es decir, existen grupos interseccionales de adolescentes peruanas cuyas tasas de embarazo no han disminuido pese a haber transcurrido más de dos décadas, entre 1993 y 2017. Estos grupos están compuestos casi exclusivamente por adolescentes que no han alcanzado la secundaria, fuera de Lima y mayoritariamente no indígenas. Cabe destacar que, en Latinoamérica, varios países con alta fecundidad adolescente han logrado reducir significativamente sus tasas en este periodo; por ejemplo, Honduras logró una disminución de más de un tercio.

5. Resultados sobre fecundidad infantil

5.1. Descripción de la fecundidad infantil 2017 y su evolución 1993-2017

Se presentan las estadísticas relacionadas con niñas de entre 12 y 14 años que ya son madres. Se emplea este rango de edad porque los censos y la ENDES solo registran datos de fecundidad a partir de los 12 años, y porque a partir de los 15 se consideran dentro del grupo de fecundidad adolescente. Es importante subrayar que, según la legislación peruana vigente, los embarazos en menores de 15 años son producto de violación sexual, tipificada como delito en el Código Penal, ya que no existe consentimiento válido para este grupo etario.

La fecundidad infantil, aunque mucho menor en magnitud que la adolescente, es particularmente grave por su carácter forzado. Los censos preguntan por el número total de hijos a partir de los 12 años, sin precisar el momento exacto del nacimiento, por lo que algunos casos podrían haber ocurrido antes de los 12. Dado el menor número de casos, las cifras y tasas de fecundidad infantil tienden a mostrar una mayor volatilidad a lo largo del tiempo.

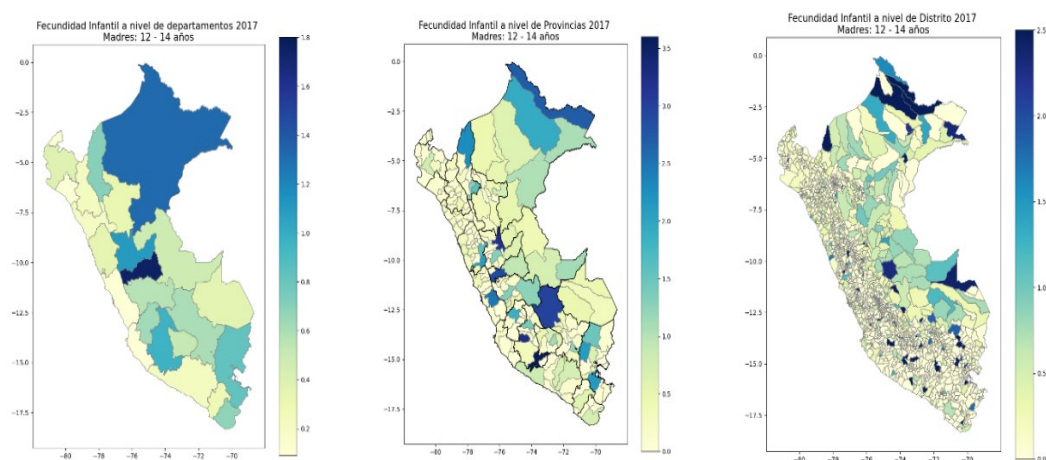
Como referencia complementaria, el Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo en Línea muestra que en 2017 hubo 1,305 nacidos vivos de madres entre 11 y 14 años. Ucayali concentró el 1,1% de los casos, Loreto 0,9%, San Martín 0,6%, y Pasco y Tumbes 0,5% cada uno, sumando estas cinco regiones cerca de un tercio del total de registros. En Loreto, Pasco y San Martín los casos predominan en áreas rurales, mientras que en Tumbes y Ucayali se concentran en zonas urbanas.

5.2. Fecundidad infantil el 2017 por departamentos y provincias

Según el procesamiento de los microdatos censales, la fecundidad infantil (12 a 14 años) alcanzó un nivel de 0,11% en 2017. Al desagregar los datos por departamentos, se observa que las tasas más elevadas se concentran, una vez más, en las regiones de la selva, mientras que las tasas más bajas corresponden a los departamentos de la sierra (ver Tabla 24). Este patrón territorial reproduce de forma consistente el comportamiento ya identificado en la fecundidad adolescente. En el caso específico de Lima, la tasa registrada fue de 0,1%²⁴, situándose por debajo del promedio nacional.

²⁴ Se identifican discrepancias entre las tasas calculadas y las reportadas por INEI (2018b), cuadro 1.43, lo que requiere revisar las bases y códigos utilizados por el INEI. En algunos casos, como Pasco, las cifras oficiales parecen inusualmente altas.

Figura 24. Mapas departamental, provincial y distrital de concentración de la fecundidad infantil, 2017



Fuente: Elaboración propia

Tabla 24. Tasas altas y bajas de fecundidad infantil por departamentos en el 2017

Departamentos	Tasa E.I. 2017	Departamentos	Tasa E.I. 2017
Ucayali	0.74	Cusco	0.08
Loreto	0.58	Huancavelica	0.08
San Martín	0.36	Arequipa	0.07
Pasco	0.34	Puno	0.05
Amazonas	0.32	Moquegua	0.05
Huánuco	0.26	Tacna	0.03
Madre de Dios	0.26		

Fuente: Elaboración propia

A nivel provincial debe señalarse que en algunos casos la baja población hace que las estadísticas sean más sensibles a variaciones aleatorias. Con esa precaución, se identifican provincias con tasas tanto por encima como por debajo de la tasa nacional (0,11%): el 56,6% de las provincias supera este promedio, con tasas entre 0,11% y 1,92%, mientras que el 43,3% tiene tasas entre 0% y 0,11%. Este panorama permite dimensionar la extensión de la problemática en el país. La Tabla 25 detalla las 20 provincias con mayor tasa de fecundidad infantil en 2017 y las 20 provincias con menor tasa.

Entre las provincias con tasas más altas destaca que la mayoría pertenece a la selva, con solo dos excepciones en la sierra (Gran Chimú y Ocros), mientras que las provincias con 0% son principalmente serranas. Es notable que las cuatro provincias de Ucayali figuren entre las de mayor tasa, al igual que seis de las ocho provincias de Loreto. En Amazonas y Huánuco, las únicas provincias que registran altas tasas de fecundidad infantil son Condorcanqui y Puerto Inca, respectivamente.

Tabla 25. Ranking de provincias con mayores tasas altas y menores tasas de fecundidad infantil en el 2017

Departamento	Provincias	Tasa 2017	Departamento	Provincias	Tasa 2017
Ucayali	Purús	1.92	Cusco	Paruro	0.00
Ucayali	Atalaya	1.25	Ancash	Asunción	0.00
Huánuco	Puerto Inca	1.10	Ancash	Carhuaz	0.00
Amazonas	Condorcanqui	1.04	Cusco	Anta	0.00
Ucayali	Padre Abad	0.99	Ayacucho	Paucar del Sara S.	0.00
Loreto	Ucayali	0.89	Cusco	Acomayo	0.00
Pasco	Oxapampa	0.85	Pasco	Pasco	0.00
Loreto	Alto Amazonas	0.82	Puno	Lampa	0.00
Loreto	Requena	0.80	Ancash	Recuay	0.00
Loreto	Putumayo	0.78	Ancash	Antonio Raymondi	0.00
Loreto	Datem del Marañón	0.75	Lima	Oyon	0.00
Madre de Dios	Tahuamanu	0.74	Ancash	Corongo	0.00
San Martin	Lamas	0.66	Lima	Yauyos	0.00
La Libertad	Gran Chimú	0.64	Tacna	Jorge Basadre	0.00
Loreto	Loreto	0.63	Ayacucho	Huanca Sancos	0.00
Ancash	Ocros	0.63	Moquegua	Gral. Sánchez Cerro	0.00
San Martin	Bellavista	0.62	Junín	Yauli	0.00
Ucayali	Coronel Portillo	0.61	Tacna	Candarave	0.00
Junín	Satipo	0.60	Tacna	Tarata	0.00
San Martin	Mariscal Cáceres	0.58	Moquegua	Ilo	0.00

Fuente: Elaboración propia

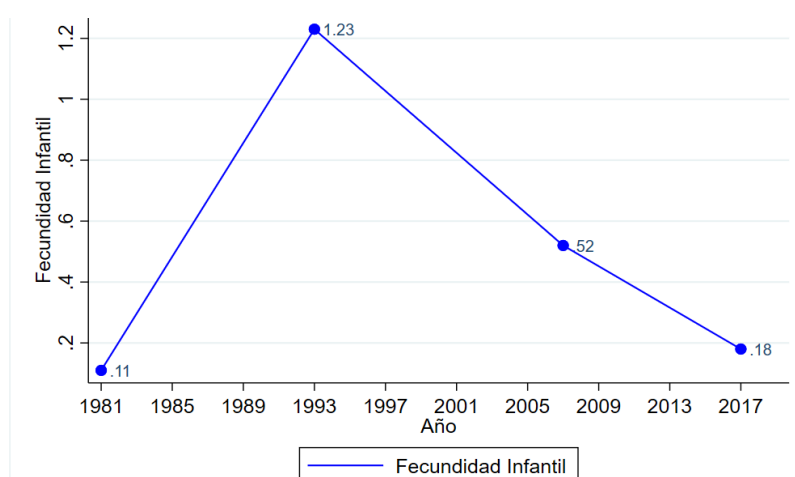
El análisis a nivel distrital en 2017 permite identificar zonas con alta concentración de fecundidad infantil incluso dentro de provincias y regiones con tasas generales bajas, como Puno y Arequipa. Aunque estos distritos suelen tener poca población, es importante visibilizar estas realidades debido al grave impacto que tienen en la vida de las niñas. La Tabla 26 presenta los 20 distritos que registraron tasas de fecundidad infantil seis veces superiores a la tasa nacional en 1993. Asimismo, dada su población y relevancia, se realiza un análisis detallado de Lima Metropolitana, cuya distribución distrital de fecundidad infantil se muestra en la Figura 25.

5.3. Evolución histórica de las tasas de fecundidad infantil por departamentos y provincias

El análisis temporal permite observar las variaciones del embarazo infantil a nivel departamental y provincial, identificando en qué medida ha disminuido la problemática entre los censos de 1993, 2007 y 2017. Se excluye el análisis de 1981 debido a la omisión de algunos departamentos, y a que las estimaciones de embarazo infantil resultan inusualmente bajas, lo que sugiere posibles problemas de registro²⁵.

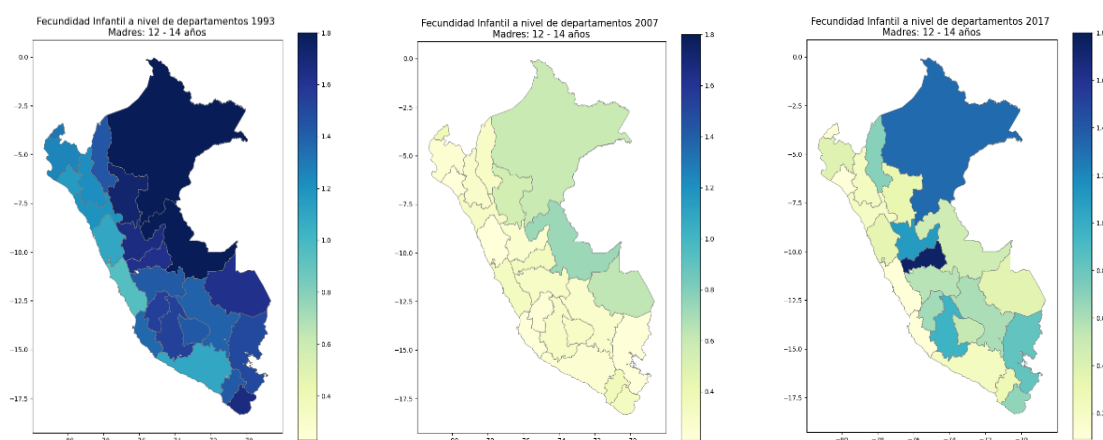
A nivel nacional, la fecundidad infantil (12 a 14 años) pasó de 1,23% en 1993 a 0,32% en 2007 y a 0,11% en 2017, reduciéndose a una décima parte en 24 años según los datos censales (ver Figura 26). Esta disminución se observa en casi todos los departamentos entre ambos periodos intercensales (1993-2007 y 2007-2017), salvo en el Callao, donde la tasa aumentó entre 1993 y 2007 y muestra la menor reducción acumulada en el periodo 1993-2017 (ver Figura 28).

