

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE ECONOMÍA

Disertación previa a la obtención del título de
Economista

El embarazo adolescente: un problema de salud pública

Carla Cecilia Valdivieso Acosta
carlibirish@hotmail.com

Director: Ec. Fernando Rodríguez Landívar
mfrodriguez_ec@hotmail.com

Quito, octubre del 2013

Resumen

La presente investigación describe al embarazo adolescente como un problema de salud pública, para esto en primera instancia se realiza un diagnóstico de la situación del embarazo en adolescentes en el país con la ayuda de cifras oficiales del VII Censo de Población y Vivienda del año 2010; con esto se visibiliza la problemática como generadora de consecuencias como la deserción escolar, barreras de acceso laboral y riesgo de caer o continuar en la pobreza, problemas de inequidad y acceso a los diferentes recursos para las madres adolescentes y para los hijos e hijas de las mismas. Posteriormente, se considera el marco jurídico y legal que permiten la elaboración de programas y estrategias para la disminución del número de embarazos adolescentes. Finalmente, se realiza un análisis entre los costos estimados de atención a adolescentes embarazadas y el costo de prevención de dicha situación para el año 2010, junto con un análisis de los programas implementados para la prevención del embarazo adolescente en el periodo 2007-2010 y 2011-2012. Se llega a la conclusión de que evidentemente el embarazo adolescente es un problema de salud pública que perjudica no solo a las adolescentes embarazadas, sino a todo su entorno; se demuestra la falta de compromiso hacia los programas establecidos por parte del Gobierno y se propone una mejora en cuanto a la importancia de la prevención antes que al tratamiento de una enfermedad o condición clínica. A su vez, se pone de relieve la necesidad de contar con una política pública clara que disponga de buenos niveles de inversión, así como un correcto sistema de planificación, control y monitoreo.

Palabras clave: embarazo adolescente, programas de prevención, política pública, costos.

*A mis padres,
por su infinito amor y apoyo incondicional.*

El embarazo adolescente: Un problema de salud pública

Introducción	6
Siglas	8
Metodología del trabajo	9
Fundamentación Teórica	13
Estado de bienestar	13
Fallas de mercado en la salud.....	14
Sistemas de Salud	16
Eficiencia.....	16
Equidad.....	17
La economía de la salud	18
Mercado de salud	19
Demanda de salud	19
Oferta de salud	20
Política y eficiencia	20
Planificación.....	22
Evaluación económica	23
Análisis de costos.....	23
Análisis costo beneficio	23
El embarazo adolescente	25
El embarazo adolescente en la región andina.....	25
El embarazo adolescente en Ecuador : la situación en el país en el 2010.....	27
Aspectos individuales y familiares.....	29
Condiciones socioeconómicas.....	31
Acceso a información de calidad, educación y anticoncepción.....	35
Marco Jurídico y regulatorio para la prevención del embarazo adolescente	40
Derechos sexuales y reproductivos	40
Conferencias y acuerdos internacionales	40
Normativa nacional	42
Constitución Política de la República del Ecuador 2008	42
Plan Nacional del Buen Vivir	42
Otras normas nacionales	43
Plan Andino para la prevención del embarazo adolescente	44
Plan Nacional de prevención del embarazo adolescente	46
Informe final de la “Evaluación de medio término de la contribución del UNFPA a la implementación del Plan Andino de Prevención del Embarazo Adolescente”	48
Estrategia Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo Adolescente (ENIPLA)	50
Evaluación de la política pública de Ecuador sobre embarazo adolescente	54
Costo de los programas de prevención del embarazo adolescente frente al costo de atención.....	54

Costo de programas de prevención implementados en el país en el año 2010.....	54
Costeo de los programas de prevención	54
Programas de capacitación.....	55
Material informativo	55
Insumos	56
Gastos operativos.....	57
Total gastos de los programas de prevención	57
Costeo estimado de los programas de atención	59
Servicios de atención	60
Servicios profesionales	61
Costeo estimado de la atención de embarazos en adolescentes.....	62
Evaluación de los programas públicos 2007 - 2010.....	65
Evaluación de los programas públicos ENIPLA 2012	69
Conclusiones	78
Recomendaciones	80
Referencia Bibliográfica	81
Anexos	85

Introducción

El embarazo en la adolescencia es un suceso que implica cambios en los patrones biológicos y psicológicos de la joven, además un embarazo en dicho periodo provoca cambios en cuanto al desenvolvimiento en el entorno social y económico.

Dicho embarazo retrasa las aspiraciones de las adolescentes, generando un alto costo de oportunidad entre las decisiones de estudiar, trabajar o dedicarse complementemente a ser madres. Las expectativas de vida de las y los adolescentes que se enfrentan a un embarazo cambian radicalmente y esta situación se convierte en un factor importante para determinar la calidad de vida.

A pesar del gran impacto de dicha problemática, la relevancia que se ha dado a la solución de la misma no ha evidenciado un significativo compromiso estatal hasta el año 2011, por lo que a pesar de que en el país se contaba con un plan para la prevención del embarazo adolescente, los esfuerzos por parte del Estado se vieron restringidos por la falta de apoyo económico e institucional.

Es visible la magnitud del problema con la implementación de la Estrategia Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo Adolescente (ENIPLA), dicha estrategia consta de un lineamiento claro por lo que en la actualidad ya es evidente su alcance en el poco tiempo que lleva de implementación.

La presente investigación pretende determinar la situación del embarazo adolescente en el país con base en el año 2010, tomando como puntos clave para el diagnóstico de la problemática a los aspectos individuales y familiares de la adolescente, las condiciones socioeconómicas y el acceso a información de calidad, educación y anticoncepción.

Este estudio también busca evidenciar el marco jurídico y regulatorio para la prevención del embarazo adolescente por medio de los derechos sexuales y reproductivos, conferencias y acuerdos internacionales y la normativa nacional en la cual se aborda la Constitución Política de la República del Ecuador 2008, el Plan Nacional del Buen Vivir, el Plan Andino para la Prevención del Embarazo Adolescente, el Plan Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente y la ENIPLA.

Posteriormente se realiza una estimación de los costos de atención de adolescentes embarazadas en el 2010 y el costo de los programas de prevención del mismo año, para así poder tener una idea de la diferencia entre ambos costos. También se analiza la política pública desde el 2007 al 2010 y a partir de ahí de la implementación de la ENIPLA.

Se pretende visualizar la dimensión de la problemática y la importancia que ha dado el gobierno actual a la disminución del número de embarazos adolescentes, a la prevención y a la inversión para que se logre una reducción de las tasas de fecundidad para este grupo poblacional.

En el país se han realizado estudios respecto a la problemática enfocados a una visión médica, social y psicológica; sin embargo, no son frecuentes los análisis económicos sobre las políticas y programas implementados en este tema, así como de su eficiencia; de ahí que esta investigación pretende aportar en esa línea dando la importancia que corresponde al embarazo adolescente y buscar un desarrollo óptimo en los y las adolescentes del país, procurando un bienestar global en la población.

Siglas

CELADE: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía.

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

CIDE: Centro de Investigación y Desarrollo de la Educación.

CNNA: Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia.

CONAMU: Consejo Nacional de la Mujer.

CONASA: Consejo Nacional de Salud.

ENDEMAIN: Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil.

ENIPLA: Estrategia Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo Adolescente.

FEDAEPS: Fundación de Estudios, Acción y Participación Social.

FIPA: Fundación Internacional para la Adolescencia.

INEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

MCDS: Ministerio Coordinador de Desarrollo Social.

MIES: Ministerio de Inclusión Económica y Social.

MSP: Ministerio de Salud Pública.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

ORAS-CONHU: Organismo Andino de Salud.

OSTEBA: Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

SENPLADES: Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo.

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas.

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

USAID: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

Metodología del trabajo

Antecedentes

La adolescencia es el periodo de la vida en el cual las personas se forman en aspectos culturales, sociales y biológicos, es por esto que cualquier suceso que impida que el plan de vida de los y las adolescentes se llegue a cumplir adecuadamente tiene efectos negativos en la formación de la identidad y en la construcción de los planes y proyectos de vida futuros.

El embarazo adolescente no planificado posterga dichos proyectos de vida, además de que produce efectos desencadenantes que afectan a la continuidad en los estudios de la adolescente, posteriormente en sus posibilidades de inserción laboral y en los ingresos que esta recibe en lo largo de su vida, facilitando así que la adolescente caiga o permanezca en el círculo de pobreza.

El embarazo adolescente ha sido un problema de salud pública a lo largo de los años, según la OMS el 11% de los nacimientos del mundo son de adolescentes. Ecuador dentro de los países de América Latina, ocupa el segundo lugar en cuanto al número de embarazos en adolescentes, precedido únicamente por Venezuela.

Dada la preocupación hacia el tema, el país ha sido partícipe de la creación del Plan Andino de Prevención del Embarazo Adolescente, el mismo que sirvió de base para la creación del Plan Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente y de la actual ENIPLA.

En cuanto a política pública, Ecuador cuenta con el marco jurídico que protege la salud y bienestar de los y las adolescentes; sin embargo no han sido visibles los alcances de la política de prevención del embarazo adolescente en el periodo 2007- 2010, es por esto que surge la necesidad de evidenciar la problemática con el uso de datos estadísticos y por medio de la evaluación de las políticas implementadas.

Si bien es cierto se cuenta con estudios sobre el embarazo adolescente, la mayoría están enfocados a los efectos biológicos y psicológicos; por tanto es necesario analizar el impacto económico que tiene dicho proceso. Además, con la presente investigación se busca evidenciar el modelo de atención en salud que estaba enfocado principalmente a la solución del problemas, mas no a la prevención del mismo.

Preguntas de investigación

¿Por qué el embarazo adolescente es un problema de salud pública?

¿Cuál es la situación del embarazo adolescente en Ecuador?

¿Cuáles son los programas de prevención de embarazo adolescente en Ecuador?

¿Cuál es el costo de los programas de prevención del embarazo adolescente frente al costo de atención?

¿Qué trayectoria ha tenido la política pública en el país para enfrentar el tema del embarazo adolescente?

Delimitación del problema

Para el diagnóstico del embarazo adolescente se usó el VII Censo de Población y Vivienda que proporcionó información con respecto a la situación de este tema. Además, la investigación se realizó en base a las políticas y programas aplicados a nivel nacional para la prevención del embarazo adolescente durante el año 2007 al 2012.

El periodo de análisis fueron los años 2007-2012, ya que se evaluaron las políticas y programas generados durante el gobierno actual del Presidente Rafael Correa. El periodo de diagnóstico y estimación de costos fue el año 2010 específicamente, esto justificado en que la tasa de fecundidad de adolescentes y el número de nacimientos de dicho grupo poblacional no presenta mayores variaciones, y que se obtienen las últimas cifras oficiales del VII Censo de Población y Vivienda, por lo mismo en dicho año se hizo el análisis comparativo entre los costos estimados de atención a adolescentes embarazadas y los costos de programas de prevención del embarazo adolescente.

La unidad de análisis fue la situación del embarazo adolescente en el país en el año 2010, también fueron las políticas y programas públicos de prevención del embarazo adolescente durante los años 2007-2012, incluyendo los costos de atención y de prevención de la problemática para el año 2010.

Justificación

El embarazo adolescente es un problema de salud pública por los efectos que tiene en la vida de las adolescentes y su entorno.

A pesar de dichos efectos, la problemática ha sido dejada en segundo plano por lo que no se ha evidenciado una concientización clara de parte del Gobierno y de la sociedad. Uno de los mayores problemas al que se enfrenta el sistema de salud actual es el cambio de percepción en cuanto a la prevención. El cuidado de la salud no debería estar enfocado al tratamiento de la enfermedad o de una condición específica sino a la ausencia de las mismas.

Uno de los pilares fundamentales de la presente investigación fue evidenciar el efecto que tiene sobre la vida de las y los adolescente un embarazo no planificado y como la prevención pudo ser un factor importante para mejorar la calidad de vida de los mismos.

Se buscó también demostrar la prioridad o falta de la misma por parte del Estado hacia la problemática. Hay que tomar en cuenta que cuando una adolescente se queda embarazada, la mayoría de las veces se convierte en una carga social y disminuye su potencial como fuerza laboral y generadora de riqueza, lo que desencadena también efectos negativos para el Estado.

La presente investigación pretendió determinar cuál ha sido la importancia que se ha dado al tema de prevención del embarazo adolescente por parte del Estado, analizando los costos estimados de atención y de prevención, y de esta manera visibilizar la orientación de la política pública, la falta de monitoreo y planificación que se ha dado al tema.

Se buscó que la investigación sirva para dar luces en cuanto al seguimiento, control y monitoreo que se dan a los diferentes planes, programas y políticas por parte del Estado, para que la preocupación no solo hacia la problemática sino a otros temas de prevención sean tomados con más seriedad y así poder obtener resultados visibles en el mediano plazo.

Se pretendió poner de relieve a la prevención para la disminución de muchos problemas relacionados con este segmento fundamental del capital humano del país como son los y las adolescentes; dicha prevención no solo deberá alcanzar a generaciones actuales sino convertirse en un cambio de percepción cultural para la mejora de la calidad de vida de la población.

Tipo de investigación

La investigación realizada fue de tipo descriptiva debido a que se señala una problemática social en la cual intervienen diferentes variables económicas y sociales para llegar a considerar al embarazo adolescente como un problema de salud pública, además se supuso un estudio explicativo porque se mencionaron las causas y consecuencias de dicho fenómeno y también los programas y estrategias utilizadas para la prevención del mismo.

La investigación también fue considerada correlacional pues analizó la falta de presupuesto destinado a la prevención del embarazo adolescente, con la falta de monitoreo y planificación clara de las políticas, lo que incidió para que no se dé una disminución visible del número de embarazos adolescentes. Se evaluó el efecto que produce una variable en otra, es decir el tipo de relación que se da entre los temas.

Para sustentar la investigación se realizaron entrevistas a personas relacionadas con el tema, para así poder contar con criterios sobre la situación del embarazo adolescente en el Ecuador y del accionar del Gobierno en materia de prevención del mismo.

Métodos de investigación

La presente disertación se fundamentó en el tratamiento del embarazo adolescente como un problema de salud pública, para lo cual se utilizó la metodología de la investigación aplicada (cualitativa y cuantitativa), permitiendo por medio de la misma establecer la relación entre el conocimiento teórico y la realidad que viven las adolescentes en el país.

También se usó el método de investigación inductivo debido a que fue necesario el análisis de variables específicas como el número de embarazos en adolescentes con el cual se determinó el costo estimado de atención y el costo de los programas de prevención proporcionados por el Ministerio de Salud Pública.

Fuentes de información

Las fuentes de información fueron principalmente secundarias: investigaciones, tesis, publicaciones dentro del campo económico y social, relacionadas con la problemática; para el efecto, se buscó información en textos sobre temas referentes al embarazo adolescente, políticas públicas y programas de prevención del embarazo adolescente.

También se tomaron en cuenta las publicaciones de las Naciones Unidas vinculadas a los derechos humanos, donde se hayan mencionado temas de salud sexual y derechos reproductivos.

Para conocer sobre los actuales programas de prevención de embarazo adolescente se obtuvo información del Ministerio de Salud Pública, pues es el organismo rector de la salud pública en el país; igualmente se obtuvo del Ministerio la información en cuanto a presupuesto y monto destinado a la prevención.

También se recopiló información de los distintos ministerios y dependencias que participan de manera activa en la actual estrategia de prevención del embarazo adolescente como es el MCDS, MIES y ENIPLA. Esta información corresponde a fuentes primarias, pues se realizaron entrevistas a diferentes actores de esas oficinas públicas.

Las fuentes de información estadística fueron el censo de población y vivienda del INEC, cifras de la CEPAL- CELADE, UNFPA y Ministerio de Salud Pública.

En cuanto a los gastos de atención de embarazo adolescente, la fuente de información fue el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, elaborado por el MSP, junto con cifras obtenidas del VII Censo de Población y Vivienda y del INEC.

Hipótesis de trabajo

Para el período 2007-2010 el embarazo adolescente no fue tratado con prioridad por parte del gobierno y considerado efectivamente como un problema de salud pública, esto evidenciado en la falta de apoyo a la prevención del mismo durante el periodo citado, lo que llevó a que se cree una mejor política pública con un presupuesto destinado muy significativo. Dicha inversión pudo ser en menor cuantía si se hubiera dado un apoyo económico e institucional oportuno.

Objetivos

Objetivo General

Analizar el embarazo adolescente como un problema de salud pública.

Objetivos Específicos

- Diagnosticar la situación actual del embarazo adolescente en Ecuador.
- Analizar los programas de prevención del embarazo adolescente en Ecuador.
- Comparar el costo de los programas de prevención del embarazo adolescente frente al costo estimado de atención.
- Describir la trayectoria que ha tenido la política pública en el país para enfrentar el tema del embarazo adolescente.

Fundamentación teórica

Para tratar al embarazo adolescente como un problema de salud pública, es necesario contar con los fundamentos teóricos referentes al Estado de bienestar, las fallas de mercado de la salud, los sistemas de salud, la eficiencia y la equidad, el mercado de la salud en el cual se pone énfasis en la oferta y demanda del bien, la política y eficiencia y la evaluación económica.

Dicho marco teórico brindará las bases necesarias para el diagnóstico y evaluación de las actuales políticas públicas del tema.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es fundamental para el desarrollo y bienestar social, por ello su importancia y la define como:

Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. (OMS, 2006:1).

La salud es un medio para disminuir la pobreza y aumentar la productividad. Las enfermedades afectan el ingreso de la sociedad, porque se destinan recursos para su tratamiento, los cuales podrían estar enfocados a la satisfacción de otras necesidades de la población, y dentro del sector de la salud dichos recursos podrían estar direccionados a la prevención de enfermedades para así, consecuentemente, lograr un desarrollo óptimo de la sociedad. No se refiere al tratamiento de enfermedades, sino por el contrario a la prevención de las mismas, con la finalidad de asegurar una eficaz y buena salud en los países.

Estado de bienestar

La definición de Estado de bienestar surge después de la segunda guerra mundial, con él se hace hincapié en la protección de los derechos sociales y propiamente en la importancia de la salud en la población. (Ortún Rubio Vicente, 2000:3-9).

El Estado de bienestar surge de la economía de bienestar, la cual se encarga de las decisiones en cuanto a qué debe producirse, para quien debe producirse y la forma en la que se toma estas decisiones. (Stiglitz Joseph, 2002:13).

Dadas las fallas de mercado, surge la idea de un Estado proteccionista y de bienestar que se encarga de la provisión directa del bien, para intentar eliminar procesos en los cuales no se alcance el máximo bienestar.

En el Estado de bienestar las actividades del gobierno se encuentran relacionadas con la distribución de la renta, salud, educación, reducción de las desigualdades, integración social y eficiencia, donde el núcleo es la seguridad social, además la asignación de recursos debe tratar de reflejar las necesidades relativas de toda la población, tomando en cuenta las diferencias socio económicas de los individuos.

En cuanto al tema de la salud, el Estado debe intervenir para evitar que haya una competencia en costos entre los distintos oferentes, es decir, se procura evitar que para poder atraer más clientes

quienes ofertan disminuyan la calidad de la atención por medio de una disminución de costos. Frente a esto el Estado puede mejorar el sistema de información de la salud, así como facilitar la capacidad de elección del usuario, garantizando con la financiación pública el acceso a las prestaciones sanitarias. (Ortún Rubio Vicente, 2000:3-9).

En este sentido, la intervención del Estado en la salud se justifica por la preocupación de que las personas pobres puedan acceder a una correcta asistencia sanitaria. (Stiglitz Joseph, 2002:14).

El Estado de bienestar para satisfacer las demandas de salud de la población, necesita de criterios básicos de la economía de la salud, para así poder maximizar el beneficio social obtenido por la mejora de la calidad de vida de la población.

Fallas de mercado en la salud¹

La salud es imprescindible en la formación de capital humano y puede ser considerada como un “bien privado suministrado por el Estado”, porque el costo marginal de proporcionar el bien a una persona más es alto; además, la salud es un bien preferente, debido a que el Estado debe intervenir para que las personas consuman las cantidades óptimas de este bien, así como también concienciarlos sobre las decisiones que toman en cuanto a prevención y tratamiento de enfermedades.

El hecho de que la salud sea considerada como un bien privado suministrado por el Estado, no le quita las características de un bien público pues no es viable ni deseable racionar su uso, es decir la no rivalidad donde el consumo de un bien por una persona no reduce la cantidad del mismo que puede ser consumido por otra persona. Y la no excluibilidad donde no es posible ni deseable excluir a nadie del consumo de dicho bien. (Vassallo Carlos, Sellanes Matilde y Freylejer Valeria, 2003:11).

Otra de las fallas de mercado es la producción de externalidades, éstas se dan cuando los actos de una persona afectan positiva o negativamente a las demás personas generando costos o beneficios. La salud genera externalidades positivas porque si una persona goza de una buena salud incrementará su potencial, produciendo mejores resultados en las actividades que realice, además una buena salud indica un ahorro relacionado al tratamiento de las enfermedades.

La ausencia de un estado óptimo de salud tiene externalidades negativas, como es la falta de productividad de los individuos que terminará generando una disminución en los ingresos y producción de la sociedad.

Una persona que no tiene buena salud es propensa a ser ente de contagio de enfermedades. Así mismo, para el Estado enfrentar económicamente el costo de una enfermedad significa designar fondos al tratamiento de la misma.

La asimetría de información es otra falla de mercado porque no siempre se tiene conocimiento sobre las posibles alternativas a los procesos de salud; el productor u oferente es quien posee mayor conocimiento sobre el bien necesitado y el ofertado, lo que genera también una distorsión en la correcta asignación de precios y a su vez facilita la creación de barreras de entrada.

¹ Stiglitz, Joseph (2002) *La economía del sector público*; Cap 4. 3ra Ed. Antoni Bosch editor.

Además la asimetría de información produce distorsión sobre los centros en los cuales las personas demandantes puedan ser atendidas, la calidad de la atención y los costos a los que se enfrentan.

También genera efectos como el hecho de que el individuo que requiera del servicio de la salud, pueda ser víctima de una demanda inducida, es decir, la persona que proporciona el servicio hace pensar que se necesita más medicamentos de los que en verdad se requiere.

Además, se considera la provisión de los sistemas de salud como competencia imperfecta, debido a que se aprecia barreras de ingreso como son la infraestructura, tecnología, conocimiento y aspectos geográficos, lo que no permite una clara comparación de precio y calidad.

En el caso de que los servicios de salud sean gratuitos, el riesgo moral se convierte en un factor importante porque comienza a producirse un comportamiento de despreocupación y consumo innecesario por parte de los demandantes, de forma que la gratuidad incentiva a generar un consumo excesivo del bien.

Al ser la salud un bien necesario e imprescindible para las y los ciudadanos, el tema distributivo al que se enfrenta el Estado es de suma importancia en el momento de la creación de las políticas públicas que serán orientadas a resolver problemas en cuanto al acceso a dicho bien.

La probabilidad de que las y los habitantes de un país gocen de una mejor salud se ve relacionada con un nivel de renta media per cápita más elevado. Por lo mismo, la distribución del ingreso es significativa para una mejora de la salud y una relación cada vez menor entre la pobreza y las enfermedades. (Ortún Rubio Vicente, 2000:16).

Para lograr salir de la pobreza es necesario que se haga hincapié en el aumento de la riqueza agregada de la economía, y de la importancia que las políticas den al gasto público relacionado a temas como la salud y la educación. (Ortún Rubio Vicente, 2000:16).

Las teorías en cuanto a la distribución final de los bienes depende de las concepciones de las cuales parten. Las teorías liberales consideran que cualquier distribución final de los bienes es equitativa, siempre que las dotaciones de recursos hayan sido obtenidas legítimamente; se busca que se cumpla el primer teorema de la Economía de Bienestar en el cual se plantea que el mercado es capaz de conseguir una situación óptima en el sentido de Pareto, siempre que se cumplan con los requisitos del modelo de competencia perfecta que son que haya un gran número de oferentes y demandantes, que no haya influencia en los precios, que no existan barreras de entrada y que no se produzcan rendimientos crecientes a escala, así como que exista información perfecta. De esta forma al maximizar el bienestar individual se está maximizando el bienestar de la sociedad. (Ortún Rubio Vicente, 2000:16-20).

Para los utilitaristas, los recursos en general y en especial los recursos sanitarios deben ser asignados a quien más utilidad pudiera obtener de ellos, por lo que la justicia en el proceso distributivo no toma mayor importancia. (Ortún Rubio Vicente, 2000:16-20).

Para Rawls, el Estado debe estar enfocado a una acción distributiva, en la cual se maximice el beneficio de los individuos que se encuentran en peores condiciones, por lo que plantea una aversión a la desigualdad y a las compensaciones entre equidad y eficiencia. De ahí que es necesaria una correcta distribución de la renta para evitar una gestión pobre y formación de la burocracia por

parte del gobierno, porque estas acortan la eficiencia de los procesos y generan la actuación en base al interés propio. (Stiglitz Joseph, 2002:121).

Por otro lado, Amartya Sen propone una distribución en la cual se igualen las capacidades básicas de los individuos, dejando en segundo plano el consumo igualitario de los bienes. (Ortún Rubio Vicente, 2000:16-20).

Sistemas de salud²

Los sistemas de salud surgen a partir de la segunda guerra mundial, donde se produce la revolución del sector de la salud, y es ahí donde los gobiernos empiezan a emplear políticas orientadas a este sector. Se define al sistema sanitario como la suma de las instituciones y organizaciones públicas y privadas que tienen como objetivo la mejora en la salud de las personas.

Los principales objetivos del sistema sanitario deben estar enfocados hacia la prevención de las enfermedades y daños innecesarios, así como la prolongación de la vida y evitar el sufrimiento; para esto el sistema de salud cuenta con recursos humanos, financieros y del conocimiento, teniendo como beneficios la obtención de un buen sistema de la salud, con la disminución de los síntomas, recuperación funcional y mayor esperanza de vida. La efectividad de todos los sistemas de salud se ven reflejados en la cantidad y calidad de vida de los usuarios.

De esta manera, la microeconomía evalúa los sistemas de salud desde la interacción de los agentes y la toma de decisiones con respecto a los sistemas; desde la macroeconomía se evalúa el impacto de la salud en la población en forma general, valorando la producción y calidad de la misma y cómo influye en el crecimiento económico y desarrollo de la población.

El sector de la salud se lo define como el mercado donde se transan sus servicios. Es necesario reconocer a la salud como un bien al cual se debe tener igual acceso por sus implicaciones en la productividad y calidad de vida de las personas, por lo que debe existir equidad y eficiencia en el sistema.

Eficiencia

La eficiencia es la mayor producción a un menor costo social, donde se busca la maximización de la función de bienestar social. La eficiencia social se entiende como la forma de producir aquellos bienes y servicios que la sociedad más valora en cuanto a calidad y cantidad al menor costo. (Ortún Rubio Vicente y del Llano Juan, 2000:10).

Los determinantes sociales influyen en las inequidades del sistema de salud, los principales determinantes son en primera instancia el individuo y su conducta, seguido por los determinantes modificables como es el estilo de vida y, por último, los determinantes más amplios e influyentes son

² Ortún Rubio, Vicente (2000) *Sistema sanitario y estado de bienestar ¿todo para todos?* Barcelona, España.

las condiciones de vida y trabajo, alimentos y acceso a servicios básicos, condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales.

Sin embargo existe conflicto entre la eficiencia y la equidad pues la eficiencia supone asignar los recursos a quienes generen un mayor beneficio de ellos, mientras que la equidad propone la asignación a quienes más los necesiten, se evalúan a los individuos que se encuentran en peores situaciones. (Ortún Rubio Vicente 2000: 10-13).

En los últimos años a la salud se le ha conceptualizado no sólo como enfermedad sino en términos de bienestar, de plena capacidad para su desarrollo y de la sociedad en la que vive, lo que obliga a pensar en la salud como un recurso para los individuos y grupos de la sociedad como valioso y deseable. (Villacrés Nilda, 2000:3).

Equidad

Cuando se habla de equidad se hace referencia al acceso, financiamiento y distribución equitativa de los servicios según las necesidades sanitarias de toda la población. La inequidad a diferencia de la desigualdad, lleva implícita la injusticia e influye en las condiciones sociales que pueden ser abolidas por medio de intervenciones estatales.

La equidad en la salud se refiere a la igual oportunidad de acceso a servicios de salud de acuerdo a las necesidades reales, la inequidad en dicho acceso se puede producir por razones económicas (incapacidad de cubrir los gastos en salud), distribución geográfica de los servicios y por barreras culturales y educativas. (Vassallo Carlos, Sellanes Matilde y Freylejer Valeria, 2003:23).

Amartya Sen (2002) señala que:

La equidad en salud no concierne únicamente a salud, vista aisladamente, sino que debe abordarse desde el ámbito más amplio de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución económica, prestando la debida atención al papel de salud en la vida y la libertad humana. Ciertamente la equidad en salud no trata sólo de la distribución de la salud, por no hablar del campo todavía más limitado de la distribución de la asistencia sanitaria. En efecto, la equidad en salud tiene un alcance y una relevancia enormemente amplios.

Una correcta distribución del ingreso por parte del Estado con criterios de equidad potencializa el estado óptimo de salud de la sociedad, generando un impacto positivo en el desempeño económico y social.

Es fundamental contar con indicadores sobre desigualdad por medio de los cuales se llegue a conocer las desventajas a las que se enfrentan grupos vulnerables, un ejemplo de dichos indicadores es el Índice de Desigualdad de Género.

Este índice toma en cuenta tres dimensiones que son la salud reproductiva, el empoderamiento de la mujer y la inserción en el mercado laboral para de ésta forma visibilizar la desigualdad entre hombres y mujeres. Dentro del componente de salud reproductiva se tienen como indicadores la fecundidad adolescente y la mortalidad materna.

El índice varía entre 0 y 1; siendo 0 el indicador de igual desarrollo entre hombres y mujeres, y 1 indica que las mujeres presentan el peor desarrollo. (PNUD, 2013).

La economía de la salud

La economía de la salud determina aspectos como la satisfacción de las necesidades bajo el contexto de escasez y de la elección racional. En este punto, se analiza que cualquier individuo elegirá contar con una mejor salud a no tenerla; es decir, las preferencias del consumidor van a ser completas, él siempre podrá escoger la opción que maximice su bienestar.