Figura 26. Evolución histórica de la tasa de fecundidad infantil



Fuente: Censos 1981, 1993, 2007 y 2017

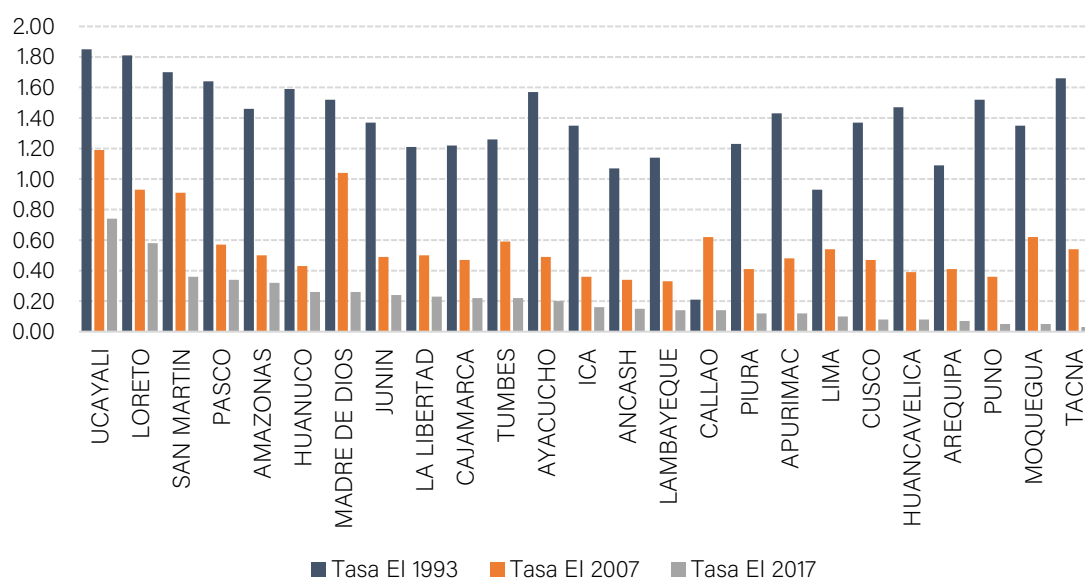
Figura 27. Mapas de la concentración de fecundidad infantil por departamentos en 1993, 2007 y 2017



Fuente: Elaboración propia

²⁵ Igualmente se presentan los datos para su disponibilidad.

Figura 28. Evolución histórica de la fecundidad infantil por departamentos



Fuente: Elaboración propia

La Tabla 27 presenta las variaciones en la tasa de fecundidad infantil a lo largo de 24 años, destacando los departamentos con menor y mayor reducción. Los menores descensos se registran en Callao (33%), Ucayali (60%) y Loreto (68%), mientras que los mayores se observan en Moquegua (96%), Puno (97%) y Tacna (98%). Cabe señalar que estos extremos coinciden con las regiones que exhiben, respectivamente, las tasas más altas y bajas de fecundidad infantil en 2017.

Tabla 27. Variación de la tasa de fecundidad infantil por departamentos entre 1993 y 2017

Departamentos	Tasa FI 1993	Tasa FI 2007	Tasa FI 2017	Variación 1993/2017
Callao	0.21	0.62	0.14	-33%
Ucayali	1.85	1.19	0.74	-60%
Loreto	1.81	0.93	0.58	-68%
Amazonas	1.46	0.50	0.32	-78%
San Martín	1.70	0.91	0.36	-79%
Pasco	1.64	0.57	0.34	-79%
La Libertad	1.21	0.50	0.23	-81%
Cajamarca	1.22	0.47	0.22	-82%
Junín	1.37	0.49	0.24	-82%
Tumbes	1.26	0.59	0.22	-83%
Madre de Dios	1.52	1.04	0.26	-83%
Huánuco	1.59	0.43	0.26	-84%
Ancash	1.07	0.34	0.15	-86%
Ayacucho	1.57	0.49	0.20	-87%
Lambayeque	1.14	0.33	0.14	-88%
Ica	1.35	0.36	0.16	-88%
Lima	0.93	0.54	0.10	-89%

Piura	1.23	0.41	0.12	-90%
Apurímac	1.43	0.48	0.12	-92%
Arequipa	1.09	0.41	0.07	-94%
Cusco	1.37	0.47	0.08	-94%
Huancavelica	1.47	0.39	0.08	-95%
Moquegua	1.35	0.62	0.05	-96%
Puno	1.52	0.36	0.05	-97%
Tacna	1.66	0.54	0.03	-98%

Fuente: Elaboración propia

A nivel histórico se identifican cinco provincias que, pese a la reducción general, han mantenido las tasas más altas de fecundidad infantil durante 24 años. Todas ellas pertenecen a la selva (ver Tabla 28). La Tabla 29 presenta las siete provincias con tasas persistentemente altas entre los censos de 2007 y 2017; aunque en todos los casos se observa un descenso, siguen figurando entre las más afectadas. En cuanto al departamento de Lima, la caída ha sido notable: de 0,93% en 1993 a 0,54% en 2007 y 0,10% en 2017, acumulando una reducción del 89% en 24 años. A nivel de Lima provincias, las cifras son aún menores (ver Tabla 30).

Tabla 28. Provincias que se han mantenido con las tasas más altas de fecundidad infantil en 1993, 2007 y 2017

Departamentos	Provincias	Tasa FI 1993	Tasa FI 2007	Tasa FI 2017
Loreto	Putumayo	3.50	2.27	0.78
Loreto	Requena	3.07	1.39	0.80
Huánuco	Puerto Inca	3.01	1.28	1.10
San Martín	Mariscal Cáceres	2.76	1.03	0.58
Ucayali	Purús	2.44	4.35	1.92

Fuente: Elaboración propia

Tabla 29. Provincias que se han mantenido con las tasas más altas de fecundidad infantil entre 2007 y 2017

Departamentos	Provincias	Tasa E.I. 2007	Tasa E.I. 2017
Ucayali	Atalaya	1.41	1.25
San Martín	Bellavista	1.26	0.62
Ucayali	Padre Abad	1.24	0.99
Ucayali	Coronel Portillo	1.11	0.61
Madre de Dios	Tahuamanu	1.03	0.74
Loreto	Alto Amazonas	0.98	0.82
Loreto	Datem del Marañón	0.98	0.75

Fuente: Elaboración propia

Tabla 30. Evolución histórica de la tasa de fecundidad infantil en Lima Provincia

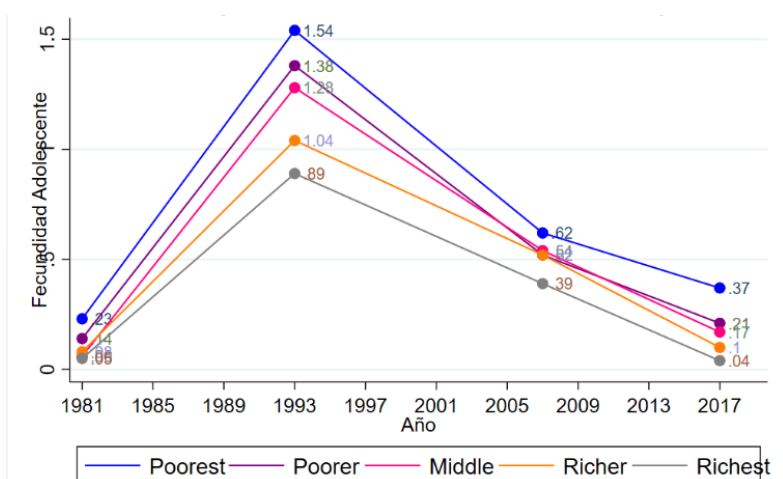
Departamento	Provincia	Tasa EI 1993	Tasa EI 2007	Tasa EI 2017
LIMA	LIMA	0.88	0.56	0.09

Fuente: Elaboración propia

5.4. Fecundidad infantil en 1981-2017 por quintiles, educación, etnicidad, región natural y urbano/rural

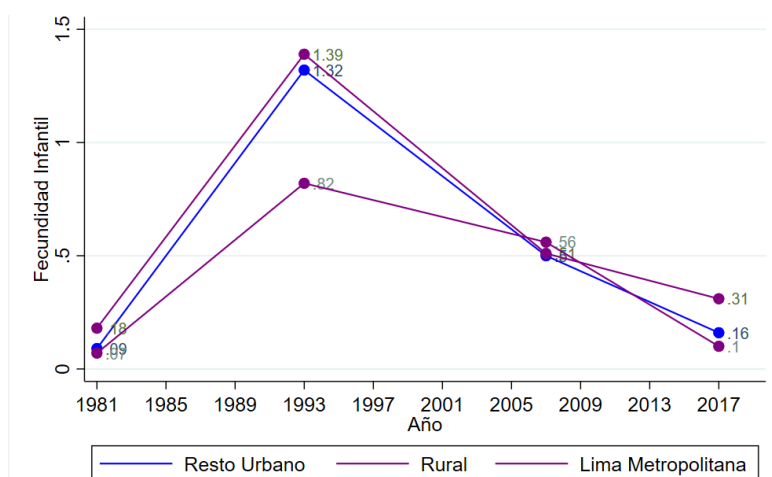
La fecundidad infantil ha disminuido en todos los quintiles de riqueza, alcanzando tasas muy bajas en el quintil más rico, pero aún persiste en 0,37% en el más pobre y 0,21% en el quintil 2 (ver Figura 29). Aunque la tasa rural también cayó, la reducción ha sido mayor en las ciudades fuera de Lima, acercándose a los niveles de Lima Metropolitana. Mientras en 1993 las tasas rurales y del resto urbano eran similares, hoy el resto urbano se asemeja más a Lima (ver Figura 30).

Figura 29. Tasa de fecundidad infantil según quintiles



Fuente: Elaboración propia en función de los datos censales de 1981, 1993, 2007 y 2017.

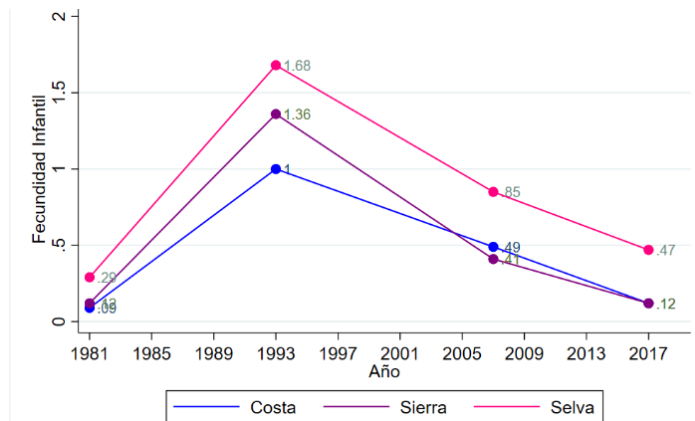
Figura 30. Tasa de fecundidad infantil según áreas



Fuente: Elaboración propia en función de los datos censales de 1981, 1993, 2007 y 2017.