Cualquier problema relacionado con la salud y su impacto económico es estudiado mediante la economía de la salud, porque se vincula con la asignación de los recursos en el sistema de salud. Analiza como los recursos son utilizados para la satisfacción de las necesidades de la población, donde el objetivo principal de la misma es determinar las condiciones para maximizar el rendimiento de la oferta de servicios y el consumo. (Villacrés Nilda, 2000).

Sin embargo, para el uso óptimo de los recursos por parte del Estado, hay razones por las cuales guiarse en las preferencias de los individuos no resulta del todo confiable. Una de estas razones es que el consumidor prefiere en el mismo grado de importancia, evitar una enfermedad, así como comprar servicios de salud.

Para abordar a la economía de la salud, es necesario identificar a qué se refieren sus servicios, éstos son direccionados al mantenimiento y recuperación de la salud, mediante procesos productivos específicos.

Los servicios de salud son considerados productos intermedios, a través de los cuales se llega al objetivo principal, que es tener un estado integral de bienestar en cada individuo. Por consiguiente, el fin del servicio sanitario debería estar enfocado a la producción de calidad y cantidad de vida. (Arredondo Armando, 1999: 141).

La economía de la salud también usa como herramienta la evaluación de los instrumentos de política para los sistemas sanitarios de salud (Arredondo Armando, 1999: 143-144), con esto se busca identificar las medidas de política que puedan ayudar a mejorar el consumo de bienes y servicios relacionados directa o indirectamente con la salud. Con esta evaluación de los sistemas se pretende conocer la eficacia de uso de instrumentos como: los subsidios, impuestos, controles y regulaciones para la mejora de la calidad de la salud, además de analizar la cantidad y calidad de los servicios que sean producidos por el Estado, respecto al tema de la salud.

En cuanto a la planeación, regulación y supervisión de programas y políticas de salud, se busca un buen direccionamiento de sus servicios, en base a la planificación y experiencia obtenida por la aplicación de políticas y programas previos. (Arredondo Armando, 1999:149).

Para la planeación es necesario el análisis de prospectiva, es decir de los objetivos de equidad y eficiencia que se quiere lograr, la creación de normas que garanticen dicha equidad y eficiencia y la supervisión por medio del control del desempeño de las políticas y programas previamente establecidos. (Arredondo Armando, 1999:149).

Mercado de Salud

El mercado es el medio en el cual se intercambian los bienes y servicios a un determinado precio, es el lugar en el cual interactúan oferentes y demandantes. (Vassallo Carlos, Sellanes Matilde y Freylejer Valeria, 2003:5).

Los precios juegan un papel importante en los mercados, ya que guían la decisión de comprar o vender un determinado bien o servicio; el sistema de precios también es un sistema de asignación de recursos a quienes más los valoran.

En el mercado de la salud participan compradores y vendedores y se produce la fijación de precios de los bienes que intervienen en el proceso de intercambio; el mercado de la salud es considerado imperfecto ya que existe riesgo, incertidumbre, externalidades y asimetría de información.

Los resultados de salud están condicionados a la biología o herencia, al ambiente en el que se vive, por ejemplo las áreas más pobres son generalmente las más insalubres por lo que influyen en el deterioro de las condiciones de la salud. El estilo de vida es otro factor determinante para la producción de salud, donde influyen elementos y conductas adquiridas por cada individuo como son la nutrición, tabaquismo, sedentarismo, etc.

El sistema sanitario donde se encuentran los hospitales, seguros médicos, consultorios, médicos, laboratorios y medicamentos, también influye en la condición de salud de una sociedad, debido a que es el encargado de proveer el servicio que ayudará al tratamiento de enfermedades y al mantenimiento de un nivel de salud óptimo. (Vassallo Carlos, Sellanes Matilde y Freylejer Valeria 2003:4).

Demanda de salud

La demanda de salud es todo lo que requiere un individuo para la satisfacción de una necesidad referente al estado de salud, sea en materia de prevención, control o curación de una enfermedad.

La demanda de salud se define porque las y los consumidores no pueden basarse en sus preferencias totalmente, puesto que no son completamente libres para elegir entre los servicios de salud y otros bienes, por lo que están ligados a la dependencia de los servicios debido a que su necesidad impulsa el consumo más que las preferencias. (Villacrés Nilda, 2000:7).

La demanda de salud está influenciada por factores como son las características demográficas de la población, situación epidemiológica y la oferta pública. Además, también influye la tecnología y la organización del sistema de salud de cada país.

La demanda de la salud se caracteriza porque “el aumento de consumo de cuidados de salud no se acompaña necesariamente de una mejoría en la salud.” (Villacrés Nilda, 2000:9), puesto que las y los consumidores no están plenamente informados, y no pueden buscar al productor que ofrezca precios más bajos y mayores beneficios para su salud.

Así, la demanda se la puede considerar derivada, porque no solo se demanda el servicio en concreto sino también cuidados preventivos, curativos y terapéuticos para mejorar el estado de salud. La

característica de la demanda de salud es que las personas tienen una necesidad inminente, siendo la demanda de una persona sana “elástica”, mientras que la de una persona enferma “inelástica”.

Oferta de salud

La oferta en salud se entiende como los servicios que están disponibles para ser utilizados por la población; en salud el precio no solo tiene una connotación monetaria sino también emocional.

La oferta en salud debe estar enfocada a una mejora en los resultados, como pueden ser síntomas aminorados, recuperaciones, años de vida alargados, es decir una mejor calidad de vida en relación a los costos asociados con los mismos, lo que necesita indiscutiblemente una mejora en la eficiencia de la utilización de recursos, ayudándose con mecanismos como la capacitación y actualización constante, tanto de profesionales de la salud como de los recursos usados para los mismos y su gestión. (Villacrés Nilda, 2000).

Así mismo, el estado de salud de la población depende de la oferta de servicios influenciados por la tecnología, recursos materiales, humanos e institucionales, despreocupándose de las características psicológicas, sociales y culturales del paciente o demandante del servicio.

Está en discusión si los servicios de salud están en función de las necesidades del oferente, más que en los requerimientos de los demandantes.

Política y eficiencia

La salud pública como se la ha manejado hasta ahora, ha estado limitada al tratamiento de la enfermedad y a la prevención en los grupos de mayor riesgo de la población, dejando de lado la identificación de las verdaderas causas de las enfermedades y las variables que afectan al estado de salud como son determinantes socioeconómicas, medioambientales y educativas.

Los sistemas sanitarios se enfrentan a problemas como por ejemplo el continuo aumento de la demanda, el envejecimiento de la población, escasez de recursos humanos, tecnológicos e institucionales, el uso intensivo de nuevas tecnologías, la rigidez del sector público y las ineficiencias del mercado.

Asimismo, si se habla de la intervención del sector público en la salud, se encuentran como desventajas la escasa eficiencia y definición de prioridades del mismo, mientras que las ventajas son la equidad y una cobertura universal, donde las decisiones políticas son las que determinan qué servicios se presta dimensionando la oferta. (Del Llano Juan, 2010).

El Estado debe asignar recursos tomando en cuenta criterios como “igual gasto per cápita entre regiones, proporcionalidad en la cobertura de la necesidad de salud, en la mejora del estado de salud y en la capacidad de conseguir beneficio (outcome).” (Del Llano Juan, 2010:23-24).

La política sanitaria debe estar enfocada a la justicia distributiva maximizando la salud de toda la población y reduciendo las desigualdades, de igual forma debe estar orientada a la atención de calidad, entendida como el resultado, es decir el cambio positivo a la condición de salud a través de los sistemas y servicios de salud. (Paganini José María, 2000:4).

Dicho resultado también debe estar medido en términos de la satisfacción del usuario, para obtener este conocimiento es necesario saber la forma y eficiencia con la cual se están manejando los sistemas y servicios de salud de un país. (Paganini José María, 2000:7-8).

Por lo que la intervención estatal por medio de la política pública, debe estar encaminada a mejorar la calidad de la prestación de servicios y del conocimiento económico y social que se tenga para ejercer un mejor control sobre el uso de recursos materiales y humanos, y también para el uso de recursos tecnológicos.

Para la mejora en cuanto a la calidad de atención se refiere, José María Paganini (2000:8-9) menciona cuatro estrategias en las cuales se relacionan los procesos orientados hacia la calidad y los resultados obtenidos.

Dichas estrategias están encaminadas a procesos de capacitación, autoevaluación, participación y gestión estratégica con los cuales se pretende no solo mejorar la calidad de atención sino también la eficiencia en el servicio y sistemas de salud. (Paganini José María, 2000:8-9).

La principal consecuencia de la ineficiencia del gasto público es el impacto de cada unidad gastada, es decir que se esté desperdiciando recursos; una medida de la efectividad de los programas sociales es el porcentaje de los recursos asignados que llega a los beneficiarios finales.

La efectividad de la política pública podría llegar a potencializarse si la misma se elabora en base a una visión integral, de manera que se enlace no solo una necesidad sino que esta sea causa y consecuencia de otras políticas, por ejemplo el hecho de que un niño visite al médico se vincula con la decisión de que el niño vaya a la escuela, por lo que gozar de una buena salud mejora las condiciones cognitivas de los individuos y por consecuencia el rendimiento escolar.

El hecho de que se trabaje conjuntamente en áreas como la salud y la educación produce beneficios en las mismas poblaciones objetivo, porque se generan mejoras en cuanto a la administración de manera vinculada como es la identificación de los beneficiarios, seguimiento y priorización de transferencias, coordinación de espacios físicos y calendarios, lo que puede crear ahorros significativos y producir un mejor alcance de la política.

En el tema relacionado a la prevención, como es la prevención del embarazo adolescente, tanto la salud como la educación van de la mano, ya que para prevenir es necesario poner a conocimiento toda la información necesaria para que los y las adolescentes tomen las mejores decisiones.

La integridad es fundamental para la efectividad de la intervención estatal, para lo cual es necesario que se cuente con un correcto sistema de planificación y evaluación, para que de esta forma se pueda tener una dimensión de las acciones que se están realizando y de la efectividad de las mismas.

Planificación³

La planificación de la salud se refiere a la modificación para el mejoramiento de los determinantes de la salud, es importante el conocimiento en cuanto a la planificación para la evaluación de las políticas implementadas.

Los programas de salud son un conjunto de actividades y servicios ofertados con los recursos disponibles para alcanzar los objetivos previamente establecidos, también incluyen actividades destinadas a realizar el plan o proyecto.

Para realizar un programa de salud es necesario un diagnóstico de la situación y principales necesidades tomando en cuenta las siguientes acciones (Gómez I, Aibar R y Rabanaque MJ ,2002):

- Estimación de los recursos disponibles para llevar a cabo los objetivos propuestos.
- Priorizar.
- Determinar las actividades y metodología a utilizar.
- Encontrar los recursos que serán destinados.
- Criterios de evaluación de los programas establecidos.
- Implementación.
- Evaluación.

Dentro de esto, se identifican los problemas y necesidades de salud por medio del análisis de indicadores de salud, encuestas, o búsqueda de consenso como pueden ser los foros comunitarios.

Para la selección de prioridades es necesario tomar en cuenta los criterios de eficacia en cuanto a los resultados, la efectividad en las condiciones reales, eficiencia respecto a lograr los objetivos propuestos al menor costo posible y equidad que es la atención igualitaria para necesidades similares.

La valoración del programa tiene varias fases que son la evaluación de proceso donde se valora el alcance del programa, satisfacción de los participantes, cumplimiento de actividades.

Para que un programa sea evaluable debe haber concordancia entre las actividades definidas y las metas del programa, se debe ejecutar correctamente los criterios sobre qué evaluar y qué medirse.

En la evaluación como tal del programa, se valora el impacto y los resultados del mismo; con el impacto se evalúa los efectos inmediatos y con los resultados se enfoca a los efectos a largo plazo.

Los efectos se miden por medio de métodos cuantitativos y cualitativos, sean encuestas o entrevistas respectivamente y los resultados del programa se valoran con criterios de eficacia, efectividad y eficiencia.

³ Gómez I, Aibar R y Rabanaque MJ (2002) *La planificación en salud pública*.

Evaluación Económica

La evaluación económica surge de la necesidad de administrar correctamente los recursos escasos para resolver el problema económico, por lo que la EE sirve para la toma de decisiones en la formulación de políticas sanitarias y consecuentemente, brindar la información necesaria para lo mismo. (Osteba, 1999: 6).

Para que la EE sea efectiva se debe tomar en cuenta las alternativas que se posee y una opción aceptada para esto es la de no hacer nada, por lo que al decidir sobre los recursos es necesario que se tome en cuenta el costo de oportunidad de los mismos.

Con la EE se busca seleccionar entre las opciones, a aquellas que maximicen el bienestar social, cuando se hayan deducido previamente los costos de oportunidad de cada opción previamente evaluada. (Osteba, 1999:20).

Lo que hace la EE es la comparación entre los recursos empleados y los resultados de cada opción basándose en la eficiencia.

Análisis de costos

Para el análisis de los costos se debe tener presente su identificación teniendo los siguientes tipos (Osteba, 1999):

- Costos directos: costos de los recursos sanitarios, tiempo por paciente, recursos sustitutivos o complementarios.
- Costos indirectos: aquellos costos que no son asociados directamente con el procedimiento médico sino con las consecuencias del mismo.

Análisis costo beneficio

En el análisis costo beneficio se puede comparar proyectos o programas socialmente más beneficiosos, por lo que gran parte de los parámetros tomados en cuenta en el sector de la salud vienen vinculados a los costos derivados, que son aquellos que se producen como efecto; por ejemplo cuando se tiene una enfermedad no solo se produce el costo neto de curar dicha enfermedad, sino también se incurre en el costo del tiempo perdido en la consulta médica, el costo en la disminución de la productividad y el costo del contagio a otras personas. (Osteba, 1999:49).

Los beneficios de los programas de salud pueden ser evidentes mediante las unidades naturales, tasa o indicadores, según el objetivo que tenga dicho programa. Un ejemplo de esto relacionado con el embarazo adolescente, es el índice de fecundidad, el número de adolescentes embarazadas, conocimiento de métodos anticonceptivos, número de consultas médicas en un determinado periodo de tiempo.

La desventaja del análisis costo beneficio es el criterio que se use para la asignación de un valor monetario a la calidad y cantidad de vida, y dar un valor monetario a los beneficios de la salud.

Para el sector sanitario la evaluación de costos lleva consigo el ahorro que se obtiene por un buen tratamiento, o sistema de prevención relacionado económicamente con la pérdida de productividad; sin embargo, la complejidad de este análisis se encuentra en la dificultad de dar un valor monetario a los beneficios, como la calidad de vida o los años ganados atribuidos a poseer una buena salud.

El análisis del costo beneficio social es útil cuando los precios de mercado no reflejan los costo y beneficios sociales. (Stiglitz Joseph, 2002: 316).

Para el costeo estimado de la atención a adolescentes embarazadas, en la presente disertación se estimó en primera instancia el número de adolescentes que dieron a luz en el 2010, junto con el número de abortos que se produjeron en el mismo año para obtener el total de adolescentes embarazadas. Posteriormente, con la ayuda del Tarifario Oficial del Ministerio de Salud Pública se obtuvieron los valores monetarios de la atención a adolescentes embarazadas tomando en cuenta los dos primeros niveles de complejidad (UVR) y los dos primeros niveles de atención. Una vez obtenidos los valores monetarios como se explica más profundamente en el anexo B, se procedió a transformar los valores obtenidos del 2011 al 2010 con la ayuda de la siguiente ecuación:

$$V_0 = V_f / (1+r)^n$$

Donde V_0 es el valor inicial (precio 2010); V_f es el valor final (precio 2011); r es la inflación anual a diciembre 2011 y n es el periodo es decir 1 año. La inflación tomada en cuenta para este cálculo es del 5,41%⁴.

De esta forma los resultados obtenidos en cuanto a la atención de adolescentes embarazadas son comparables con el monto destinado a la prevención en el año 2010.

Para poder tratar al embarazo adolescente como un problema de salud pública, es necesario el soporte brindado por el marco teórico previamente desarrollado.

Como se ha mencionado, la salud se convierte en un bien de consumo imprescindible, por lo que es importante tomar en cuenta criterios en cuanto a prevención, asignación de recursos y a las acciones que puede realizar el Estado para generar un correcto funcionamiento del sistema de salud, para así producir una mejora en la salud de la sociedad en general, y en particular de los y las adolescentes, reflexionando que una disminución de la misma tiene consecuencias tanto a nivel personal como a nivel social, como es la caída de la productividad y el incremento del gasto público en el tratamiento de la enfermedad.

El embarazo adolescente es considerado como un problema de salud pública por los efectos que tiene no solo en las madres sino también en el medio que las rodea, por lo que para poder analizar las consecuencias y las acciones que se pueden realizar para una mejora en la prevención de dicho tema, es necesario tener conocimiento sobre la salud en la rama de la economía.

⁴ Banco Central del Ecuador; http://www.bce.fin.ec/resumen_ticker.php?ticker_value=inflacion

El embarazo adolescente

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a las y los adolescentes como el grupo poblacional ubicado entre los 10 a los 19 años de edad. Es una fase en la cual aparecen importantes cambios a nivel biológico, físico y psicológico, por lo que el entorno en el cual se desenvuelven los y las adolescentes es de suma importancia en la calidad de vida de los mismos.

Por otro lado, el embarazo adolescente es aquel periodo de gestación que se produce durante este lapso de edad; según estudios de la OMS (UNPFA,2007:4) alrededor de 16 millones de adolescentes entre los 15 y 19 años de edad dan a luz cada año, lo que equivale al 11% de los nacimientos registrados del mundo.

En tal sentido es importante abordar esta problemática por el impacto que tiene en la vida de las sociedades a nivel económico, social y cultural; por ello, a continuación se pone a consideración la reflexión sobre la situación del embarazo en la adolescencia en Ecuador, profundizando en el impacto individual y familiar de cada adolescente que vive esta experiencia, la causa y el efecto en las condiciones socioeconómicas y la influencia que tiene el acceso a servicios e información de calidad y educación.

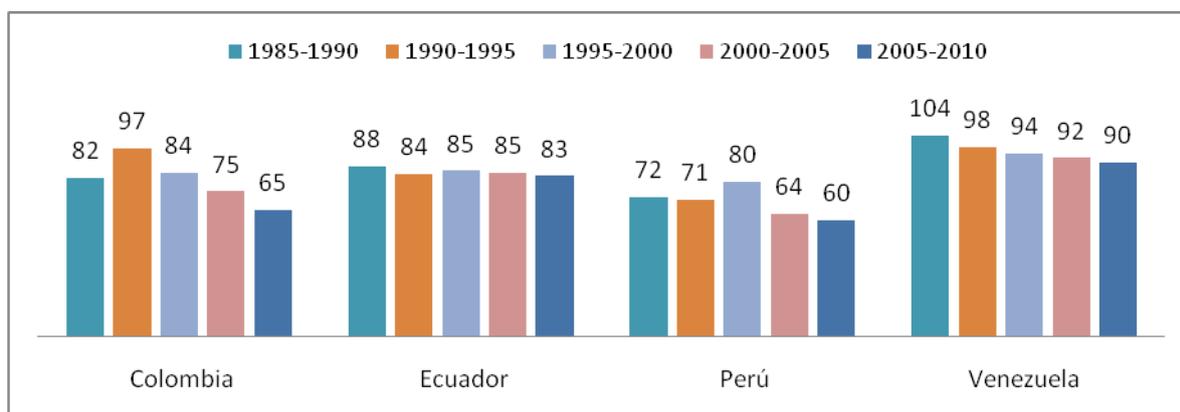
El embarazo adolescente en la región andina

El embarazo y por consiguiente la maternidad adolescente son problemas que no solo afectan al Ecuador, sino también a los países con características similares, siendo un determinante de los países en vías de desarrollo.

Según estudios del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), en la tasa de fecundidad en la adolescencia⁵ (véase el gráfico N°1) desde 1985 hasta el 2010, se observa que Colombia es el país que ha presentado la disminución más significativa (20,10%), junto con Perú (16,39%) y Ecuador ha mantenido una tasa de fecundidad adolescente relativamente constante presentando una disminución del 5,48%, a pesar de los cambios sociales y económicos que ha sufrido el país, por lo que los y las adolescentes no han presentado un cambio significativo en su conducta reproductiva, lo que demuestra el poco impacto que han tenido iniciativas privadas y públicas para la prevención del embarazo adolescente.

⁵ Nacimientos de madres de 15 a 19 años de edad por cada mil mujeres de 15 a 19 años de edad en la población.
<http://celade.cepal.org/cgibin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=ELCAIRO&MAIN=WebServerMain.inl>

Gráfico N° 1
Tasa de Fecundidad Adolescente

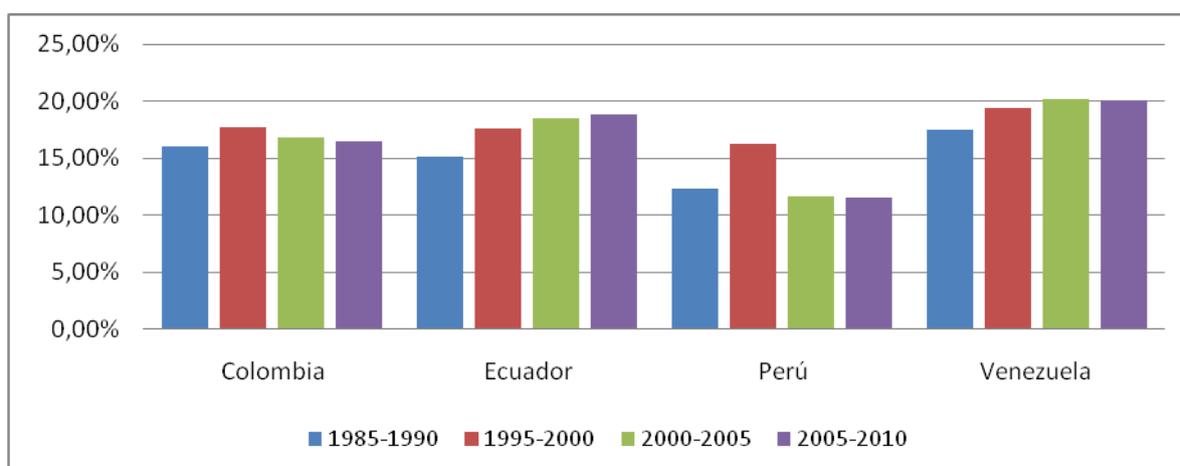


Fuente: CELADE.
Elaboración: Carla Valdivieso.

En el Ecuador las adolescentes siguen presentando cifras altas de fecundidad, lo que se evidencia en el aumento del porcentaje de nacimiento de hijos e hijas de madres adolescentes (véase el gráfico N°2). En el último período Ecuador registra el segundo porcentaje más alto de nacimientos de hijos e hijas de madres adolescentes (18,88%), superado únicamente por Venezuela (20,07%). Colombia por otro lado, presenta un comportamiento más o menos estable con respecto al porcentaje de nacimientos de hijos e hijas de madres adolescentes, siendo la variación del mismo de 2,57% desde 1985 hasta el 2010.

A diferencia de los tres países mencionados, Perú es el único que presenta una disminución del porcentaje de nacimientos de hijos e hijas de madres adolescentes de casi el 6% en los últimos 25 años.

Gráfico N: 2
Nacimientos de hijos e hijas de madres adolescentes



Fuente: CELADE.
Elaboración: Carla Valdivieso.

Las cifras presentadas a nivel de los países andinos ponen en evidencia la preocupante situación para el caso ecuatoriano, tanto de la fecundidad adolescente, como de los nacimientos de hijos e hijas de madres adolescentes, problemática que incide tanto en el Estado, como en la sociedad en general y sobre todo en la vida de los y las adolescentes.

El embarazo adolescente en Ecuador: la situación en el país en el 2010

Al 2010 la población del Ecuador alcanzó 14'483.499 de habitantes, de los cuales el 7,0% es población indígena, el 7,9% afroecuatoriana y el 78,9% mestiza; de la población total el 62,8% habita en las zonas urbanas y el 37,2% en las zonas rurales. Del total de la población el 23,4% tiene necesidades básicas insatisfechas; a nivel de estudios el 38,4% ha alcanzado instrucción primaria, el 30,5% instrucción secundaria y el 21,5% tiene título de tercer grado o superior. (MSP, 2010: 1-2).

Es decir, el Ecuador está caracterizado por tener una población urbana y mestiza en su mayoría, con un porcentaje significativo de población con necesidades básicas insatisfechas y un porcentaje importante de la población que no culmina los estudios de tercer nivel (68,9%). En este contexto, la falta de acceso a servicios de educación y salud⁶ es una característica visible y una problemática substancial en la población general, que se vuelve aún más seria para grupos vulnerables como son los y las adolescentes, ya que desencadenan en consecuencias como un embarazo no deseado.

En relación a la población adolescente, que es de interés de este estudio, se observa según el Censo del 2010, que este segmento de la población ascendió a 2'958.879 personas. El 52% de ésta corresponde a adolescentes entre 10 a 14 años y el 48% son los y las adolescentes comprendidos en las edades de 15 a 19 años. Del total de adolescentes del país, el 51% son hombres y 49% son mujeres.

En el Ecuador para el 2010, se registraron 48.475 nacimientos de hijos e hijas de madres adolescentes, que se dieron en su mayoría en mujeres entre los 16 y 19 años de edad; el 9,8% fueron nacimientos provenientes de adolescentes de edades entre 12 y 15 años (véase la tabla N°1). La probabilidad de tener un hijo o hija en la adolescencia se incrementa a partir de los 15 años, el mayor porcentaje en el 2010 de adolescentes que dieron a luz se presentó a la edad de 18 años (27,5%), seguido por aquellas que tuvieron su primer hijo o hija a los 19 años (27,1%), aunque la adolescente se encuentra en un nivel superior de madurez sigue siendo un problema que genera repercusiones en la calidad de vida.

⁶Sólo al 2010, según el Censo Nacional existieron 246.034 personas a nivel urbano sin ningún nivel de instrucción y 408.648 personas a nivel rural que no han alcanzado ningún tipo de instrucción. Por otro lado, solo 1'753.498 personas llegaron a culminar el tercer nivel de estudio de un total de 13'021.222 personas.

Según la Organización Mundial de la Salud, al 2010 la esperanza de vida en el país fue de 75 años mientras que a nivel regional fue de 76 años. La tasa de mortalidad de menores de 5 años (de cada 1.000 nacimientos) fue de 20 en el país y de 18 a nivel regional. En cambio, la tasa de mortalidad de los adultos fue de 135 en el país y 125 a nivel regional. La tasa de mortalidad materna por cada 100 000 nacimientos fue de 110 en el país y 63 en la región.

Tabla N°1
Nacimientos de hijos (as) de adolescentes por edad en el 2010

Edad	# de nacimientos de hijos/hijas de adolescentes	Porcentaje
12	53	0,1
13	244	0,5
14	1134	2,3
15	3349	6,9
16	6739	13,9
17	10526	21,7
18	13312	27,5
19	13118	27,1
Total	48475	100,0

Fuente: INEC. VII Censo de Población y Vivienda 2010.

Elaboración: Carla Valdivieso.

De las adolescentes que estaban embarazadas y tuvieron su último hijo o hija en el 2010, el 78,7% declaró que tiene un hijo o hija que se encuentran vivos actualmente; mientras que el 18,4% dijo que ha tenido hasta 2 hijos o hijas vivos en toda su vida, de los mismos el 17,8% se encuentran vivos actualmente.

El embarazo adolescente no solo tiene repercusiones socioeconómicas, sino también es importante señalar que muchos de los embarazos no terminan en nacimientos, sino en abortos. Para el año 2010 el número de abortos en adolescentes según las cifras proporcionadas por el INEC⁷ del fue de 2.802 casos, de los cuales 354 fueron producto de un aborto espontáneo, 294 de un aborto médico, 20 de otro tipo de aborto y lo que es más preocupante 2.123 fueron casos no especificados, lo que deja suponer que la gran mayoría de abortos que se dan en las adolescentes son practicados en lugares clandestinos, lo que pone en peligro la vida de la adolescente.

Para el 2010 el embarazo adolescente se encontró entre las principales causas de muerte en mujeres entre 10 y 19 años, de donde el 27,5% se produjo por parto espontáneo, 18,7% por otras complicaciones del embarazo, 9,4% por otra atención materna relacionada con el feto, y el 5,4% de las muertes se debió a un embarazo terminado en aborto; es decir que según las cifras proporcionadas por el INEC basadas en el anuario de estadísticas hospitalarias, el 61% de las muertes en adolescentes tuvo relación con el embarazo. Esto ratifica la importancia y la preocupación no solo en cuanto a la carga económica que representa un embarazo adolescente, sino también el impacto humano, social y de la calidad de servicios que se está ofertando en el país.

⁷ Anuario estadístico de Egresos Hospitalarios 2010.

A continuación se prioriza el análisis de tres aspectos que evidencian los impactos más significativos.

Aspectos individuales y familiares

Los aspectos individuales que caracterizan a cada adolescente se convierten en factores determinantes de la probabilidad de que se dé un embarazo; las condiciones psicológicas, emocionales y biológicas tienen gran impacto en la conducta reproductiva de los y las adolescentes.

Entre las causas biológicas podemos encontrar la presencia de la menstruación a edades muy tempranas, lo que da paso a una madurez reproductiva precoz e iniciación temprana de las relaciones sexuales. En el tema de la salud las consecuencias biológicas de un embarazo en la adolescencia, son la mayor probabilidad de morbi mortalidad para las madres y para los hijos e hijas y complicaciones obstétricas. (Secretaría de Salud México, 2002).

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2007:8-9) estima que la probabilidad de que una adolescente embarazada muera por complicaciones en el embarazo o en el parto, es dos veces mayor a la de una mujer que se encuentre entre los 20 y 30 años; mientras menor es la edad mayor son los riesgos de mortalidad materna o infantil. Otras consecuencias y riesgos para la salud son la preclampsia, eclampsia, anemia, infecciones y aborto sea inducido o por motivos naturales.

“En Ecuador el 10% de las mujeres entre los 15 y 24 años que tuvieron un embarazo antes de los 15 años, expresaron que este terminó en aborto.”(MSP, 2007:6).

En cuanto a las consecuencias psicológicas del embarazo adolescente se encuentran el desequilibrio emocional, depresión, angustia, somatizaciones y en ocasiones suicidio. (Secretaría de Salud México, 2002:35).

La situación que viven las madres adolescentes se ve ligada a quebrantos emocionales, en los cuales se genera gran dependencia hacia la fuente de apoyo que obtuvo durante el embarazo; la posibilidad de caer o continuar en la pobreza es aún mayor, al igual que el abandono de los estudios, propensión a recibir bajos salarios y separación de la pareja.