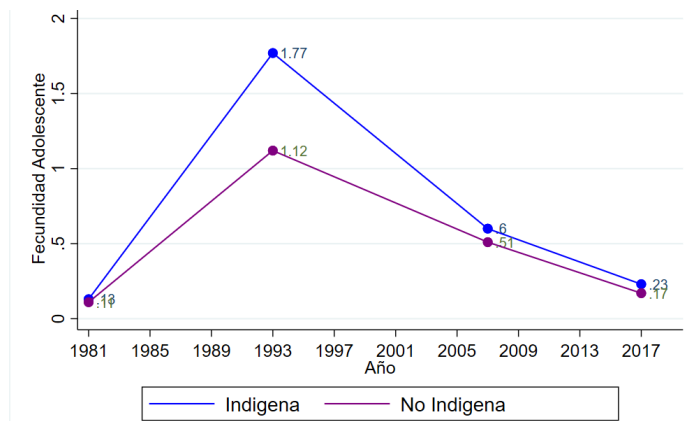
Por regiones naturales, la fecundidad infantil se redujo en costa, sierra y selva, siendo la caída mayor en la sierra, que hoy muestra tasas similares a la costa. La selva, en cambio, mantiene tasas cuatro veces más altas que la costa y sierra (ver Figura 31). Según etnicidad (definida por lengua materna), la reducción entre 1993 y 2017 fue mayor entre indígenas, aunque su tasa sigue siendo más alta que la de los no indígenas; la mayor caída ocurrió entre 1993 y 2007, reduciendo así la brecha (ver Figura 32).

Figura 31. Fecundidad infantil según regiones naturales



Fuente: Elaboración propia en función de los datos censales de 1981, 1993, 2007 y 2017.

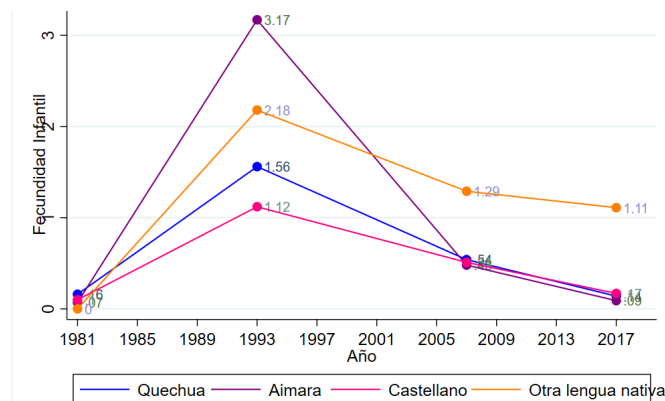
Figura 32. Fecundidad infantil según etnicidad (indígena y no indígena)



Fuente: Elaboración propia en función de los datos censales de 1981, 1993, 2007 y 2017.

Al desagregar por grupos étnicos, es importante considerar que entre los aymaras e indígenas amazónicos las tasas pueden mostrar mayor variabilidad por el menor tamaño poblacional. La Figura 33 muestra que los aymaras tenían en 1993 una fecundidad infantil más alta, pero esta se redujo, al igual que entre los quechuas, alcanzando niveles similares a los no indígenas. En el caso de los indígenas amazónicos, aunque también se observa una fuerte reducción, su tasa sigue siendo superior a la de los demás grupos.

Figura 33. Tasa de fecundidad adolescente según lengua materna



Fuente: Elaboración propia en función de los datos censales de 1981, 1993, 2007 y 2017.

5.5. Fecundidad Infantil 2017: análisis a nivel de grupos interseccionales

La Tabla 31 presenta las tasas de fecundidad infantil calculadas a partir del censo 2017, considerando grupos definidos por la combinación de quintil de riqueza, área (Lima Metropolitana, resto urbano y rural), nivel educativo (primaria o sin nivel, y secundaria), etnicidad (indígena o no indígena según lengua materna) y región natural (Costa, Sierra, Selva). Se incluyen solo grupos con más de 10 mil niñas de 12 a 14 años, ya que, con una tasa promedio nacional de 0,11%, en un grupo de ese tamaño habría unas 11 niñas madres, margen reducido para análisis estadísticos razonables. En total, se identifican 27 grupos que concentran 843 niñas madres (de un total de 1358); a continuación, se presentan los diez grupos con las tasas más altas.

Tabla 31. Los diez grupos interseccionales con las tasas más altas de fecundidad infantil en el 2017

	Área	Educación	Etnicidad	Región natural	Tasa fecundidad infantil (%)	Número de niñas 12 a 14	Número de madres
Q1	Rural	Primaria	No indígena	Selva	0.86	15470	133
Q1	Rural	Secundaria	No indígena	Selva	0.48	14059	68
Q2	Resto urbano	Secundaria	No indígena	Selva	0.32	13988	45
Q1	Rural	Primaria	No indígena	Sierra	0.24	16836	40
Q3	Resto urbano	Secundaria	No indígena	Selva	0.23	13657	31
Q2	Resto urbano	Secundaria	No indígena	Costa	0.22	18991	41
Q1	Rural	Secundaria	No indígena	Sierra	0.20	17346	35
Q2	Resto urbano	Primaria	No indígena	Costa	0.20	11976	24
Q3	Resto urbano	Secundaria	No indígena	Costa	0,18	32138	57
Q1	Rural	Primaria	Indígena	Sierra	0.18	15271	28

Fuente: Elaboración propia

Es interesante destacar que nueve de los diez grupos con mayores tasas son no indígenas, siendo los tres con tasas más altas de la selva; además, entre los diez primeros hay tres grupos de la sierra y tres de la costa. Estos incluyen tanto niveles educativos de primaria como secundaria, y abarcan desde el quintil 1 más pobre hasta el quintil 3 medio. La tasa más alta, en un grupo rural de selva con solo primaria y quintil más pobre, alcanza 0,86%, ocho veces superior al promedio nacional.

La Tabla 32 aplica el mismo enfoque, pero identifica los diez grupos con mayor número absoluto de niñas madres entre 12 y 14 años, sumando 554 madres en total. Aquí predominan los grupos de la costa, incluyendo dos de Lima Metropolitana, lo que refleja el peso poblacional de estas áreas. A diferencia del ranking por tasa, la mayoría son niñas con secundaria y todos pertenecen a grupos no indígenas, mostrando que, aunque las tasas más altas están en zonas rurales, en números absolutos el problema también es relevante en áreas urbanas.

Tabla 32. Los diez grupos interseccionales con el número de niñas de 12 a 14 que son madres en el 2017

Área	Educación	Etnicidad	Región natural	Número de madres	Tasa Fecundidad infantil (%)	Número de niñas 12 a 14
Q1 Rural	Primaria	No indígena	Selva	133	0.86	15470
Q1 Rural	Secundaria	No indígena	Selva	68	0.48	14059
Q3 Resto urbano	Secundaria	No indígena	Costa	57	0.18	32138
Q4 Lima Metrop.	Secundaria	No indígena	Costa	50	0.11	45963
Q3 Lima Metrop.	Secundaria	No indígena	Costa	49	0.18	27045
Q2 Resto urbano	Secundaria	No indígena	Selva	45	0.32	13988
Q2 Resto urbano	Secundaria	No indígena	Costa	41	0.22	18991
Q1 Rural	Primaria	No indígena	Sierra	40	0.24	16836
Q4 Resto urbano	Secundaria	No indígena	Costa	36	0.11	32757
Q1 Rural	Secundaria	No indígena	Sierra	35	0.20	17346

Fuente: Elaboración propia

6. Conclusiones

a. El embarazo adolescente sigue siendo un problema social prioritario

El embarazo adolescente en el Perú, medido a través de la fecundidad adolescente, sigue siendo alarmantemente alto, especialmente en ciertas regiones y grupos interseccionales, donde las tasas de fecundidad adolescente superan incluso a las de los países con mayores niveles en el mundo. A nivel internacional, numerosos estudios han confirmado las graves consecuencias del embarazo adolescente, tanto para el futuro de las mujeres como por los elevados costos económicos, ya que está estrechamente ligado a la inequidad de género y a la penalización social de la maternidad que esta inequidad genera.

En el caso peruano, además de los grupos y regiones históricamente marcados por altas tasas de fecundidad adolescente, se observa que en otros grupos donde las tasas eran más bajas, estas han empezado a incrementarse. Así, aunque entre 1981 y 2007 la desigualdad en fecundidad adolescente se redujo, entre 2007 y 2017 esta tendencia se detuvo e incluso se revirtió. Estos resultados subrayan que el embarazo adolescente debe ser abordado como un tema prioritario en la agenda social del país.

b. ¿Fecundidad o embarazo?: Se necesita estudiar ambas y más

Entre 2007 y 2017, el número promedio de hijos por mujer disminuyó tanto a nivel nacional como en todos los departamentos del Perú. De manera similar, la fecundidad adolescente mostró una disminución en el mismo período; sin embargo, las cifras siguen siendo preocupantes. Según el INEI, en el Censo 2017 se registraron 1,979,162 mujeres adolescentes entre 12 y 19 años, de las cuales 127,017 eran madres, lo que representa un 6,4% del total. De estas madres adolescentes, el 3,8% tenía entre 12 y 14 años, mientras que el 96,2% restante estaba en el grupo de 15 a 19 años (INEI, 2018:75).

Existe literatura diversa y datos relevantes sobre el embarazo infantil y adolescente, que permiten dimensionar ambos fenómenos y alertar sobre sus consecuencias desde diversas disciplinas. Este estudio se centró en analizar la evolución de la fecundidad infantil (12 a 14 años) y adolescente (15 a 19 años), usando los datos de los últimos cuatro censos. Aunque fecundidad y embarazo no son conceptos idénticos, el enfoque permitió mapear la problemática a nivel nacional y hasta el nivel distrital, identificando además grupos de mayor riesgo según nivel educativo, región natural, área urbana/rural y etnicidad, siguiendo los marcos comparativos de la literatura especializada.

El principal aporte del estudio es acercarse, con mayor desagregación, a la fecundidad adolescente en territorios y grupos socioeconómicos específicos. Entre los diez grupos con mayores tasas de fecundidad adolescente, todos corresponden a adolescentes que no alcanzaron secundaria, pertenecen a los quintiles 1 y 2, y ninguno es de Lima; sin embargo, abarcan tanto zonas rurales como urbanas, y en su mayoría son no indígenas. Queda pendiente profundizar con estudios cuantitativos adicionales y análisis cualitativos para entender por qué el embarazo infantil y adolescente se concentra en estos territorios y agrupaciones.

c. La utilidad, ventaja y limitaciones de una metodología basada en los microdatos censales

El presente estudio es novedoso por su uso de microdatos censales, ya aplicado antes por Francke, Huaroto y Vivas (2024) para analizar mortalidad infantil, pero aún poco aprovechado. Antes, el tamaño de estas bases —millones de registros— requería equipos fuera del alcance de muchos investigadores. Aquí se muestra cómo esta metodología permite obtener indicadores desagregados incluso a nivel distrital y por grupos interseccionales, algo que no es posible con encuestas como la ENDES debido a que no permiten estimaciones con márgenes de confianza adecuados, especialmente en el caso de la fecundidad infantil.