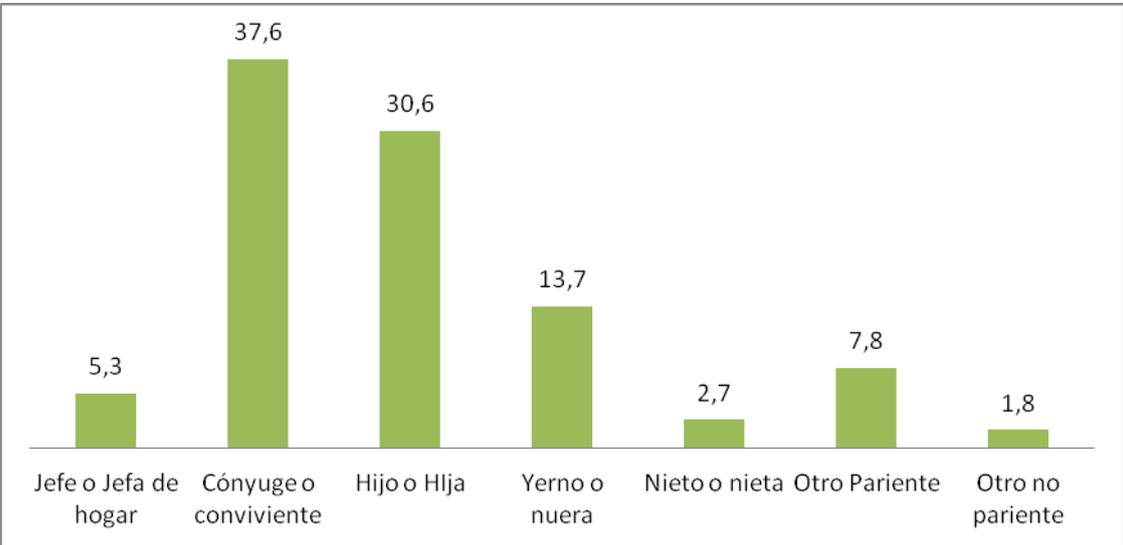
Los hijos e hijas de madres adolescentes son más expuestos a sufrir trastornos emocionales, carencias económicas, afectivas y educativas, tienden a ser desatendidos, sufrir de abandono y maltrato infantil. (Secretaría de Salud México, 2002).

Otra causa para incrementar las posibilidades de un embarazo adolescente se vincula con el pensamiento “mágico” de los y las adolescentes, de creer que un embarazo no se producirá porque no se lo desea o por tener falsas creencias de esterilidad. (Secretaría de Salud México, 2002).

En el país las adolescentes que creen que no pueden quedarse embarazadas durante la primera relación sexual tienen entre 2 y 2,5 veces más probabilidades de embarazarse que aquellas que piensan lo contrario. (González Rozada Martín, 2010:6).

Las adolescentes ecuatorianas que son madres posiblemente viven en relación de dependencia, lo cual limita sus oportunidades de desarrollo y puede ser la causa y la consecuencia de violencia intrafamiliar. El embarazo adolescente representa una carga para el Estado y para los núcleos de la sociedad, según cifras proporcionadas por el INEC del VII Censo de Población y Vivienda, el 57,1% de las adolescentes que estuvieron embarazadas al 2010 no son jefas de hogar o no viven con el cónyuge o conviviente, dentro de este porcentaje se encuentran aquellas adolescentes cuya relación con el o la jefa del hogar es de hija, nuera, nieta, otro pariente o no pariente, empleada doméstica, miembro de un hogar colectivo o es una adolescente sin vivienda. Se estima que solo el 5,3% de las adolescentes se hace cargo del hogar particularmente y el 37,6% comparten la responsabilidad con su pareja (véase el gráfico N°3).

Gráfico N°3
Parentesco con el jefe(a) de hogar (%)



Fuente: INEC. VII Censo de Población y Vivienda 2010.
Elaboración: Carla Valdivieso.

La relación familiar y social en la adolescencia como en todos los periodos de la vida, influye en el desenvolvimiento y conducta de los individuos, es por tal razón que una buena relación con la familia ayuda a bajar el riesgo del embarazo adolescente, debido a que en la mayoría de los casos se crea un entorno de confianza en el cual los y las adolescentes pueden satisfacer sus dudas con respecto a la sexualidad y sentir el apoyo de los padres durante esta etapa.

La posibilidad de que se presente un embarazo adolescente es mayor para aquellas mujeres que provienen de familias en conflicto o uniparentales, situación que provoca la búsqueda de protección y creación de vínculos afectivos fuera de la familia e incentiva a la iniciación temprana de las relaciones sexuales.

En un estudio realizado en la ciudad de Lima, Perú (CIDE, 2006:27) se estableció que el nivel educativo de los padres y de las madres es un factor influyente. Si los padres y las madres poseen mayores años de estudio, menor es la posibilidad de tener una hija embarazada; también se observó

que la mayoría de las jóvenes que se encontraban embarazadas provinieron de hogares donde las y los jefes de familia eran más jóvenes; así mismo incide el inicio de la convivencia temprana con otra persona.

Además, tiene influencia significativa el tamaño de la familia; es decir, la cantidad de hijos e hijas que tiene la madre impacta en el comportamiento reproductivo de las hijas e hijos. El embarazo adolescente muchas veces se produce con más frecuencia en jóvenes que provienen de familias grandes.

El embarazo precoz también se relaciona con la violencia de género, dicho embarazo incrementa en 1,5 y 1,66 veces la probabilidad de ser abusada física o psicológicamente; paralelamente aquella niña que ha sufrido de violencia familiar hasta los 15 años incrementa en 1,13 veces la probabilidad de quedarse embarazada según estimaciones basadas en la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil ENDEMAIN realizada en el país en el año 2004. (González Rozada Martín, 2010: 9⁸).

A su vez, las condiciones socioeconómicas y valores impartidos en el hogar afectan a las decisiones de los y las jóvenes, donde la comunicación con las madres y los padres, el sentir apoyo constante de los mismos y la práctica de valores disminuye las probabilidades de que se presente un embarazo adolescente en la familia. (Llerena Pinto Freddy Paul, 2012:4).

Los efectos del embarazo adolescente una vez asumidos correctamente tanto por la madre como por la familia, empiezan a disminuir conforme pasa el tiempo y se crea mayor estabilidad, esto también relacionado con el número de hijos e hijas que se tiene posterior al primer embarazo.

Condiciones Socioeconómicas

Las condiciones sociales y económicas de los y las adolescentes como son la etnia, el área de residencia, la pobreza y la inserción en el mercado laboral son factores que tienen un impacto importante en el comportamiento de los y las adolescentes, que incrementan la posibilidad de tener un embarazo.

En el país en el 2010, según datos obtenidos del INEC del VII Censo de Población y Vivienda, el 55,6% de las adolescentes que estaban embarazadas y que dieron a luz durante dicho año, vivían en el área urbana y el 44,4% en el área rural. Las provincias donde se registraron los mayores porcentajes de nacimientos de hijos e hijas de madres adolescentes fueron Guayas (25,1%), Pichincha (12,6%) y Manabí (10,8%), lo que representa casi el 50% del total (véase la tabla N°2).

⁸ Estudio econométrico basado en la ENDEMAIN 2004, "Determinantes y potenciales consecuencias del embarazo adolescente en Ecuador."

Tabla N°2
Nacimientos de hijos (as) de madres adolescentes por provincia en el 2010

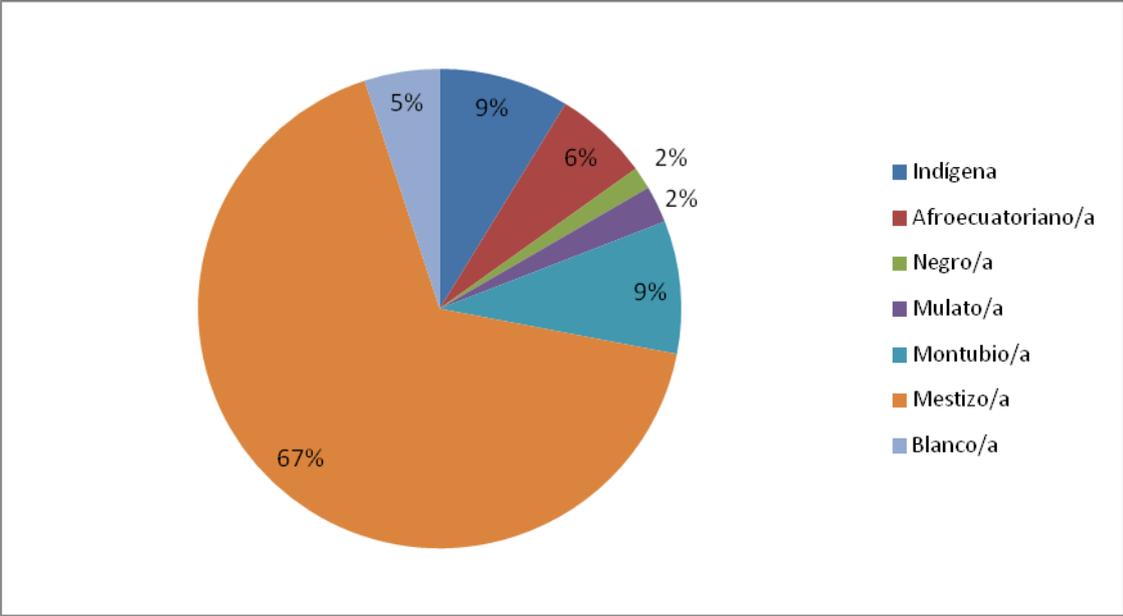
Provincia	# de nacimientos de hijos(as) de adolescentes	Porcentaje
Azuay	2033	4,2
Bolívar	561	1,2
Cañar	889	1,8
Carchi	492	1,0
Cotopaxi	1236	2,5
Chimborazo	1200	2,5
El Oro	2036	4,2
Esmeraldas	2650	5,5
Guayas	12162	25,1
Imbabura	1065	2,2
Loja	1285	2,7
Los Ríos	3663	7,6
Manabí	5232	10,8
Morona Santiago	927	1,9
Napo	401	0,8
Pastaza	386	0,8
Pichincha	6130	12,6
Tungurahua	1196	2,5
Zamora Chinchipe	468	1,0
Galápagos	44	0,1
Sucumbíos	809	1,7
Orellana	742	1,5
Santo Domingo de los Tsáchilas	1450	3,0
Santa Elena	1273	2,6
Zonas No Delimitadas	145	0,3
Total	48475	100,0

Fuente: INEC. VII Censo de Población y Vivienda 2010.

Elaboración: Carla Valdivieso.

Al 2010 el 67% de las adolescentes que estaban embarazadas y dieron a luz se autoidentificaron como mestizas, seguido por aquellas que se autoidentificaron montubias (9%) e indígenas (9%) (véase el gráfico N°4).

Gráfico N°4
Grupo étnico de las adolescentes embarazadas



Fuente: INEC. VII Censo de Población y Vivienda 2010.
Elaboración: Carla Valdivieso.

De cada 100 adolescentes autoidentificadas como mestizas, el 37% no quería tener un hijo o hija o hubiera preferido esperar más tiempo para tenerlo, es decir el hijo o hija no fue deseado. En cambio dicho porcentaje es de 46% para las adolescentes autoidentificadas como blancas y 27% para las indígenas. (Llerena Pinto Freddy Paul, 2012:11).

Los datos señalados evidencian la influencia cultural en cuanto a la conducta reproductiva en las adolescentes; en efecto, de cada 100 adolescentes autoidentificadas como indígenas, el 73% tuvo un embarazo deseado. Se puede considerar por tanto que la formulación de políticas públicas además de tener un enfoque etario, también debe tomar en cuenta la cultura y las costumbres de cada grupo poblacional, porque en algunos casos como el de la etnia indígena un embarazo en la adolescencia no es solo deseado sino que también es aceptado.

La pobreza entendida como la carencia de bienes, servicios e ingresos, es una de las principales causas para que se produzca un embarazo adolescente, debido a que las jóvenes que se encuentran en esta circunstancia presentan una mayor vulnerabilidad.

La condición económica es un determinante del número de hijos e hijas que las mujeres tienen y del deseo de los mismos; en el país las mujeres más pobres tienen y desean más hijos que aquellas que

se encuentran en el quintil más rico.

En Ecuador existe una clara relación entre la iniciación sexual temprana y el nivel socioeconómico; según datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN 2004) el 30% de las adolescentes de los niveles socioeconómicos más bajos, tuvieron su primera relación sexual a los 16 años o antes, mientras que el 19% de las adolescentes de nivel socioeconómico medio inició su vida sexual antes o a los 16 años y el porcentaje para el nivel socioeconómico alto fue del 12%. (González Rozada Martín, 2010: 4).

En el país se aprecia que las mujeres más pobres tienen alrededor de 5 hijos o hijas de los cuales 2 no fueron deseados, es decir 60% fueron deseados; por otro lado en el quintil más rico de la población las mujeres tienen en promedio 1,9 hijos o hijas de los cuales el 68% fueron deseados. (Llerena Pinto Freddy Paul, 2012: 23).

Resulta evidente por lo tanto que se debe dar prioridad a los quintiles más bajos en la elaboración de la política pública y en la inversión social, para la prevención del embarazo adolescente. Los y las adolescentes que se encuentran en condición de vulnerabilidad también se ven afectados en su mayoría por la falta de acceso a servicios de salud y educación, generando una disminución de la calidad de fuerza laboral por lo que los ingresos son bajos, incrementando el círculo de pobreza.

Otro aspecto importante que afecta la calidad de vida de las adolescentes embarazadas es la inserción laboral. La maternidad crea un costo de oportunidad para las adolescentes, donde las decisiones entre trabajar, criar a los hijos e hijas y estudiar toman diferentes prioridades.

Dichas consecuencias se evidencian en varios análisis realizados en países con características similares al Ecuador. Por ejemplo un estudio realizado en Lima, Perú (CIDE, 2006:27) sobre un grupo de 15 madres adolescentes demostró los efectos negativos que tienen el embarazo y maternidad adolescente sobre las formación y acumulación de capital humano y las posibilidades de acceder a mejores empleos; a su vez, en dicho estudio se determina la relación directa entre el apoyo que recibe la adolescente y la posición socioeconómica de la familia.

Además de la dificultad que se presenta para acceder a mejores trabajos, el embarazo adolescente también se relaciona con menores salarios o carencia de condiciones laborales adecuadas, e influye en la adquisición de capacidades debido a que incrementa el costo de oportunidad de la educación en primera instancia, seguido por un incremento del costo de oportunidad del trabajo en relación con el cuidado de los hijos e hijas. La necesidad de recibir ingresos y por ende las condiciones laborales a las que se somete una madre adolescente, depende mucho de la situación económica, porque para madres pobres dejar de trabajar no se convierte en una opción.

La dependencia es mayor hacia la ayuda estatal por parte de las madres adolescentes, mientras es más temprana la maternidad y mientras los ingresos percibidos a lo largo de la vida son más bajos.

En este contexto, la pobreza y la inserción al mercado laboral y por ende los niveles de ingresos percibidos están ligados al conocimiento y uso de información y educación que tengan los y las adolescentes.