Sin embargo, usar datos censales tiene limitaciones: solo captura hijos nacidos vivos y no abarca embarazos en proceso de gestación, abortos espontáneos o inducidos, componentes centrales del embarazo adolescente. Según la ENDES 2017, además del 10,9% de adolescentes madres (foco de este estudio), un 3,5% estaba gestando y un 1,1% había tenido abortos o hijos nacidos muertos. Abordar estos aspectos requerirá usar otras bases de datos. Además, los censos no recogen variables importantes como edad al primer parto o acceso a atención de salud prenatal, necesarias para una visión más integral del problema.

d. Caída en la tasa de fecundidad de adolescentes en algunas regiones

Si bien la fecundidad adolescente en el Perú ha disminuido entre 1981 y 2017, pasando de 15,4% a 10,4% según los últimos cuatro censos, hay departamentos en los cuáles el descenso ha sido mayor. Al analizar los últimos tres censos (dado que el censo de 1981 tiene datos incompletos para Loreto, San Martín y Apurímac), destacan regiones de sierra y selva que han logrado disminuir sus tasas entre 20% y 30%, como Loreto, Huánuco, Amazonas, Ayacucho, Ucayali y Moquegua, y otras con reducciones superiores al 30%, como Puno, San Martín, Apurímac, Cusco, Madre de Dios y Tacna. Una fortaleza clave de estos indicadores es que provienen de datos censales de cobertura universal y con amplio rango temporal, lo que permite explorar estas tendencias en relación con las transiciones económicas, políticas y sociales que ha atravesado el país.

e. Regiones donde se mantienen altas tasas de fecundidad adolescente: la amazonia

A pesar de las reducciones logradas, regiones como Amazonas, Loreto, San Martín, Ucayali y Madre de Dios aún presentan altas tasas de fecundidad adolescente. Un análisis detallado a nivel provincial revela zonas donde hasta una de cada tres adolescentes es madre, como Atalaya (Ucayali), Putumayo (Loreto), Puerto Inca (Huánuco) y Condorcanqui (Amazonas). Aunque también existen datos distritales, en algunos casos la baja población genera tasas muy volátiles a lo largo del tiempo. Identificar estas regiones y provincias de alta fecundidad adolescente resulta clave para focalizar esfuerzos de investigación, comprender sus causas y diseñar respuestas más adecuadas desde las políticas públicas.

f. Lima, Callao y regiones de la costa: donde la fecundidad adolescente no disminuye

Lima y Callao ameritaron un análisis diferenciado por su alta concentración poblacional y elevado número absoluto de casos. En 2017, Lima registró una tasa de fecundidad adolescente de 8% (25,588 adolescentes con al menos un hijo vivo) y Callao de 7% (3,053 adolescentes), cifras importantes considerando la magnitud poblacional. Además, son regiones donde no se observó mayor progreso: entre 1993 y 2017, la tasa en Lima se mantuvo en 7%, mientras que en Callao incluso aumentó de 6% a 8%. A nivel distrital, destacan cuatro distritos limeños con tasas superiores al promedio nacional: Santa María del Mar (26%), Pucusana (13%), Punta Hermosa (12%) y Lurín (11%), aunque los tres primeros tienen poca población. Sin embargo, distritos periurbanos como Ate, San Juan de Lurigancho, Santa Rosa (Lima) y Ventanilla (Callao) concentran la mayor cantidad absoluta de adolescentes madres.

Por otro lado, regiones como La Libertad, Lambayeque, Piura, Tumbes e Ica muestran aumentos preocupantes en su tasa de fecundidad adolescente entre 1993 y 2017. En 2017, Tumbes alcanzó el 16%, mientras que Ica, aunque con menor tasa, registró el mayor incremento entre 1993 y 2017: un aumento del 30%. Estos casos ameritan un análisis detallado considerando las transformaciones socioeconómicas, las migraciones y el hecho de ser regiones costeras vinculadas al auge agroexportador, con menores niveles de pobreza y mayores servicios educativos y de salud en comparación con otras zonas del país.

g. La interseccionalidad: grupos con muy altas tasas de fecundidad adolescente

Un enfoque cada vez más valorado es la interseccionalidad: entender cómo diferentes factores se entrelazan y refuerzan, generando dinámicas de exclusión que no se explican solo por cada factor aislado. Este estudio aplicó ese enfoque cruzando variables como etnicidad, pobreza (quintiles), región natural, ruralidad y educación. Los resultados destacan tres grupos con tasas de fecundidad adolescente altísimas (42–43%): todos en la selva, del quintil más pobre, con solo primaria, e incluyendo indígenas y no indígenas, rurales y urbanos. Entre los diez grupos con mayor fecundidad adolescente, todos corresponden a adolescentes que no llegaron a secundaria, de los quintiles 1 y 2, ninguno de Lima, repartidos entre costa, sierra y selva, y mayormente no indígenas.

Al analizar los cambios entre 1993 y 2017, se observa que los grupos más pobres de la selva con solo educación primaria apenas han reducido sus elevadas tasas. A lo largo de los censos, el grupo indígena rural ha mantenido consistentemente las tasas más altas (de 44% a 43%), mientras que el grupo rural no indígena de la selva incluso habría incrementado su tasa (de 39% a 42%). Estos hallazgos marcan áreas prioritarias para las políticas públicas, que deben concentrarse en abordar las desigualdades estructurales.

h. Interseccionalidad: Grupos de mayor cantidad de madres adolescentes

Aunque el análisis previo permite identificar los grupos con mayores tasas de fecundidad adolescente, es importante notar que esos diez grupos concentran solo 16 mil madres adolescentes de un total nacional de 120 mil. Por ello, un análisis complementario orientado a identificar los grupos con mayor cantidad absoluta de madres adolescentes revela que diez grupos suman más de 50 mil, es decir, más del 40% del total. Estos grupos, aunque no tienen las tasas más altas, sí presentan cifras superiores al promedio nacional y representan poblaciones numerosas. Destaca en particular el grupo de la selva, no indígena, rural, del quintil 1 y con solo educación primaria, que aparece tanto entre los de mayor tasa como entre los de mayor cantidad absoluta de madres adolescentes.

De esos diez grandes grupos, nueve están conformados por adolescentes que alcanzaron la secundaria, mayoritariamente no indígenas, distribuidos entre costa, sierra y selva, y tanto en zonas rurales como urbanas, incluyendo Lima. Esto refleja, por un lado, el avance educativo con muchas más adolescentes accediendo a la secundaria en las últimas décadas, pero, por otro lado, pone en evidencia las limitaciones de la educación básica para prevenir efectivamente el embarazo adolescente, subrayando la necesidad de fortalecer su contenido y enfoque preventivo.

i. Sacando a la luz las niñas que ya son madres y su asociación con la fecundidad adolescente

El estudio permite analizar la evolución de la fecundidad en niñas de 12 a 14 años según los últimos cuatro censos, aunque cabe precisar que el embarazo infantil se define desde los 10 años, al asumirse que antes de esa edad la menarquía —y por tanto la posibilidad de fecundación— es poco probable. Para una aproximación más completa, se consultó también el Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo, que reporta a nivel nacional y departamental los casos de niñas madres entre los 11 y 14 años. En 2017 se registraron 1305 casos en este grupo, con las tasas más altas en Ucayali (0,74%), Loreto (0,58%), San Martín (0,36%) y Pasco (0,34%), todas por encima del promedio nacional (0,18%) y coincidiendo, en su mayoría, con las regiones de mayor fecundidad adolescente.

A nivel provincial, destacan por su alta fecundidad infantil Purús y Atalaya (Ucayali), Puerto Inca (Huánuco) y Condorcanqui (Amazonas), siendo que tres de ellas también presentan las tasas más elevadas de embarazo adolescente. Esta coincidencia sugiere posibles patrones persistentes de vulnerabilidad, como la continuidad o superposición de la violencia sexual desde edades tempranas, un aspecto que requiere mayor investigación. En términos históricos, la fecundidad infantil ha disminuido significativamente, especialmente en regiones de costa y sierra, mientras que en otras como Callao, Ucayali y Loreto el cambio ha sido mucho más limitado.

j. Los límites de las generalizaciones a partir de los indicadores: regiones naturales, urbano-rural, lengua y etnicidad

Las narrativas construidas a partir de las estadísticas nacionales sobre embarazo adolescente e infantil suelen concluir que estos fenómenos tienen mayor incidencia en la selva, áreas rurales, poblaciones indígenas y/o entre quienes hablan una lengua distinta al castellano. Sin embargo, estas generalizaciones muchas veces se apoyan en discursos cargados de racismo, desprecio y discriminación, invisibilizando factores estructurales como

pobreza, abandono estatal, acceso deficiente a servicios básicos, baja calidad educativa y de salud, dinámicas de las economías locales, migraciones internas y externas, la influencia de actividades ilegales, entre otros. Además, suele faltar un enfoque de género, interculturalidad, interseccionalidad e intergeneracionalidad que permita comprender de forma más integral estas realidades.

Es necesario superar no solo los promedios nacionales, sino también las cifras departamentales o provinciales, que tienden a homogeneizar contextos diversos. Por ejemplo, en Puerto Inca (Huánuco), pese a su imagen rural e indígena, solo el 20% de la población se autoidentifica indígena y solo el 11% habla lenguas distintas al castellano, predominando el quechua. Sin embargo, presenta tasas muy altas de fecundidad adolescente (33%) e infantil (1,1%).

Algo similar ocurre con la categoría urbano/rural, que debe analizarse con cuidado dado el rápido crecimiento urbano y las dinámicas de familias que transitan entre lo urbano y lo rural, especialmente en ciudades intermedias. El análisis por grupos a partir de microdatos permite aproximaciones más precisas, pero será fundamental incorporar metodologías cualitativas y longitudinales para captar las transformaciones intra e intergeneracionales detrás de estos fenómenos.

k. Acceso a la educación y fecundidad adolescente e infantil

La relación entre educación y fecundidad se manifiesta en varias dimensiones. Por un lado, la expansión de los servicios educativos y el incremento de matrícula en las últimas décadas ha elevado considerablemente el porcentaje de niñas y adolescentes con algún nivel educativo, reduciendo casi a cero el grupo sin escolaridad. Además, cada vez más adolescentes avanzan hacia estudios secundarios y superiores. Este cambio podría ser clave en la reducción de la fecundidad, al asumir que la educación ofrece no solo información, sino también habilidades y agencia personal para promover una vida sexual más saludable y sentido del riesgo para protegerse frente a la violencia sexual.

Por otro lado, cuando ocurre un embarazo en niñas y adolescentes, las investigaciones en América Latina y el Caribe muestran que este se convierte en un factor exógeno que conduce a la desvinculación escolar, especialmente en secundaria, afectando de forma más marcada a las mujeres que a los varones. En específico, el estudio de Josephson et al. (2018) reafirma que la fecundidad adolescente prevalece en los quintiles más pobres, lo que refuerza la exclusión educativa principalmente entre las mujeres.

7. Recomendaciones de política

a. Necesidad de cuidar y proteger la vida y la salud de las niñas y de las adolescentes

El embarazo infantil y el embarazo adolescente son fenómenos complejos con impactos profundos en la vida de niñas y adolescentes. En el caso de las niñas, el Estado lo aborda como consecuencia directa de una violación sexual, situándolas siempre como víctimas que requieren atención física, psicológica y acceso a la justicia. En las adolescentes, las situaciones son más diversas: según edad, contexto y realidad socioeconómica, puede

tratarse de embarazos dentro de nuevas unidades familiares y producto de relaciones consentidas, lo que las ubica como usuarias de servicios de salud; pero también puede originarse en violaciones sexuales, trata de personas o explotación sexual, donde se enfrentan a una situación de máxima vulneración de derechos y requieren atención especializada tanto en salud como en justicia.

Lo que ambos fenómenos comparten es el alto riesgo asociado: el embarazo infantil y adolescente conlleva una probabilidad significativamente mayor de complicaciones e incluso muerte materna. Según CLADEM (2021), una niña embarazada tiene hasta tres veces más riesgo de morir que una mujer adulta. Además, estudios como el de Ganchimeg et al. (2014), realizado en 29 países, muestran que las madres adolescentes de 10 a 19 años presentan mayor riesgo de complicaciones como eclampsia, endometritis puerperal, infecciones sistémicas, bajo peso al nacer, parto prematuro y problemas neonatales graves, en comparación con mujeres de 20 a 24 años.

b. Prestar atención al embarazo y fecundidad infantil

La información, los estudios y las propuestas sobre embarazo y fecundidad infantil siguen siendo limitados. Las políticas públicas tienden a centrarse en las adolescentes de 15 a 19 años, dejando de lado a las niñas, pese a que las consecuencias sociales y personales de una violación infantil son graves. Aunque es posible que muchas familias oculten estos casos por miedo o por las implicancias legales, el embarazo en niñas representa una vulneración extrema de derechos, con efectos potencialmente irreparables para su salud física y emocional, y que no debería ser minimizado bajo ningún criterio.