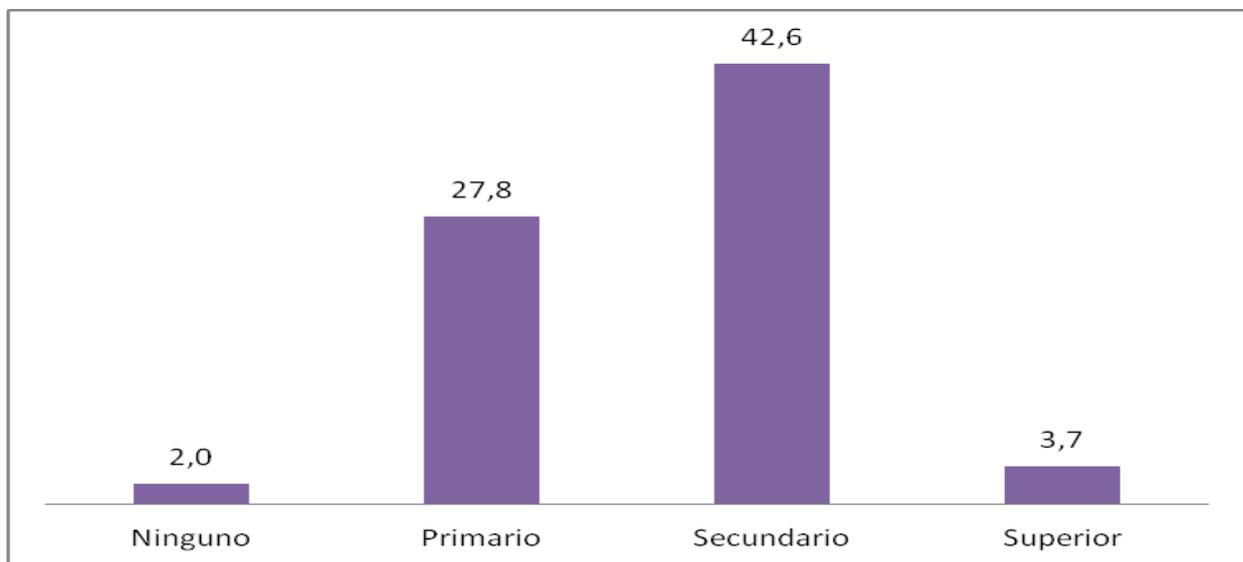
Acceso a información de calidad, educación y anticoncepción

La información y educación que reciban los y las adolescentes influyen en la probabilidad de que se produzca un embarazo en este periodo. Las adolescentes que han recibido información sobre embarazo y parto, tienen entre el 42 y el 45% menos de probabilidad de quedar embarazadas que las adolescentes que no han recibido información. (González Rozada Martín, 2010:13).

El acceso que las adolescentes tienen a información de calidad también se encuentra relacionado con el nivel de educación, porque la educación se considera un blindaje para la prevención del embarazo adolescente. La adolescente que culmina la educación primaria tiene entre 6,3 y 12,9 veces más probabilidades de quedar embarazada que una adolescente que ha culminado el tercer nivel de estudio. Una adolescente analfabeta tiene 9,4 más probabilidades de quedarse embarazada que una que tenga educación superior. (González Rozada Martín, 2010:5).

Esta tendencia se confirma según los datos del último censo, en Ecuador la mayor parte de las adolescentes que estuvieron embarazadas durante el 2010 tenían nivel secundario (42,6%), seguidas por las adolescentes con nivel primario (27,8%), que contrasta con el caso de las adolescentes que tenían nivel superior (3,7%) (véase el gráfico N°5).

Gráfico N°5
Nivel de instrucción más alto que alcanzaron las adolescentes embarazadas



Fuente: INEC. VII Censo de Población y Vivienda 2010.
Elaboración: Carla Valdivieso.

Se ha evidenciado que existe una estrecha relación entre la educación y la fecundidad de la mujer, que se expresa en términos económicos, por el tiempo que las mujeres invierten en actividades laborales; es decir mientras mayor sea la educación, mayor es el tiempo que invierten en alcanzar mejores trabajos y más remunerados, por lo que se presenta un incremento en el costo de oportunidad de la crianza de los hijos e hijas. (Llerena Pinto Freddy Paul, 2012:24).

La posibilidad de permanecer en la educación cuando se es madre adolescente depende del apoyo que recibe esa persona por parte de la familia y de la capacidad económica. (Chetty Rajendra y Chigona Agnes, 2008: 267).

Las adolescentes en gestación no solo sufren presión por parte de los padres al regresar a la escuela, sino también del profesorado y del alumnado, sin tomar en cuenta los problemas que acarrea la falta de una relación estable para enfrentar tanto el embarazo como la maternidad adolescente. (Chetty Rajendra y Chigona Agnes, 2008: 267-269).

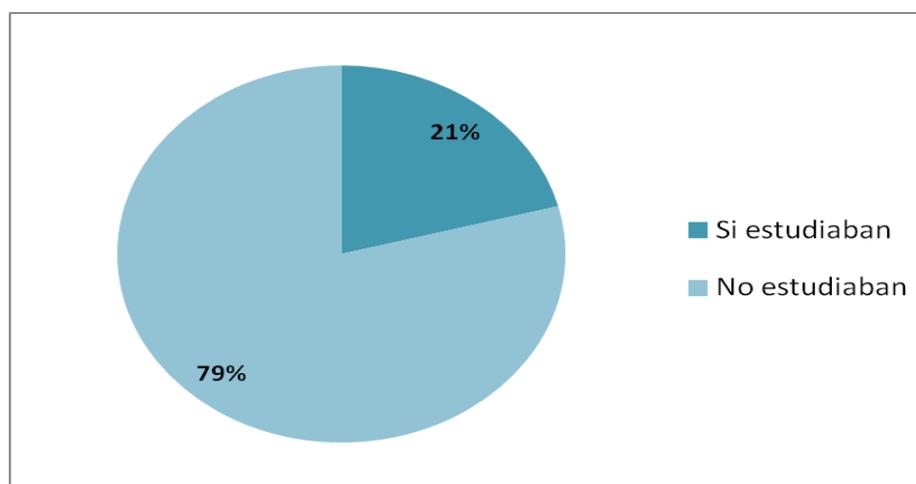
El rechazo que se dé a un embarazo en la adolescencia se ve representado por la carencia de apoyo de las y los profesores, estigmatización del embarazo adolescente y falta de comprensión hacia la estudiante que esté pasando por esta fase (Chetty Rajendra y Chigona Agnes, 2008). Ahí surge la necesidad de crear programas en los cuales se capacite al personal docente para que puedan tratar correctamente el tema, sin generar una discriminación negativa hacia este grupo poblacional, facilitando de esta forma la culminación de los estudios de la adolescente. Hay que destacar que se está tratando con una situación extraordinaria en la cual se debe capacitar para crear la mejor calidad de formación de capital humano.

Es importante brindar a la adolescente una orientación psicológica oportuna para enfrentar los efectos de un retorno a las actividades académicas, ya que muchas veces es el impacto en cuanto no saber cómo manejar la situación lo que les hace no querer continuar con los estudios.

El apoyo de la casa al retorno a los estudios se ve representado en el soporte emocional y económico. También es fundamental la calidad de comunicación que se genera con los padres y las madres tras el embarazo. El apoyo de la comunidad es importante, esto influye según el tipo de sociedad en la que se produzca un embarazo adolescente.

Según el Censo 2010, en Ecuador el embarazo adolescente es un factor que impide la culminación de los estudios; cuando se hizo la pregunta a las adolescentes que tuvieron un hijo o hija en ese año, si asisten a un establecimiento de enseñanza regular, el 79% de las encuestadas respondieron que no (véase el gráfico N°6).

Gráfico N°6
Adolescentes embarazadas que se encontraban estudiando



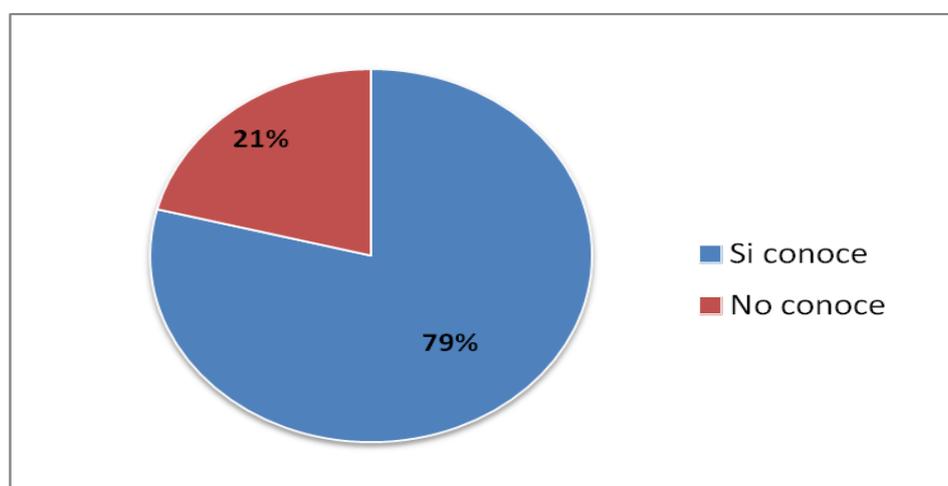
Fuente: INEC. Encuesta de Condiciones de Vida 2006.

Elaboración: Carla Valdivieso.

En lo que corresponde al tema de métodos de anticoncepción, lamentablemente en el país no se cuenta con una encuesta actualizada sobre los conocimientos de los y las adolescentes sobre este ámbito, por lo que las cifras que se exponen a continuación son de la Encuesta de Condiciones de Vida del 2006 proporcionadas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC).

A pesar de que el conocimiento sobre métodos de planificación familiar es de más de las tres cuartas partes de las adolescentes entre 15 y 19 años (véase el gráfico N°7), el uso de los mismos es realizado solo por el 10% de las y los adolescentes, esto se puede explicar por la falta de acceso a métodos anticonceptivos.

Gráfico N°7
Adolescentes que conocen sobre algún método anticonceptivo



Fuente: INEC. Encuesta de Condiciones de Vida 2006.

Elaboración: Carla Valdivieso.

Para ampliar un poco la problemática, según las cifras de la Encuesta de Condiciones de Vida, las mujeres de 15 a 19 años con educación primaria que usan métodos anticonceptivos representan el 13,2%, y las que no usan dichos métodos son el 86,8%. Es importante destacar que la brecha entre los dos porcentajes disminuye conforme aumentan los años de estudio, lo que implica que el conocimiento de anticoncepción y planificación familiar si viene de la mano del nivel de educación de las mujeres.

La mayoría de veces la falta de uso de métodos anticonceptivos se da porque muchas personas jóvenes no creen que puedan participar de relaciones sexuales inesperadas. También la predisposición y la práctica de relaciones sexuales seguras se ven influenciadas por la sociedad y como ésta perciba y permita la sexualidad madura.

En el país las jóvenes que no han recibido información alguna sobre métodos anticonceptivos tienen entre 1,72 y 3 veces más probabilidades de tener un embarazo en la adolescencia, que aquellas que si han recibido información; además la no utilización de métodos anticonceptivos incrementa la probabilidad de presentar un embarazo en la adolescencia entre el 6,4 y el 8,3%. (González Rozada Martín, 2010:23).

La falta de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, a información y a educación de la sexualidad son factores importantes para que se produzca un embarazo adolescente. En el Plan Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente del país se menciona que las y los adolescentes son los menos expuestos a mensajes de planificación familiar, que desconocen las fuentes de información y presentan una demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos.

En la sociedad en la que vivimos los medios de comunicación juegan un papel importante en el nivel de conocimiento de los y las adolescentes y la formación de los mismos, puesto que los mensajes sexuales recibidos y percibidos por estos medios influyen en las decisiones sobre la vida sexual.

Por otro lado, la promoción de la sexualidad por parte de los medios de comunicación, debería estar enfocada a la educación sexual y ejercicio de una sexualidad responsable y segura.

De lo desarrollado en este capítulo se pueden sacar varios puntos fundamentales sobre la dimensión de la problemática del embarazo adolescente en el país.

Podemos concluir que el embarazo y la maternidad adolescente no solo son un problema para las jóvenes y su familia sino también para el Estado, ya que un embarazo en la adolescencia se convierte en un factor limitante para acceder a la educación y por consiguiente a mejores posibilidades laborales, económicas y de bienestar general.

El embarazo adolescente frena las aspiraciones de las jóvenes, generando un círculo de pobreza e incrementando las probabilidades de caer en la misma. Como se ha demostrado, dicha condición genera dependencia de las adolescentes hacia terceros para poder sobrevivir y se vuelven a muy corta edad responsables de la vida de otro ser humano.

Además se demuestra que aquellas adolescentes que ya han tenido un embarazo son propensas a tener otro en dicho periodo; los factores que incrementan la probabilidad de tener un embarazo adolescente están vinculados con las condiciones de vulnerabilidad, principalmente la pobreza y falta de educación.

El embarazo adolescente es la principal causa de mortalidad entre las jóvenes de ese rango de edad, además conlleva circunstancias complejas como abortos clandestinos que incrementan la posibilidad de muerte de las madres.

Resulta evidente que el embarazo adolescente a nivel nacional e internacional es un problema de salud pública, por lo que se han desplegado esfuerzos por generar normas y regulaciones, así como un conjunto de políticas públicas que enfrenten el problema. Precisamente estos temas son los que se abordarán en los siguientes capítulos de este estudio para el caso ecuatoriano.

Marco jurídico y regulatorio para la prevención del embarazo adolescente

Derechos sexuales y reproductivos

Los derechos sexuales y reproductivos se refieren a la potestad que tienen los seres humanos para decidir cuándo, con quién y cómo tienen o no hijos e hijas y relaciones sexuales; el periodo de espaciamiento entre embarazos, que es el periodo entre el que se da cada uno; y el acceso a información, educación y medios para poder ejercer plenamente las decisiones referentes a la salud sexual y reproductiva.

Los derechos sexuales y reproductivos surgen de un conjunto de derechos entre los que se encuentran los civiles, políticos, sociales, culturales y económicos.

La salud reproductiva hace relación a un estado de bienestar general integral y a la ausencia de enfermedades relacionadas al sistema reproductivo, para lo cual es necesario contar con sistemas de información y acceso a servicios de calidad. (Vargas Escobar Milú, 2004: 4).

La prevención del embarazo adolescente surge como resultado de una serie de acuerdos, conferencias y convenios de los cuales el país se ha hecho partícipe. Los mismos ponen énfasis en el empoderamiento de la mujer y el poder decisión sobre su cuerpo.

Para tener una visión global de los antecedentes para la formulación de un plan de prevención del embarazo adolescente en el Ecuador, es necesario mencionar los puntos más importantes de dichos acuerdos, conferencias y convenios.

Conferencias y acuerdos internacionales

La comunidad internacional a partir de 1968 ha demostrado gran interés hacia la formulación de los derechos sexuales y reproductivos para la toma de decisiones responsables de las personas.

En el contexto internacional para la formulación de dichos derechos, se buscó dar énfasis a la relación de los derechos sexuales y reproductivos con la posibilidad de tomar decisiones informadas y libres sobre la vida sexual y la procreación, fomentando el acceso oportuno a servicios de educación y salud que complementen dichas decisiones; así también se fomentó la responsabilidad compartida de la familia y el respeto a los derechos humanos.

También se argumentó que la falta de aplicación de derechos sexuales y reproductivos y de la toma de decisiones responsables e informadas conlleva costos como son altos índices de violencia sexual, maternidad precoz, alto grado de dependencia de las mujeres, creación de familias vulnerables y elevadas tasas de morbilidad materna.

El reconocimiento de la salud como un derecho fundamental de los seres humanos se dio en la Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas; a partir de dicha Declaración, en 1968 en la Conferencia Internacional de Derechos Humanos, en Teherán, se estableció

principalmente el derecho reproductivo básico donde se menciona que los padres y madres tienen el derecho de determinar el número de hijos e hijas que van a tener, así como el intervalo de nacimientos entre cada uno (esparcimiento).

En la Conferencia Mundial de Población de las Naciones Unidas que se llevó a cabo en Bucarest en 1974, se reconoció como obligación del Estado el asegurar el derecho de cualquier pareja de decidir el número de hijos e hijas y los métodos de control de natalidad que se usaran, con un acceso a información pertinente bajo un contexto de libertad y autonomía.

A partir de esta Conferencia, se empieza a dar más reconocimiento a los derechos de la mujer referentes a su cuerpo, a la fecundidad, a la responsabilidad reproductiva que es la responsabilidad de las personas para el ejercicio del derecho reproductivo básico, se exige que se tenga en cuenta la capacidad de afrontar las necesidades de los hijos e hijas y las obligaciones hacia la comunidad.

También se pone de relieve la importancia de que la mujer goce de altos niveles de salud física y mental, la igualdad de condiciones y el derecho de tener libre acceso a una atención de salud adecuada y servicios de planificación familiar.

En Conferencias posteriores como la de Beijín en 1995 (Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer), se sustentaron las ideas de asegurar los derechos humanos de la mujer como los derechos sexuales y reproductivos de toda la población. También se reconoció el derecho de la mujer de decidir y controlar su sexualidad.

En el año 1999 en la Asamblea General de las Naciones Unidas (CIPD+5) se reconoció el derecho de los y las adolescentes del disfrute máximo de los derechos de salud y provisión de servicios relacionados con ejecución de dichos derechos.

Si bien es cierto ha existido una creciente evolución hacia la equidad en materia de derechos sexuales y reproductivos, la sexualidad de los y las adolescentes ha sido un tema al cual no se ha dado la importancia necesaria, ya sea por la poca aceptación pública, presión de grupos conservadores o despreocupación gubernamental.

Las conferencias internacionales han abierto una puerta hacia la equidad de género y al empoderamiento de la mujer sobre su cuerpo. No sólo es importante el poder de decisión de la mujer, sino también la responsabilidad compartida que conlleva la sexualidad en pareja. Es por esto que de trasfondo con dichas conferencias se busca un cambio de concepción social, es decir que las decisiones de vida de cada persona sean respetadas con integridad.

Cabe recalcar que a pesar de que el proceso en el cual se reconoce a la salud sexual y reproductiva, tanto de hombres como mujeres, ha sido extenso y ha abarcado la atención diferenciada, todavía falta mayor participación de parte de los Estados no solo para fomentar la equidad y responsabilidad, sino también para garantizar el acceso a información y servicios de calidad.

Como consecuencia de las conferencias y acuerdos internacionales de los cuales ha participado el país, se tiene como resultado un cambio tanto en las leyes como en los programas aplicados y desarrollados para promover la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes ecuatorianos.

A continuación, se resumirá los puntos más importantes que han servido de base para la formulación del Plan Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente y de la Estrategia Nacional Intersectorial de Prevención del Embarazo Adolescente y Planificación Familiar.

Normativa nacional

Constitución Política de la República del Ecuador 2008

La Constitución Política de la República del Ecuador del 2008 menciona en varios de sus artículos a la salud como un derecho que debe ser garantizado por el Estado, mediante la aplicación de políticas que fomenten el acceso a programas, acciones y servicios sin ninguna clase de discriminación. Así mismo, en la Constitución se menciona que los servicios de salud estarán regidos bajo principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. (Constitución de la República del Ecuador, 2008: Art. 32, 42, 43).

La Constitución ecuatoriana fomenta el acceso a ambientes saludables y servicios de salud de buena calidad. El Estado es responsable de la promoción de una cultura de salud, dando prioridad a los grupos más vulnerables.

Como marco global, la Constitución pretende generar un esquema normativo que garantice el acceso igualitario y sin discriminación de todas las personas del país; en este contexto, los y las adolescentes son reconocidos como grupo prioritario al cual el Estado debe garantizar el cuidado y protección desde la concepción como se indica en el Artículo 45.

El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas. (Constitución Política de la República del Ecuador 2008: Art. 44).

Al respecto cabe preguntar si en realidad los derechos de los y las adolescentes han sido prioritarios, no solo para la formulación de políticas públicas sino también para la asignación presupuestaria que va de la mano de las mismas.

En general se puede evidenciar que las leyes engloban la preocupación del Gobierno hacia la protección de los grupos vulnerables, un ejemplo de esto se encuentra en la formulación de los objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir.

Plan Nacional del Buen Vivir⁹

Dentro del Plan Nacional del Buen Vivir (2009-2013) se plantea el Objetivo 3, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de las personas.

Del Objetivo 3 se desprenden políticas que implican la promoción de prácticas de vida saludable (Política 3.1), políticas que buscan garantizar la atención integral de salud por ciclos de vida,

⁹ SENPLADES (2009-2013) Plan Nacional del Buen Vivir, objetivos para el Buen Vivir, <http://plan.senplades.gob.ec/objetivo-3>.

oportuna y sin costo para las y los usuarios, con calidad, calidez y equidad (Política 3.3) y políticas que proponen brindar atención integral a las mujeres y a los grupos de atención prioritaria, con enfoque de género, generacional, familiar, comunitario e intercultural (Política 3.4).

Dentro del Objetivo 3 del Plan Nacional del Buen Vivir se estableció como meta con respecto al embarazo adolescente, la disminución en un 25% del mismo al 2013.

El Plan Nacional del Buen Vivir planteó sus metas en el año 2009, de lo cual según datos entregados por la Secretaría Nacional de Planificación (SENPLADES), el porcentaje de adolescentes entre los 15 y 19 años que estaban embarazadas fue del 20,3% y se estimó que para el año 2013 dicho porcentaje se encontraría en el 14,5%, lo que implica un disminución de 5,8 puntos porcentuales, los mismos que se podría suponer una reducción de 1,45% de adolescentes embarazadas cada año para poder cumplir la meta al 2013.

Se debe destacar que el hecho de considerar la reducción del embarazo adolescente dentro del Plan Nacional de Buen Vivir, da un indicio no solo de la preocupación del Estado por dicho asunto, sino también de la materialización del embarazo adolescente como un problema de salud pública.

Otras normas nacionales

Además de la Constitución y del Plan Nacional para el Buen Vivir, el país cuenta con una normativa enfocada a la importancia de los derechos sexuales y reproductivos, los mismos que tienen la evolución más significativa a partir de los años noventa, donde surge la tendencia del interés hacia el desarrollo integral de las personas y a mejorar la calidad de vida, se aprecia el respeto a la integridad personal en las distintas dimensiones, el respeto a la libre orientación sexual, liberación de decisión, e igualdad de género en asuntos de la familia. (FEDAEPS, 2007:20).

Antes de los sesenta, la corriente de pensamiento de la Iglesia Católica tuvo una importante influencia en las tendencias de los gobiernos hacia la libertad sexual y reproductiva; a partir de dicho periodo se empieza a dar mayor importancia al papel que desempeña la mujer como madre en el Ecuador, donde el rol reproductivo y la crianza de los hijos es el eje principal. (FEDAEPS, 2007:22).

En el año 1994 se expide la “Ley de Maternidad Gratuita” (MSP, 1994) donde se establece que cualquier mujer ecuatoriana que dé a luz en un establecimiento público tiene derecho de que el parto sea gratuito.

En 1994 también surge el Plan Nacional de Acción en Población (Ministerio de Bienestar Social, 1994) en el que se plantea el desarrollo sustentable, acceso a programas de salud y planificación familiar y la eliminación de desigualdades; en el año siguiente se emite la “Ley Contra la Violencia a la Mujer y la Familia” (Dirección Nacional de la Mujer, 1995) en la cual se busca proteger la integridad física, psicológica y sexual tanto de las mujeres como de los miembros que integran la familia.

Posteriormente, se genera el “Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades” (CONAMU, 1996) para el periodo 1996-2000, donde se aprecia una creciente preocupación por temas como son la equidad de género, la salud sexual y reproductiva, la violencia familiar y los derechos humanos.

En cuanto a servicios de salud sexual y reproductiva, en Ecuador se elaboró el “Manual de Normas y Procedimientos para la atención de la salud Sexual y Reproductiva” (MSP, 2009) en el cual se busca la mejora de la calidad de los servicios y la atención integral de los mismos. Dicho manual es producto del trabajo del Ministerio de Salud Pública y de organizaciones como UNFPA, OPS, UNICEF y USAID.

Dentro de los puntos que se tratan en dicho manual se encuentran la prevención de enfermedades de transmisión sexual, planificación familiar, cuidados prenatales, control del embarazo y servicio integral para adolescentes.

Así, los servicios de salud sexual y reproductiva se basan en principios como son la equidad, integridad y responsabilidad social, y los que están enfocados al cuidado de los y las adolescentes se orientan a la atención médica y educación para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.

El embarazo adolescente también fue abordado en la Ley Orgánica de Salud (MSP, 2006), la misma que determina la obligatoriedad de trabajar a favor de la prevención del embarazo por medio de una atención integral, con énfasis en la gratuidad de la atención a los y las adolescentes.

Como se ha evidenciado, el país cuenta con un marco jurídico que ampara los derechos de las y los adolescentes. Todas las leyes establecidas y los planes propuestos se han enfocado a la protección de este grupo etario, sin embargo es visible que no se ha dado la importancia necesaria al embarazo adolescente.

Como se mencionó previamente, es posible que el tema dentro de una sociedad conservadora como la nuestra dificulte el accionar por parte del Estado; el hecho de visibilizar un problema social implica que para la solución del mismo se incentive el ejercicio de la salud sexual y reproductiva con información y responsabilidad, lo mismo que puede ser interpretado como propiciar la iniciación temprana de la sexualidad en adolescentes.

Si bien generar leyes y programas es un gran paso, todo el marco mencionado ha servido para que el Estado y la sociedad lleguen a determinar la necesidad de crear un plan para la prevención del embarazo adolescente; dicha iniciativa empezó en el año 2007 con el Plan Andino para la Prevención del Embarazo Adolescente.

Plan Andino para la Prevención del Embarazo Adolescente¹⁰

En este plan se reconoció las consecuencias del embarazo adolescente no planificado para considerarlo como un problema de salud pública dentro de la región, por la relación que tiene con la desigualdad en la Subregión Andina y la vinculación directa que tiene con la falta de oportunidades para el ejercicio de los derechos de los y las adolescentes.

Dentro de este plan se consideró que se necesita poner mayor atención a la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes, por las consecuencias que trae consigo un embarazo a esta

¹⁰ UNPFA (2007) Plan Andino de Prevención del Embarazo Adolescente.

edad tanto en el ámbito social, económico y emocional, donde no solo la adolescente es quien enfrenta dicha situación sino su entorno incluyendo a la sociedad.

El Plan Subregional Andino busca fortalecer las acciones individuales de los países, así como la preocupación de los mismos para encontrar soluciones preventivas para el embarazo en adolescentes no deseado.

Este plan se ayuda principalmente del fortalecimiento institucional y las buenas prácticas para eliminar las condiciones que ponen en situación de vulnerabilidad y marginalidad a los servicios de salud; con esto se busca contribuir al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes, mediante la adecuación de la calidad de los servicios y la mejora de la salud en general de este grupo de la población.

Los países que forman parte del Plan Andino son Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela.

Las líneas estratégicas en las cuales se basa el Plan Andino son (UNPFA, 2007:12):

- ✓ Sistemas de información, monitoreo y evaluación.
- ✓ Fortalecimiento institucional y cooperación técnica horizontal.
- ✓ Participación de adolescentes.
- ✓ Alianzas y participación social.

El objetivo general de dicho plan es “Contribuir a disminuir las brechas de acceso a servicios de salud en las y los adolescentes, promoviendo el ejercicio de los derechos humanos, incluido los sexuales y reproductivos, la equidad social y de género; con enfoque intercultural y participación social”.

Los objetivos específicos del plan son (UNPFA, 2007:12):

- Realizar el diagnóstico de la situación del embarazo adolescente en la subregión.
- Identificar modelos de atención que garanticen superar las barreras de acceso y la capacidad resolutoria en el sector salud.
- Promover la participación de los y las adolescentes a través de intercambio de experiencias.
- Sensibilizar a autoridades, sociedad civil, comunicadores y proveedores de salud sobre la importancia de contar con acciones y políticas que permitan la prevención del embarazo en adolescentes.

Para la primera línea estratégica se propuso el desarrollo de un diagnóstico de la situación del embarazo adolescente, para que se facilite por medio de la información obtenida la elaboración de políticas y acciones para satisfacer las necesidades de los países miembros en cuanto al tema.

Para el fortalecimiento institucional y cooperación técnica horizontal, es necesario conocer cuáles son las barreras de acceso de los servicios de salud para así elaborar una propuesta que tenga como objetivo el fortalecimiento de los modelos de gestión y atención, direccionándolos a la promoción, prevención y atención de la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes, así como el mejor control sobre los recursos que dispone cada país para poder llevar esto a cabo.

Para promover la participación de los y las adolescentes en el desarrollo de mejoras en los servicios de salud ofrecidos, se necesita en primer lugar identificar cuáles son los grupos y redes de adolescentes de cada país y consolidar la información, para así poder sistematizar experiencias de participación y formación en liderazgo y exigibilidad de derechos.

La sociedad en su conjunto es de gran influencia en la prevención del embarazo adolescente no deseado, por lo cual se necesita la colaboración de la sociedad civil, medios de comunicación y proveedores de salud para que trabajen de manera conjunta en cuanto a la aportación que pueden tener para resolver dicha situación.

En general, en América Latina se ha observado un progreso hacia la tolerancia de la sexualidad y de los derechos sexuales y reproductivos, sin embargo todavía se presentan trabas como es la práctica sexual en un ámbito de inseguridad, sin acceso a servicios de confianza, la falta de información y conocimiento sobre los métodos anticonceptivos y la forma de utilizarlos, y el juicio que se crea por parte de la sociedad para que los y las adolescentes pueden ser entes que ejercen sus derechos.

Plan Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente¹¹

En el Ecuador, a partir del Plan Andino de la Prevención del Embarazo Adolescente se conformó el Comité Intersectorial de Prevención del Embarazo Adolescente (CIPEA), que nació como iniciativa de la ex Ministra de Salud Pública, la Dra. Caroline Chang para lograr la reducción del embarazo adolescente en un 25% hasta el 2010, dicha cifra se estimó en el Plan Decenal de Desarrollo y en la Agenda Social de la Niñez y Adolescencia 2007-2010.

Los organismos que fueron convocados para tomar parte del accionar de dicho Comité fueron el Ministerio de Educación (ME), Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) y el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (MCDS), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia (CNNA), Consejo Nacional de la Mujer (CONAMU), Consejo Nacional de Salud (CONASA), Organización Panamericana de la Salud (OPS), UNICEF, y Fundación Internacional para la Adolescencia (FIPA).