Estudiar este fenómeno presenta desafíos importantes: los casos son dispersos en el territorio, las cifras son bajas en términos absolutos, y se requiere el involucramiento coordinado de múltiples actores públicos. Sin embargo, resulta urgente desarrollar nuevos enfoques que permitan prevenir, proteger y atender adecuadamente a las niñas que enfrentan un embarazo, asegurando no solo su acceso a servicios de salud y justicia, sino también mecanismos efectivos de acompañamiento integral.

c. Una nueva mirada a la implementación territorial de las políticas y planes frente a la fecundidad adolescente

Identificadas las regiones y provincias con alta fecundidad adolescente, urge priorizar recursos públicos hacia estas zonas. Es clave fortalecer políticas de prevención enfocadas en Educación Sexual Integral, garantizar la disponibilidad y acceso a métodos anticonceptivos y aplicar el aborto terapéutico con enfoque de género e intercultural, adaptado a las realidades locales. Estas acciones permitirían atender con mayor precisión las causas y reducir sostenidamente las tasas.

Lima, Callao y regiones costeras, donde las tasas se han mantenido o elevado entre 1993 y 2017, exigen intervenciones multisectoriales coordinadas. Se necesita movilizar el trabajo docente y especializado en educación sexual integral y que el sistema de salud cuente con servicios diferenciados para adolescentes. Además, las estrategias deben responder a las nuevas dinámicas de comunicación y redes sociales que marcan la vida de las y los adolescentes.

d. Interseccionalidad, un tema olvidado que ya no puede seguir dejándose de lado

Las políticas públicas en Perú no han considerado la interseccionalidad, pese a que este estudio muestra su fuerte impacto en la fecundidad adolescente. Aplicar políticas homogéneas puede ser operativo, pero no logra los impactos necesarios en los grupos más desfavorecidos. Es clave adaptar intervenciones, por ejemplo, iniciando la educación sexual integral desde primaria en zonas como la selva, donde quienes no llegan a secundaria muestran las tasas más altas. También es esencial considerar la pobreza (quintil 1) como criterio central para focalizar esfuerzos.

Por otro lado, al identificar grupos con mayor cantidad (no siempre mayor tasa) de madres adolescentes, se observa que nueve de cada diez llegaron a secundaria y están repartidos entre costa, sierra y selva, tanto rurales como urbanos, incluyendo Lima. Esto obliga a repensar las políticas de amplio alcance, considerando su foco en adolescentes de los quintiles 1 y 2, con secundaria y distribuidos en costa, sierra y selva.

e. Actores públicos e intervención integral

Un aspecto clave para la política pública es identificar a todos los actores con competencias en fecundidad y embarazo infantil y adolescente, considerando la distinción y complejidad de ambos fenómenos. El abordaje requiere un enfoque preventivo, pero también atención de casos y acciones de rehabilitación, lo que involucra a varios sectores según las condiciones en que se producen los embarazos en mujeres de 10 a 19 años.

Otro punto importante es la distinción entre niñas (6-12), adolescentes (13-17) y adultas (18+), categorías basadas en la biología y psicología evolutiva que impactan el tipo de servicios, normativas y estrategias estatales. Sin embargo, la sectorialización de competencias y recursos, sumada a la división de responsabilidades entre niveles de gobierno, dificulta una intervención integral, a pesar de que existen políticas de género e interculturalidad, pues su implementación sigue siendo diferenciada y fragmentada.

f. Mejoras a las Políticas y Planes Multisectoriales

Para formular recomendaciones basadas en los hallazgos de esta investigación, se analizarán dos políticas relevantes que pueden fortalecer intervenciones de actores específicos. La primera es la Política Nacional Multisectorial para las Niñas, Niños y Adolescentes 2030 - PNMNNA (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2021), cuyo propósito es garantizar que la población de 0 a 17 años ejerza plenamente sus derechos, logrando su bienestar físico, mental y social para alcanzar todo su potencial y ampliar sus oportunidades.

La segunda es el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2012-2021 – PMPEA (Ministerio de salud, 2013), que busca guiar la acción del sector público, la sociedad civil y organismos de cooperación internacional en la prevención del embarazo adolescente (15-19 años), priorizando los grupos en mayor situación de pobreza y vulnerabilidad, en el marco de los derechos humanos y bajo un enfoque de género, interculturalidad e inclusión social²⁶

²⁶ A la fecha del presente informe el Plan Multisectorial de Prevención del Embarazo en Adolescentes 2024-2027 aún no se había publicado.

Tabla 33. Objetivos prioritarios de Política Nacional Multisectorial para las Niñas, Niños y Adolescentes 2030

Objetivos prioritarios	Lineamientos	Servicio/proveedor	Indicadores del servicio	Reportes 2021-2022-2023 ²⁷
1. Mejorar las condiciones de vida saludables de las niñas, niños y adolescentes.	Indicador del objetivo prioritario 1: Porcentaje de adolescentes de 15 a 17 años de edad que ya son madres o están embarazadas por primera vez. Línea de base 2019: 4,5%. - Meta al 2030 1,71%. 2021: 5,46%; 2022: 5,46%; 2023: 5,1%. (responsable: MINSa)			
	L1. Garantizar la atención y tratamiento integral en salud, por curso de vida para las gestantes, niñas, niños y adolescentes y sus familias, con énfasis en disminuir el embarazo adolescente.	SS.01.01.03. Servicio de salud para el cuidado integral del adolescente. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud; Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral-Etapa de Vida Adolescente; y Dirección de Salud Sexual y Reproductiva. MINSa.	Porcentaje de adolescentes con plan de atención integral culminado-MINSa ²⁸	2021: 11,20 de 33 planteado como meta para el año. 2022: 31200,00 de 35 planteado como meta para el año. (SIC) 2023: 36 de 37 planteado como meta para el año. (meta al 2030: 52%)
3. Disminuir el riesgo de desprotección de las niñas, niños y adolescentes	Indicador del objetivo prioritario 2: Porcentaje de adolescentes de 12 a 17 años que han sido víctimas de violencia sexual alguna vez en su vida. Línea de base 2019: 31,80%-Meta al 2030 17,73%. No se ha reportado (responsable: MIMP)			
	L3: Incrementar el conocimiento de la sexualidad orientados a prevenir la violencia sexual, en las niñas, niños y adolescentes	Servicio de implementación de la Educación Sexual Integral (ESI) a estudiantes de educación básica. Instituciones Educativas a nivel nacional	Porcentaje de instituciones educativas de EBR y EBE que implementan acciones formativas en Educación Sexual Integral para los estudiantes y su comunidad educativa de acuerdo con el Protocolo del servicio-MINEDU	No se reportó 2021 ni 2022 y al 2023 indican que alcanzaron el 24% (meta anual 10% y meta al 2030: 45%)

Fuente: Elaboración propia.

²⁷ Tablero de desempeño de la Política Nacional Multisectorial para las Niñas, Niños y Adolescentes 2030 (PNMNA).

²⁸ Según el reporte de cumplimiento de la política al 2030, no lograron sus metas al 2022, plantearon a futuro acciones descentralizadas en la implementación de la directiva sanitaria y servicios diferenciados para adolescentes, así como la implementación del programa de formación PROADOLESCENTE en regiones priorizadas: Lima Norte, Huancavelica, Ucayali y Loreto.

El PNMNNA se encuentra bajo la rectoría del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables y tiene el encargo de coordinar a los sectores responsables. Dos de sus objetivos prioritarios (OP) abordan directa o indirectamente a la población en riesgo de embarazo infantil y adolescente: OP1 (mejorar las condiciones de vida saludables de las niñas, niños y adolescentes) y OP3 (disminuir el riesgo de desprotección de las niñas, niños y adolescentes). Cada uno cuenta con lineamientos de política, servicios específicos y un monitoreo anual de metas y logros alcanzados, como se resume en la Tabla 33.

Aunque el PNMNNA contempla otros lineamientos y servicios que contribuyen indirectamente a prevenir el embarazo en niñas y adolescentes, destaca que los dos servicios principales se brindan a través de establecimientos de salud e instituciones educativas. Este enfoque, basado en bienes y/o servicios universales, estandarizados y valorados dentro del presupuesto público, dificulta estimar cuánto de cada intervención impacta efectivamente en la reducción del embarazo adolescente. Además, la implementación de la Educación Sexual Integral enfrenta retos como la Ley 31498 (2022), que condiciona la publicación de materiales educativos al consentimiento de padres, lo que puede obstaculizar su cumplimiento.

Más allá de metas nacionales, es clave operativizar el plan en metas regionales y provinciales, usando los indicadores identificados en este estudio, y priorizando zonas y grupos con mayor tasa y volumen de fecundidad adolescente. Las intervenciones, tanto en salud como en educación sexual integral, deben ajustarse a las particularidades locales, diferencias de edad, identificación étnica y condición urbano-rural, priorizando aquellas regiones y grupos donde la fecundidad adolescente es mayor.

Respecto al PMPEA 2012–2021, este buscó reducir en 20% el embarazo adolescente desde una línea base nacional de 13,2%, de acuerdo con los resultados de la ENDES 2012. En la Sexta Sesión Ordinaria de la Comisión Multisectorial Permanente²⁹, llevada a cabo el 16 de diciembre de 2022, se presentaron los resultados de la evaluación final del PMPEA, cuyos hallazgos se resumen en la Tabla 34.

Aunque 2021 queda fuera del marco temporal de la evaluación final del PMPEA, debido a que fue un año atípico por la pandemia de COVID-19. Las ENDES 2022 y 2023 muestran que, tras la fuerte caída en las tasas de embarazo adolescente durante 2020–2021, estas volvieron a incrementarse. Por ello, una recomendación clave es actualizar la evaluación del plan incorporando los datos de 2022 y 2023, ya que los indicadores de 2021 no reflejan únicamente el impacto del plan, sino también los efectos excepcionales de la pandemia.

Según el reporte del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2022b), los principales desafíos para reducir el embarazo adolescente son garantizar una política pública sólida en salud sexual y reproductiva, asignar presupuestos suficientes y explícitos, asegurar la participación activa de adolescentes en mesas intersectoriales, fortalecer la articulación entre sectores clave (MINSA, MINEDU, MIMP, MIDIS, MINJUSDH), priorizar la prevención en menores de 14 años, ejecutar acciones inmediatas a todos los niveles de gobierno con compromiso civil contra la violencia sexual, y empoderar a niñas y adolescentes en sus derechos sexuales y reproductivos, reforzando la educación sexual integral, especialmente en poblaciones vulnerables.

²⁹ La Comisión Multisectorial Permanente para el seguimiento a la implementación de la Política Nacional Multisectorial para las Niñas, Niños y Adolescentes al 2030 fue creada mediante D.S. N° 001 – 2022 – MIMP.

Tabla 34. Objetivos prioritarios del Plan Multisectorial de Prevención del Embarazo en Adolescentes 2012-2021

Objetivo general	Meta	Reporte de logro
Reducir la prevalencia de embarazo en adolescentes. (sectores involucrados son: MINSA, MIMP, MINEDU, MINJUSDH y MTPE)	Reducir en 20% la prevalencia del embarazo adolescente.	Reducción de 13.2% en 2012 a 8.9% en 2021.
	Reducir la tasa de fecundidad de embarazo adolescente a 40.2 por cada 1000 mujeres	Tasa de Fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años. 2012: 64 x 1000 mujeres; 2021: 41 x 1000 mujeres
	Reducir el porcentaje de embarazos no planeados en mujeres menores de 19 años en 38,7%	Porcentaje de embarazos no planeados en mujeres menores de 19 años. 2012: 68.2%; 2021: 60,1%
	Aumentar el porcentaje de adolescentes sexualmente activas que usan un método anticonceptivo a 95,5%	Porcentaje de adolescentes sexualmente activas que usan un Método Anticonceptivo. 2012: 84.6%; 2021: 86.1%
Objetivos específicos	Meta	Reporte de logro
OE1: Postergar el inicio de las relaciones sexuales, en la adolescencia.	Se reducirá en 20% el inicio de las relaciones sexuales en la adolescencia (sin definir dato línea base)	En adolescentes antes de los 18 años: 2012 (41%9; 2021 (44.3%)
		En menores de 15 años: 2012 (8,5%); 2021 (7,4%)
OE2: Incrementar el porcentaje de adolescentes que concluyen la educación secundaria	Incrementar en 30% el porcentaje de adolescentes mayores de 15 años que concluyen la secundaria (Línea de base: 64,1 ENAHO 2011)	Nivel secundaria: 2018 (4.1%); 2021 (3%)
		Nivel primaria: 2018 (2.5%); 2021 (3.5%)
OE3: Asegurar la inclusión de la Educación Sexual Integral en el marco Curricular Nacional para que las regiones cuenten con condiciones y recursos educativos para implementar la ESI.	Marco Curricular nacional incluye competencias y capacidades vinculadas al desarrollo de la educación sexual integral en los aprendizajes fundamentales.	2008: Aprobación a través de Resolución Directoral N.º 0180-2008-ED, los "Lineamientos Educativos y Orientaciones Pedagógicas para la Educación Sexual Integral". 2021: "Lineamientos de Educación Sexual Integral de la Educación Básica" a través de Resolución Viceministerial N.º 169-2021-MINEDU.
OE4: Incrementar la prevalencia de uso actual de MAC modernos en las/os adolescentes sexualmente activas/os y en madres adolescentes.	Se incrementará en 50% el uso de métodos anticonceptivos modernos en adolescentes sexualmente activas/os y en madres adolescentes. (Línea de base 66,6% ENDES 2012)	2012: 61.50% 2021: 77.70%
OE5: Disminuir los diferentes tipos de violencia en las y los adolescentes poniéndose énfasis en la violencia sexual.	Se disminuirá en un 30% los diferentes tipos de violencia en las y los adolescentes y se disminuirá en un 30% las denuncias por violación sexual en adolescentes (no se indica dato línea base)	2013: 69.3% 2021: 47.5% (violencia psicológica, física y sexual)

Fuente: Elaboración propia

Las acciones de prevención del embarazo adolescente contempladas en la PNMNNA se centran en factores clave como el inicio de las relaciones sexuales, el acceso a la educación y a una educación sexual integral, el acceso a métodos anticonceptivos modernos y la reducción de la violencia, en particular la violencia sexual. Estas acciones exceden las competencias del Ministerio de Salud y requieren de la articulación de múltiples sectores bajo una coordinación con enfoque salubrista. Si bien se reconocen avances importantes que reflejan esfuerzos institucionales, estos progresos han sido desiguales y no permiten concluir de manera clara cómo, en conjunto, han contribuido a reducir significativamente los niveles de embarazo adolescente.

La falta de acceso al informe completo de evaluación del PMPEA dificulta identificar si los desafíos se deben a fallas en el diseño de la cadena de objetivos, al bajo nivel de cumplimiento de otros actores como el sector educación, a limitaciones presupuestarias o a problemas en la gestión e implementación. Tampoco se dispone de información suficiente sobre cómo las actividades se focalizaron territorialmente o si lograron atender a los grupos sociales más afectados.

Por otro lado, ambas políticas presentan vacíos importantes, ya que no incluyen intervenciones específicas para niñas y adolescentes que ya están embarazadas y que requieren atención diferenciada en salud, educación y protección. Asimismo, no abordan aspectos fundamentales como la implementación efectiva del protocolo para el aborto terapéutico, el acceso oportuno a la anticoncepción oral de emergencia, ni la protección adecuada para niñas y adolescentes en riesgo, víctimas de violación sexual, explotación o trata. Estas áreas, que son cruciales para garantizar derechos y reducir vulnerabilidades, recaen en otras políticas, dejando una brecha significativa en la respuesta integral frente al embarazo infantil y adolescente.

Finalmente, es esencial recordar que cualquier evaluación, análisis o recomendación sobre las políticas destinadas a la prevención y atención del embarazo en niñas y adolescentes debe sustentarse en el principio del Interés Superior del Niño. Este principio fundamental debe estar presente en toda política orientada a la población infantil y adolescente, asegurando que las intervenciones prioricen sus derechos, bienestar y desarrollo integral. Considerando estas reflexiones y el análisis sobre el estado actual de las dos políticas más relevantes en la materia —la PNMNNA y el PMPEA—, es posible recomendar:

- i. Reordenar los objetivos, metas y lineamientos orientados específicamente a la prevención y atención del embarazo infantil y adolescente, tomando como base los resultados de las evaluaciones periódicas y/o finales de estos planes. Este reordenamiento debería organizarse bajo cuatro ejes: prevención, atención, restitución de derechos y acceso a la justicia.
- ii. Dado que actualmente se discute una posible fusión entre el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social y el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, resulta crucial recordar la importancia de fortalecer la rectoría del Ministerio de Salud (MINSA). Sin embargo, este fortalecimiento no debe implicar descuidar la dimensión de protección integral frente a las múltiples formas de violencia que afectan a niñas, niños y adolescentes, un aspecto que debe situarse al centro de cualquier debate sobre reorganización del aparato estatal.

- iii. Insistir en un compromiso firme y sostenido del sector educación con la implementación efectiva de la Educación Sexual Integral (ESI). Esta demanda proviene de los propios niños, niñas y adolescentes, quienes la requieren tanto en la secundaria como desde la primaria.
- iv. Fortalecer al sector salud, particularmente en las regiones y provincias donde las tasas o cifras absolutas de embarazo en niñas y adolescentes sean más elevadas. Esto implica desarrollar intervenciones integrales, participativas y comunitarias que incorporen un enfoque de género e interculturalidad en consejería, atención en salud sexual, promoción de prácticas sexuales saludables y provisión de métodos anticonceptivos, incluyendo los de emergencia (AOE). Además, es urgente implementar servicios diferenciados para adolescentes en todos los establecimientos de salud, asegurando también la capacitación del personal y la disponibilidad de kits de emergencia para la aplicación efectiva del protocolo para el aborto terapéutico. Esto permitirá ofrecer una atención cálida, pertinente y cuidadosa a niñas y adolescentes que hayan quedado embarazadas producto de una violación sexual.

g. Información y conocimiento

En cuanto a la información estadística, los censos nacionales han sido clave para analizar la fecundidad infantil y adolescente. Sería valioso incorporar mejoras en el cuestionario del próximo censo nacional, como: (i) preguntas específicas sobre gestantes e identificación de la madre de cada menor empadronado, (ii) mejorar la codificación e información sobre lengua materna y autoidentificación étnica, y (iii) preguntas sobre embarazo a partir de los 10 años en zonas de alta incidencia de fecundidad infantil y adolescente, detectadas en censos previos.

Respecto a la producción de conocimiento, dada la relevancia del problema y la limitada investigación existente en Perú es necesario impulsar más estudios cuantitativos y cualitativos. Se recomienda incluir este tema en convocatorias de CONCYTEC, así como ampliar esfuerzos desde fondos de investigación, centros especializados y universidades. Las áreas de interés incluyen diferencias por edad, roles de género, desigualdad en trabajo doméstico, análisis a nivel de centros poblados, identificación de clústeres territoriales, evaluación del rol de los servicios de salud y efectividad de los programas de prevención y atención del embarazo adolescente e infantil, entre otros.

8. Referencias

- Agüero, J. (2019). Educación, información y embarazo adolescente en el Perú rural. En *Género en el Perú: nuevos enfoques, miradas interdisciplinarias* (1.ª ed.). Wilson Hernández Breña.
- Amroussia, N., et al. (2017). Explaining mental health inequalities in Northern Sweden: a decomposition analysis. *Global Health Action*, 10(1).
- Bancalari, Antonella et al. (2023) : Health inequalities in Latin American and the Caribbean: Child, adolescent, reproductive, metabolic syndrome and mental health, IDB Working

Paper Series, No. IDB-WP-01523, Inter-American Development Bank (IDB), Washington, DC, <https://doi.org/10.18235/0005208>

Banco Mundial (s/f, c. 2025) Reducir el embarazo adolescente. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099620309062441932/pdf/IDU114e57290184db143ad1bf021258953efa2a0.pdf> acceso el 04/04/2025

Banco Mundial (2012) Embarazo adolescente y oportunidades en América Latina y el Caribe. Sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos

Blau, F. y Kahn, L. (2017). The Gender Wage Gap: Extent, Trends, and Explanations. *Journal of Economic Literature*, 55 (3), pp. 789-865.

Braverman-Bronstein, A., Vidaña-Pérez, D. et al. (2022) Adolescent birth rates and the urban social environment in 363 Latin American cities: *BMJ Global Health* 2022;7:e009737.

Braverman-Bronstein, A., Ortigoza, A. et al. (2022) Gender inequality, women's empowerment, and adolescent birth rates in 363 Latin American cities, *Social Science & Medicine*, Volume 317.

Carosio, A (2022) Embarazo adolescente, desigualdad y violencia: CLACSO, 2022.

CEPAL- OPS (2011) Salud de la población joven indígena en América Latina - Un panorama general.

CEPAL (2018). La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible Una oportunidad para América Latina y el Caribe. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/cb30a4de-7d87-4e79-8e7a-ad5279038718/content>

Chandra-Mouli, V., McCarraher, D. R., Phillips, S. J., Williamson, N. E., y Hainsworth, G. (2014). Contraception for adolescents in low and middle income countries: needs, barriers, and access. *Reproductive Health*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-1>

Chen, X., Wen, S. W., Fleming, N., Demissie, K., Rhoads, G. G., y Walker, M. (2007). Teenage Pregnancy and Adverse Birth Outcomes: A large population based retrospective cohort study. *International Journal of Epidemiology*, 36(2), 368-373. <https://doi.org/10.1093/ije/dyl284>

Chung, H. W., Kim, E., y Lee, J. E. (2018). Comprehensive understanding of risk and protective factors related to adolescent pregnancy in low- and middle-income countries: a Systematic review. *Journal of Adolescence*, 69(1), 180-188. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.10.007>

CIDH. (2019). *Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe*.

Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de las Mujeres - CLADEM (2021). Informe Nacional sobre Embarazo Infantil Forzado en el Perú, su atención y desafíos 2018-2021. <https://cladem.org/archivos/biblioteca/informe-nacional-sobre-embarazo-infantil-forzado-en-peru.pdf>

- Committee on the Rights of the Child (2025). Concluding observations on the combined sixth and seventh periodic reports of Peru. CRC/C/PER/CO/6-7. ADVANCE UNEDITED VERSION.
- Contreras-Pulache, H., Mori-Quispe, E., Hinojosa-Camposano, W. D., Yancachajlla-Apaza, M., Lam-Figueroa, N., y Chacón-Torrico, H. (2014). Características de la violencia durante el embarazo en adolescentes de Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(3). <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2013.303.271>
- Cueva, S. (2020). Entendiendo la paradoja de la maternidad adolescente en Lima Metropolitana Un análisis de los efectos de vecindario en el 2013. *Avances de Investigación* 40. GRADE.
- Dávila, E., Meza, L. y Manayay, E. (2017). Estimación y Análisis de la Fecundidad Según Diversas Fuentes. Síntesis Metodológica. Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI.
- Defensoría del Pueblo (2018) Informe de Adjuntía N° 011-2018: Resultados de la supervisión defensorial a los servicios de salud diferenciados para la atención integral a adolescentes
- Duflo, E., Dupas, P., y Kremer, M. (2015). Education, HIV, and early fertility: experimental evidence from Kenya. *The American Economic Review*, 105(9), 2757-2797. <https://doi.org/10.1257/aer.20121607>
- Favara, M. Lavado, P. Sánchez, A (2020) Understanding teenage fertility in Peru: An analysis using longitudinal data. *Review of Development Economics* (vol 24, núm 4, pag 1217 - 1236)
- Flora Tristán (2021). Nuestras voces si importan: Historias detrás de los embarazos forzados, investigación realizada en las regiones de Cusco y Ucayali. Lima: Flora Tristán.
- Francke, P., Huaroto, C. y Vivas, C. (2024) Unveiling Injustice: Analyzing Child Mortality Inequality across decades in Peru (1981-2017). Mimeo. Presentado al Summer Institute – TREES UNIANDES, al Congreso anual de la APE – 2024 y al Seminario por los 60 años de la Facultad de Ciencias Sociales de la PUCP.
- Ganchimeg, T., Ota, E., Morisaki, N., Lopaiboon, M., Lumbiganon, P., Zhang, J., Yamdamsuren, B., Temmerman, M., Say, L., Tunçalp, Ö., Vogel, J., Souza, J., y Mori, R. (2014). Pregnancy and Childbirth outcomes among adolescent mothers: A World Health Organization multicountry study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 121(s1), 40-48. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12630>
- Gianella, C., Rodriguez de Asis, M. y Peñas, A. (2017). What causes Latin America's high incidence of adolescent pregnancy? CMI Brief
- INEI (2024) Perú: Nacidos vivos de madres adolescentes 2023.
- INEI (2022) Perú: Nacidos vivos de madres adolescentes 2019-2021.
- INEI (2018a) Maternidad en las adolescentes de 15 a 19 años de edad.

- INEI (2018b) Perú: Perfil sociodemográfico – Informe censos nacionales 2017.
- INEI (2018c) Evaluación de la calidad del censo de población 2017.
- Josephson, K., Francis, R., y Jayaram, S. (2018). Políticas para promover la culminación de la educación media en América Latina y el Caribe. Lecciones desde México y Chile. Caracas: CAF. Retrieved from <https://scioteca.caf.com/handle/123456789/1246>
- LACGIL-GBM-DIME (2025). Abordar el embarazo adolescente en América Latina y el Caribe. Seminario web 27 de marzo de 2025
- Lahelma, E. et al. (1994) Comparisons of inequalities in health: Evidence from national surveys in Finland, Norway and Sweden. *Social Science & Medicine*, Volume 38, Issue 4.
- Lazo, Rodrigo, Ruth Llacsahuanga y Erika León (2017). Desenrollando la madeja de la impunidad. Rutas de acceso a la justicia en casos de violencia sexual contra niñas y adolescentes en zonas rurales y multiculturales de la provincia de Condorcanqui, Amazonas. Estudio de una comunidad nativa awajún del Río Santiago. Lima. MINEDU.
- McGrail, K. et al. (2009) "Income-Related Health Inequalities in Canada and the United States: A Decomposition Analysis", *American Journal of Public Health* 99, no. 10.
- MEF-UNICEF (2024) Análisis del diseño de las intervenciones públicas que contribuyen con la prevención del embarazo adolescente.
- Mendoza, W., y Subiría, G. (2014). El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(3). <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2013.303.286>
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2021). Política Nacional Multisectorial para las Niñas, Niños y Adolescentes al 2030 – PNMNNA.
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2022a). Política Nacional Multisectorial para las Niñas, Niños y Adolescentes al 2030 (PNMNNA). Reporte de cumplimiento 2021.
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2022b) Actas de la sexta sesión ordinaria de la Comisión Multisectorial Permanente para el seguimiento a la implementación de la Política Nacional Multisectorial para las Niñas, Niños y Adolescentes al 2030 (PNMNNA) del 16 de diciembre 2022.
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2024a). Principales estadísticas en violencia contra la mujer y los integrantes del grupo familiar – 2024. DIRECCIÓN GENERAL CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO.
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2024b). Informe de la República del Perú correspondiente al Informe Periódico 6° Y 7° combinados en cumplimiento del Artículo 44 de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) y 2° Informe Periódico en cumplimiento al Artículo 8 del Protocolo Facultativo de la CDN relativo a la participación de niños en los conflictos armados y el Artículo 12 del Protocolo

Facultativo de la CDN relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía.

- Ministerio de Salud (2013). Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. MINSA.
- Ministerio de Salud (2023). Programa Presupuestal 0002 Salud Materno Neonatal. Reporte de seguimiento al I Semestre 2023. MINSA.
- Nove, A., Matthews, Z., Neal, y Camacho, A. V. (2014). Maternal mortality in adolescents compared with women of other ages: evidence from 144 countries. *The Lancet Global Health*, 2(3), e155-e164. [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(13\)70179-7](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(13)70179-7)
- OMS. (2012). *Matrimonios precoces y embarazos en la adolescencia y la juventud: informe de la Secretaría*.
- OMS. (2013). *Salud para los adolescentes del mundo - Resumen*.
- OMS y Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación : alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud* (1.ª ed.).
- Organizaciones y colectivos de la sociedad civil (2024). Informe Alternativo. Niñas, niños y adolescentes informan sobre los avances y desafíos en el cumplimiento de sus derechos humanos en el Perú.
- Palacios, Gabriela (2019). *¿Queremos ser madres?: vivencias y significados del embarazo adolescente en la comunidad nativa Nuevo Paraíso, Ucayali*. Informe de tesis de licenciatura en Antropología. Lima: PUCP.
- Perú (1990) Ley 30337 - Código de los Niños y Adolescentes.
- Planas, ME y Yon,C. (2021). "Desafíos para la provisión de servicios de salud infantil en el Datem del Marañón desde un enfoque de los determinantes sociales". En Aportes para la construcción de una salud intercultural en el ámbito amazónico. Lima: Mesa de Concertación de Lucha contra la Pobreza.
- Pradhan, R., Wynter, K., y Fisher, J. (2015). Factors associated with pregnancy among adolescents in low-income and lower middle-income countries: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(9), 918-924. <https://doi.org/10.1136/jech-2014-205128>
- Sanca-Valeriano, S., Espínola-Sánchez, M., y Racchumí-Vela, A. (2022). Factores sociales y demográficos asociados al embarazo y al embarazo repetido en mujeres adolescentes de Perú. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 87(1). <https://doi.org/10.24875/rechog.21000010>
- UNFPA PERÚ. (2020). *Consecuencias socioeconómicas del embarazo y maternidad adolescente en el Perú*. UNFPA y Plan Internacional.

- UNFPA PERU. (2022). *Mapa del embarazo y la maternidad en niñas y adolescentes en el Perú* (1.ª ed.).
- UPCH (2019). *Las adolescentes peruanas en matrimonio o unión: Tradiciones, desafíos y recomendaciones*. Lima: Plan internacional.
- Wagstaff, A. et al. (2003) On decomposing the causes of health sector inequalities with an application to malnutrition inequalities in Vietnam, *Journal of Econometrics*, Volume 112, Issue 1.
- Wagstaff, A. et al. (1991) On the measurement of inequalities in health, *Social Science & Medicine*, Volume 33, Issue 5.
- WHO. (2015). *Health in 2015: from MDGs to SDGs*.
- Yon, Carmen (2014). "Vulnerabilidad social, salud y derechos sexuales de adolescentes ayacuchanos". En: Barrantes, Roxana y Peter Buse (Eds.), *Salud, vulnerabilidades, desigualdades*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos, pp. 115-140.
- UPCH (2019). *Las adolescentes peruanas en matrimonio o unión: Tradiciones, desafíos y recomendaciones*. Lima: Plan internacional.
- Yon, Carmen (2014). "Vulnerabilidad social, salud y derechos sexuales de adolescentes ayacuchanos". En: Barrantes, Roxana y Peter Buse (Eds.), *Salud, vulnerabilidades, desigualdades*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos, pp. 115-140.

9. Anexos

Anexo 1: Variación en las tasas de fecundidad adolescente 1993-2017 por departamentos

El siguiente cuadro permite evaluar la variabilidad de las tasas entre los años 1993 y 2017, se puede apreciar que aumenta en departamentos de la costa norte e Ica y en Lima y Callao (podemos pensar en Ancash como un departamento que incluye costa y sierra). Todos los de sierra y selva reducen la fecundidad adolescente. En el siguiente cuadro se aprecian también los departamentos que en el transcurso de 24 años logran disminuir la tasa entre 20% y 30% como Loreto, Huánuco, Amazonas, Ayacucho, Ucayali y Moquegua, y los que la reducen en más de 30% como Puno, San Martín, Apurímac, Cusco, Madre de Dios y Tacna.

Tabla 35. Variación en las tasas de fecundidad adolescente 1993-2017 por departamentos

Departamentos	1993	2007	2017	2017/1993
Callao	6	9	8	38%
Ica	9	11	12	30%
La Libertad	11	11	12	9%
Lambayeque	10	9	11	7%
Piura	11	11	12	7%
Tumbes	15	15	16	6%
Lima	7	8	7	3%
Pasco	13	12	12	-7%
Ancash	11	10	10	-10%
Arequipa	7	7	6	-11%
Cajamarca	16	14	14	-14%
Junín	13	11	11	-15%
Huancavelica	16	13	13	-19%
Loreto	26	25	21	-20%
Huánuco	18	16	14	-22%
Amazonas	24	20	19	-22%
Ayacucho	17	16	13	-22%
Ucayali	29	23	22	-26%
Moquegua	9	10	7	-27%
Puno	11	8	8	-31%
San Martín	29	23	18	-37%
Apurímac	17	12	10	-39%
Cusco	14	11	9	-39%
Madre De Dios	29	20	16	-44%
Tacna	10	8	5	-46%

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 2: Veinte grupos interseccionales de mayor tasa de fecundidad adolescente 1993-2007-2017

Tabla 36. Grupos de mayor tasa de fecundidad adolescente 2017

	Quintil	Área	Educación	Etnicidad	Región	Número madres adolescentes	% fecundidad adolescente
1	Q1	Rural	Primaria o <	Indígena	Selva	1648	43
2	Q1	Rural	Primaria o <	No Indígena	Selva	3967	42
3	Q1	Resto urbano	Primaria o <	No Indígena	Selva	1185	42
4	Q2	Resto urbano	Primaria o <	No Indígena	Selva	1344	36
5	Q1	Resto urbano	Primaria o <	No Indígena	Costa	737	33
6	Q1	Rural	Primaria o <	No Indígena	Costa	1122	31
7	Q1	Rural	Primaria o <	No Indígena	Sierra	2825	29
8	Q2	Resto urbano	Primaria o <	No Indígena	Costa	1221	26
9	Q2	Rural	Primaria o <	No Indígena	Sierra	298	26
10	Q1	Rural	Primaria o <	Indígena	Sierra	1690	25
11	Q2	Rural	Primaria o <	No Indígena	Costa	328	25
12	Q2	Resto urbano	Primaria o <	Indígena	Sierra	320	25
13	Q1	Resto urbano	Primaria o <	No Indígena	Sierra	311	24
14	Q1	Resto urbano	Secundaria	Indígena	Selva	254	23
15	Q3	Resto urbano	Primaria o <	No Indígena	Selva	376	23
16	Q1	Rural	Secundaria	Indígena	Selva	1250	23
17	Q2	Lima Metrop.	Primaria o <	No Indígena	Costa	503	22
18	Q2	Resto urbano	Primaria o <	No Indígena	Sierra	556	22
19	Q2	Resto urbano	Secundaria	Indígena	Selva	242	22
20	Q1	Resto urbano	Secundaria	No Indígena	Selva	2319	21

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 37. Grupos de mayor tasa de fecundidad adolescente 2007

	Quintil	Área	Educación	Etnicidad	Región	Número madres adolescentes	% fecundidad adolescente
1	Q1	Rural	Primaria o <	Indígena	Selva	3586	43
2	Q1	Resto urbano	Primaria o <	No Indígena	Selva	1643	43
3	Q1	Rural	Primaria o <	No Indígena	Selva	9318	41
4	Q2	Resto urbano	Primaria o <	No Indígena	Selva	2044	37
5	Q2	Rural	Primaria o <	No Indígena	Selva	918	34
6	Q3	Resto urbano	Primaria o <	No Indígena	Selva	805	30
7	Q1	Resto urbano	Primaria o <	Indígena	Sierra	511	29
8	Q1	Rural	Secundaria	Indígena	Selva	1282	28
9	Q2	Resto urbano	Primaria o <	Indígena	Sierra	713	27
10	Q1	Resto urbano	Primaria o <	No Indígena	Costa	895	26
11	Q1	Rural	Primaria o <	Indígena	Sierra	6318	24
12	Q1	Resto urbano	Secundaria	No Indígena	Selva	2019	24
13	Q1	Rural	Primaria o <	No Indígena	Costa	2221	23
14	Q2	Resto urbano	Primaria o <	No Indígena	Costa	2043	22

15	Q1	Rural	Secundaria	No Indígena	Selva	4938	22
16	Q1	Resto urbano	Primaria o <	No Indígena	Sierra	465	22
17	Q2	Lima Metrop.	Primaria o <	No Indígena	Costa	580	22
18	Q2	Resto urbano	Primaria o <	No Indígena	Sierra	1062	21
19	Q1	Rural	Primaria o <	No Indígena	Sierra	6591	21
20	Q2	Rural	Primaria o <	Indígena	Sierra	1244	21

Fuente: Elaboración propia.

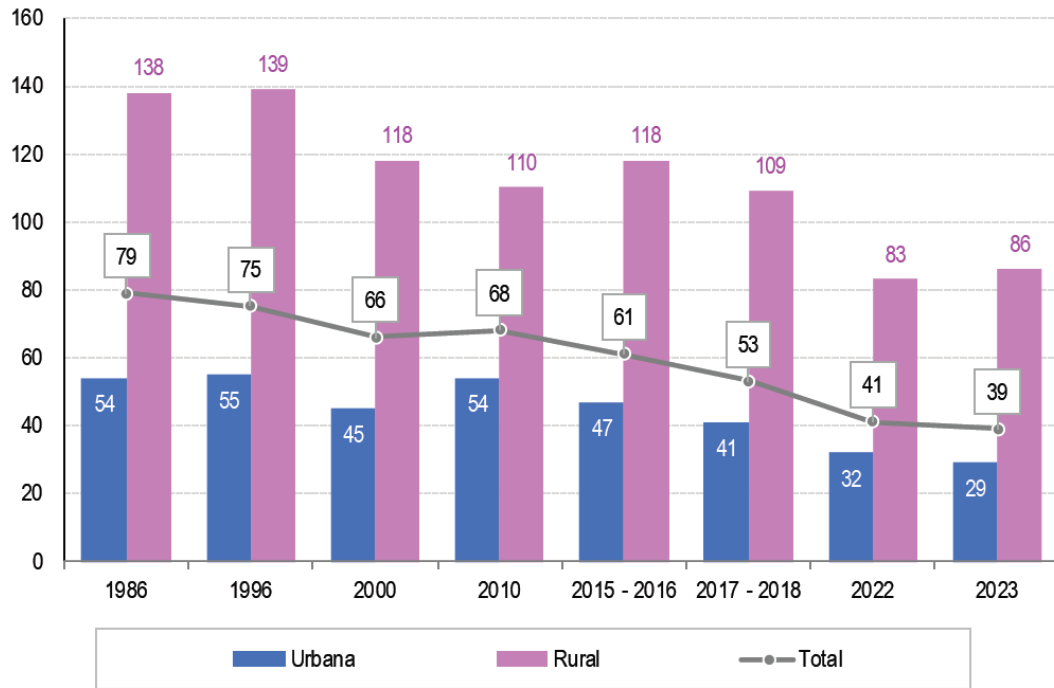
Tabla 38. Grupos de mayor tasa de fecundidad adolescente 1993

Quintil	Área	Educación	Etnicidad	Región	Número madres adolescentes	% fecundidad adolescente	
1	Q1	Rural	Primaria o <	Indígena	Selva	3517	44
2	Q1	Resto urbano	Primaria o <	No Indígena	Selva	1930	42
3	Q1	Rural	Primaria o <	No Indígena	Selva	10236	39
4	Q2	Rural	Primaria o <	Indígena	Selva	427	35
5	Q2	Resto urbano	Primaria o <	No Indígena	Selva	1926	34
6	Q1	Lima Metrop.	Primaria o <	No Indígena	Costa	399	30
7	Q1	Resto urbano	Primaria o <	No Indígena	Costa	1682	29
8	Q2	Rural	Primaria o <	No Indígena	Selva	2112	28
9	Q3	Resto urbano	Primaria o <	No Indígena	Selva	1190	27
10	Q1	Rural	Secundaria	No Indígena	Selva	1877	26
11	Q1	Resto urbano	Primaria o <	No Indígena	Sierra	870	25
12	Q1	Rural	Secundaria	Indígena	Selva	380	25
13	Q2	Resto urbano	Primaria o <	Indígena	Sierra	1062	24
14	Q2	Lima Metrop.	Primaria o <	Indígena	Costa	419	24
15	Q1	Resto urbano	Primaria o <	Indígena	Sierra	764	23
16	Q1	Resto urbano	Secundaria	No Indígena	Selva	967	23
17	Q1	Rural	Primaria o <	No Indígena	Costa	2644	22
18	Q2	Lima Metrop.	Primaria o <	No Indígena	Costa	1072	21
19	Q2	Resto urbano	Primaria o <	No Indígena	Sierra	1341	21
20	Q1	Resto urbano	Secundaria	No Indígena	Costa	1225	21

Fuente: Elaboración propia.

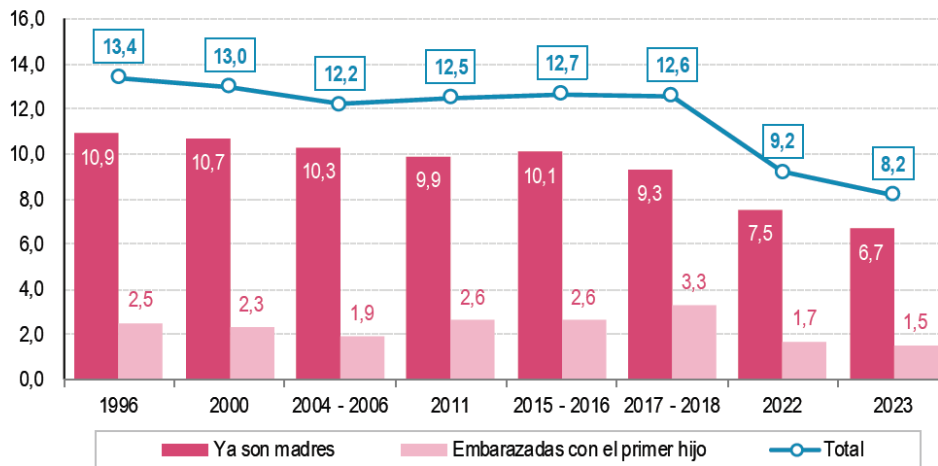
Anexo 3: Gráficos de fecundidad adolescente en base a la ENDES calculados por el INEI 1986-2023 (INEI, 2024)

Tasa de fecundidad adolescente, según área de residencia, 1986 - 2023
(Por cada mil adolescentes de 15 a 19 años de edad)



Nota: Estimaciones realizadas con información de los tres años anteriores a la encuesta.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).

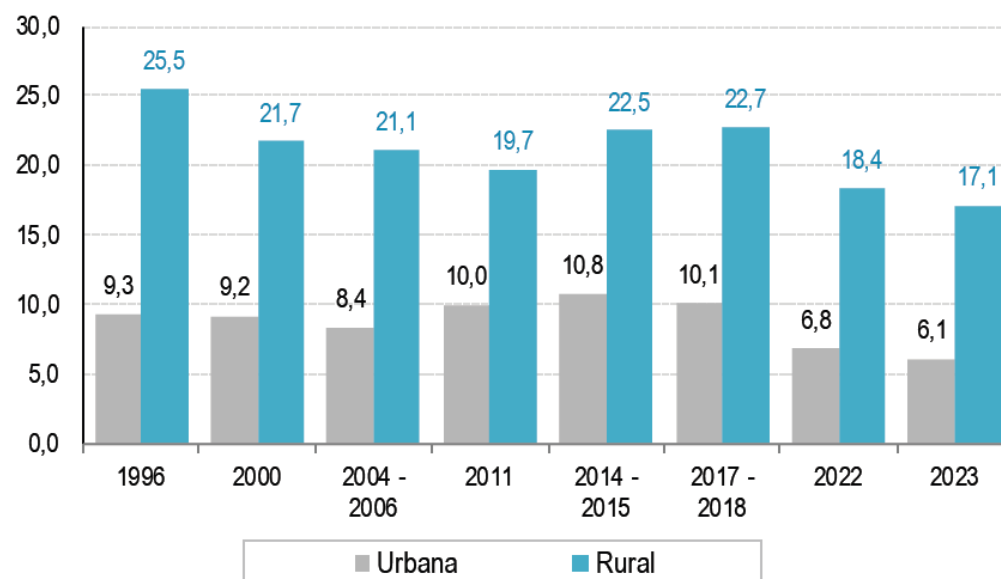
Adolescentes de 15 a 19 años de edad que son madres o que están embarazadas por primera vez, 1996 - 2023
(Porcentaje del total de población de mujeres de 15 a 19 años de edad)



Nota: Estimaciones realizadas con información de los tres años anteriores a la encuesta.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).

Adolescentes de 15 a 19 años de edad que son madres o que están embarazadas por primera vez, según área de residencia, 1996 - 2023

(Porcentaje del total de población de mujeres de 15 a 19 años de edad)

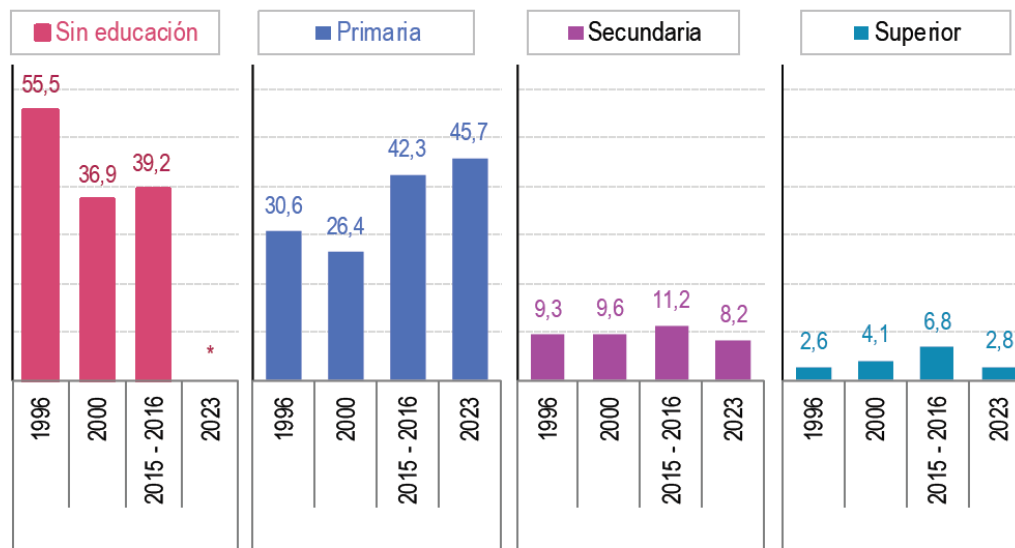


Nota: Estimaciones realizadas con información de los tres años anteriores a la encuesta.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).

Adolescentes de 15 a 19 años de edad que son madres o que están embarazadas por primera vez, según nivel educativo, 1996 - 2023

(Porcentaje del total de población de mujeres de 15 a 19 años de edad)



Nota 1: Estimaciones realizadas con información de los tres años anteriores a la encuesta.

Nota 2: Las tasas o porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar no se muestran (*)

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).