A partir del 2007 la CIPEA inició sus acciones con la elaboración del Plan Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente, en el cual se buscó la consolidación de un modelo de gestión y acción intersectorial basado en la relación Estado-sociedad civil y ciudadanía. (Gutiérrez F. Mara Patricia, 2009: 12).

La CIPEA analizó el embarazo adolescente desde factores como son los medios de comunicación, represión sexual en los espacios familiares, violencia sexual y doméstica, cultura patriarcal, sexualidad abordada por la sociedad lejana del campo afectivo, psicológico y comunicativo, falta de reconocimiento de los y las adolescentes como entes que ejercen sus derechos. (Gutiérrez F. Mara Patricia, 2009:7).

¹¹MSP (2007) Plan Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente.

El Estado Ecuatoriano propuso abordar el embarazo adolescente desde dos perspectivas, la una prevenir los embarazos adolescentes por medio de la promoción de los derechos sexuales y reproductivos bajo perspectivas de equidad, y la segunda basada en la preparación de la sociedad para que se acepte las decisiones de los y las adolescentes sobre el embarazo. (Gutiérrez F. Mara Patricia, 2009:7).

A partir de la conformación del Plan Andino de Prevención del Embarazo Adolescente, el Plan Nacional sobre este tema se enfocó en tres líneas de acción que son las del sistema de información, monitoreo y evaluación; el fortalecimiento institucional y cooperación técnica, donde se dio mayor importancia a la participación del Estado para la protección integral de los y las adolescentes; y la tercera línea de acción que fue la participación activa de los y las adolescentes.

El Plan Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente se ideó bajo el contexto de equidad de género, pero por la situación de desigualdad a la que se enfrentan las mujeres se estableció como prioridad el trato a las mismas, buscando el fortalecimiento de la autonomía de la mujer para lograr el desarrollo humano sostenible y el mejoramiento de la salud sexual y reproductiva.

El enfoque de género buscó tomar en cuenta las diferencias entre los sexos para poder corregir los desequilibrios existentes.

Otra estrategia tomada en cuenta en el Plan Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente, fue la de llegar al desarrollo de la sexualidad saludable por medio de la educación sexual integral con ayuda de herramientas como son los medios de comunicación, la práctica sexual responsable, por medio de la promoción y fortalecimiento de la organización y participación de las y los adolescentes en la construcción de políticas enfocadas a los mismos.

Todas las estrategias planteadas se fundamentaron en el respeto a la pluriculturalidad y al ejercicio de las diferentes costumbres y creencias.

El objetivo general del Plan Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente fue: “Contribuir a disminuir el embarazo adolescente mediante el fortalecimiento institucional de los servicios de salud, educación y protección social, en un marco de coordinación interinstitucional e intersectorial con activa participación de la sociedad civil.” (Gutiérrez F. Mara Patricia, 2009:10).

Los objetivos específicos (MSP, 2007:8):

Implementar un Sistema Nacional de Información sobre la situación del embarazo en adolescentes, que permita la construcción de políticas públicas integrales e intersectoriales acordes a la realidad nacional y local incluido un sistema integrado de monitoreo y evaluación.

Fortalecer la rectoría del Estado para la protección integral de los y las adolescentes.

Implementar y fortalecer los servicios de atención integral, con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva y prevención del embarazo en adolescentes.

Garantizar la participación de las y los adolescentes en la construcción e implementación de políticas públicas integrales e intersectoriales de prevención del embarazo adolescente a nivel nacional y local.

El Plan Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente también pretendió:

Mobilizar las acciones nacionales, teniendo en cuenta la magnitud y las preocupantes tendencias que presenta el embarazo en adolescentes y otros indicadores asociados a la Salud Sexual y Reproductiva de este grupo etario, así como la urgente necesidad de los países de identificar las determinantes sociales y el impacto que éstas tienen en la salud y en los procesos de desarrollo humano individual y social. (Family Care, 2007: 6).

Lo que buscó el plan fue identificar, analizar y sistematizar las buenas prácticas en cuanto a prevención del embarazo adolescente y la promoción de la salud sexual y reproductiva, se buscó brindar servicios de calidad mediante la implementación de estrategias eficientes y adecuadas.

Informe Final de la “Evaluación de Medio Término de la Contribución del UNFPA a la Implementación del Plan Andino de Prevención del Embarazo en la Adolescencia”.¹²

En el informe de la Evaluación de Medio Término de la Contribución del UNFPA a la Implementación del Plan Andino de Prevención del Embarazo en la Adolescencia realizado en el año 2010, se mencionó la importancia que ha dado el Estado Ecuatoriano y principalmente el gobierno actual para establecer acciones en las cuales se priorice la planificación familiar y la educación sexual y reproductiva.

En el informe se identificó la importancia de las iniciativas llevadas a cabo por los mismos jóvenes como “Ponte Once”, por medio de la cual se difunde información mediante herramientas tecnológicas como redes sociales.

Del fondo total destinado para el Plan Andino de Prevención del Embarazo Adolescente, el 61% estuvo dirigido a las Instituciones y socios como el UNPFA-LACR, ORAS-CONHU, Family Care Internacional y la Organización Iberoamericana de Jóvenes. El 39% restante fue asignado a los países que participan de dicho plan, del cual el 11% fue destinado para Ecuador.

Al año 2010 la ejecución presupuestaria de Ecuador se realizó de la siguiente forma.

¹² UNFPA (2010) Informe Final de la “Evaluación de Medio Término de la Contribución del UNFPA a la Implementación del Plan Andino de Prevención del Embarazo en la Adolescencia”

Tabla N°3

Presupuesto planificado y porcentaje de gasto Junio y Septiembre 2010 por países y líneas de acción.

Líneas de acción	Bolivia			Colombia			Ecuador			Perú		
	Def.	Gasto Junio	Gasto Sept.	Def.	Gasto Junio	Gasto Sept.	Def.	Gasto Junio	Gasto Sept.	Def.	Gasto Junio	Gasto Sept.
Sistema de Información (43)	35476	466,18 (1.31%)	15502,26 (44%)	20000	6105,73 (31%)	6105,73 (31%)	55000	2435 (4%)	28961 (53%)	89000	1952,96 (2.19%)	30939,94 (35%)
Fortalecimiento institucional (44)	136195	60343,46 (44.31%)	103453,37 (76%)	95650	23927,59 (25%)	25162,60 (26.3%)	60000	19758 (33%)	55488 (93%)	56000	15000 (27%)	37308,23 (67%)
Participación juvenil (45)	18166	10,68 (0.06%)	10024,37 (55.18%)	35350	5405,86 (15.3%)	11279,01 (32%)	40000	11892 (30%)	34913 (87%)	25000	20000 (80%)	34913 (87%)
Alianzas (46)	24760	2971,97 (12%)	12491,29 (65.19%)	49000	9037,66 (18.4%)	16589,41 (34%)	45000	5084 (11%)	44755 (99.45%)	30000	11370,61 (38%)	23301,32 (78%)
SUBTOTAL	214597	63792,29 (30%)	141471,29 (66%)	200000	44476,84 (22%)	59136,75 (30%)	200000	39169 (20%)	164117 (82%)	200000	48323,57 (24.16%)	111549,49 (56%)
ICFOR-UNFPA	15022			14000			14000			14000		

Fuente: UNFPA Bolivia, UNFPA Colombia, UNFPA Ecuador, UNFPA Perú. AWP 2010 de Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú.

Elaboración: Informe UNPFA.

En dicho informe se identificó como los principales resultados de la implementación del Plan Nacional para Prevención del Embarazo Adolescente en el país, esquematizado bajo el Plan Andino para Prevención del Embarazo Adolescente, a los siguientes (UNFPA, 2010: 17-21):

- Línea de base sobre el embarazo en adolescentes, la cual ha permitido la identificación de 41 zonas (parroquias y cantones) con mayor prevalencia y la realización de un mapeo sobre los recursos y servicios en salud.
- Investigación sobre determinantes sociales e imaginarios del acceso a anticonceptivos.
- Situación de salud de los y las jóvenes indígenas en Ecuador. VIH y Sida, Tuberculosis y embarazo no deseado.
- Servicio de atención diferenciada a adolescentes del subcentro de Alpachaca, localizado en la ciudad de Ibarra.
- Programa de Atención Diferenciada e Integral de Niños, Niñas y Adolescentes.
- Creación de “Protocolos de atención integral a adolescentes” y “Protocolos de Salud Sexual y Reproductiva”.
- Se validó el paquete pedagógico de Educación Sexual Integral para Adolescentes, en el cual se aborda entre otros temas la prevención del embarazo en adolescentes; así mismo se han capacitado a maestros de las unidades educativas del sector público. Se ha fortalecido la implementación de la educación de la sexualidad integral, utilizando estrategias innovadoras como el Curso Multimedia de Educación de la Sexualidad, que utiliza radio y herramientas informáticas para llegar no solo a profesores, sino que las clases radiales son sintonizadas por padres, madres y estudiantes.
- Semana Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescente.
- Construcción del Plan de Acción “Participamos por el Derecho a Decidir, por nuestra soberanía de los cuerpos”, que juntó a representantes juveniles de 18 provincias que forman actualmente el Consejo Consultivo Nacional.

- Participación con un enfoque de derechos intentando superar la visión de adolescente como riesgo, por lo cual se posiciona el “tiempo de vivir” para hablar más allá de servicios y de lo reproductivo y se configuró el Comité Nacional Juvenil que se liga al Comité Andino.

Estrategia Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo Adolescente (ENIPLA)¹³

La Estrategia Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo Adolescente (ENIPLA), surge como una propuesta del Estado para garantizar los derechos sexuales y reproductivos, el acceso a servicios integrales y especializados de salud sexual y reproductiva y la promoción de la equidad en cuanto a responsabilidad sexual compartida, por medio de la modificación de patrones socioculturales de forma individual, familiar, comunal y estatal.

La ENIPLA es una política pública que da continuación al Plan Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente; dicha estrategia tiene un plazo de ejecución de dos años, siendo la fecha de inicio estimada el 1 de enero del 2012 y la fecha de culminación el 31 de diciembre del 2013.

El surgimiento de la ENIPLA es el reflejo de la preocupación del Estado por lograr la equidad en acceso, información y libre ejecución de los derechos sexuales y reproductivos de los hombres y mujeres ecuatorianos. La formulación de dicha estrategia pone de relieve los problemas actuales de acceso a planificación familiar, incremento del embarazo adolescente, violencia sexual y mortalidad materna; problemas que son considerados como puntos críticos en la salud pública.

El enfoque que da la ENIPLA a la planificación familiar se sustenta en que la misma no es solo anticoncepción, sino que debe ser tratada como el apoyo a la pareja para la toma de decisiones libres e informadas sobre el control pre concepcional, control prenatal, tiempo entre embarazos y apoyo en casos de infertilidad.

El objetivo general de la ENIPLA es “Garantizar el acceso efectivo a información, orientación, servicios de salud sexual y reproductiva y métodos de anticoncepción basados en las normas constitucionales en el lapso de 2 años.” (ENIPLA, 2011:38).

Y las líneas de acción de la política son las siguientes (ENIPLA, 2011:38):

- 1.- Educación e información como estrategias empoderadoras para ejercer el derecho a la salud sexual y salud reproductiva en el marco de los derechos.
2. Acceso y utilización real y efectiva de métodos anticonceptivos en el marco de una atención de calidad en servicios integrales de salud sexual y salud reproductiva.
3. Promover un proceso de transformación de patrones socio - culturales frente a la sexualidad y reproducción con énfasis en planificación familiar.
4. Promover y/o consolidar los procesos de participación y veeduría social en los aspectos relacionados con educación y acceso a anticoncepción en el marco de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.

¹³ENIPLA (2011) Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo adolescente y Planificación Familiar.

La ENIPLA pretende beneficiar a la sociedad por medio de la reducción de la mortalidad materna, la prevención de los embarazos no planificados lo que implica también la disminución del número de abortos en condiciones de riesgo. Así mismo, por medio de la planificación familiar se pretende incidir en el quiebre del círculo de la pobreza, ya que un embarazo no planificado tiene repercusiones en cuanto a la continuidad de la educación y por consiguiente tiene un efecto laboral y salarial en las mujeres.

Para el efecto, la ENIPLA cuenta con la participación del Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Educación, Ministerio de Inclusión Económica y Social y del Ministerio Coordinador de lo Social; también se ven involucrados en dicha estrategia los Gobiernos Autónomos Descentralizados y la ciudadanía.

La responsabilidad del Ministerio de Inclusión Económica y Social está reflejada en el proceso de información, educación y consejería sobre la Estrategia. El Ministerio de Educación por otra parte se encarga de fortalecer las capacidades de maestros y maestras para que puedan colaborar con la difusión de información certera sobre salud sexual y reproductiva. El acceso a servicios de planificación y salud sexual y reproductiva está a cargo del Ministerio de Salud Pública, mientras que el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social es el responsable de la coordinación y ejecución intersectorial.

Con la ENIPLA se quiere alcanzar una disminución del 6% de la tasa de mortalidad materna, la reducción de un 3% de las tasas de embarazo adolescente comprendido en las edad de 15 a 19 años y la disminución de mínimo un 10% de la tasa de embarazos no deseados para el año 2013.

Para la definición de los propósitos, la ENIPLA toma en cuenta la capacidad de reacción del Estado en cuanto a servicios de salud sexual y reproductiva, nivel de formación de los funcionarios de las instancias públicas involucradas y la participación social que se pretende tener en la implementación de la política.

La intervención estatal se justifica mediante información obtenida en la ENDEMAIN 2004, de donde se determina que el mayor proveedor de métodos de planificación familiar es el MSP. También se observa que dicha oferta llegó hacia los quintiles más pobres (Q1:44,7%, Q2: 40,4% y Q3: 32,2%), así también se justifica la implementación de la estrategia por la cobertura que presenta el MSP en cuanto a la oferta de servicios de planificación sexual en la zona rural, ya que el 39,1% de las mujeres que utilizaron dicho servicio viven en zonas rurales, por lo que el proyecto busca beneficiar a la población más vulnerable, la misma que se identifica dentro de la estrategia como “Los adolescentes jóvenes que viven en zonas urbanas o rurales, con nivel socioeconómico bajo, que no tienen educación formal o tienen educación hasta primaria completa, con bajos conocimientos acerca de las relaciones sexuales y que no utilizan métodos anticonceptivos.”(ENIPLA, 2011:19).

Los indicadores de resultados con los que cuenta la ENIPLA son (ENIPLA, 2011:42):

- ✓ Al 2013, 100% de la comunidad educativa cuenta con al menos 2 módulos de capacitación para docentes en educación integral de la sexualidad plenamente implementados en el sistema SIPROFE.
- ✓ Al 2013, 100% de las unidades educativas públicas disponen de una herramienta de registro y seguimiento para casos de embarazo adolescente y violencia de género.

- ✓ Al 2013, 30% de los establecimientos educativos han participado de actividades de prevención de embarazo adolescente.
- ✓ Al 2013, incrementó al 14% la cobertura de planificación familiar en las Unidades de Salud de Ministerio de Salud Pública.
- ✓ Al 2013, incrementó en un 10% la utilización de métodos anticonceptivos por mujeres adolescentes, jóvenes, indígenas, mujeres con poca o ninguna instrucción y bajo la línea de pobreza.
- ✓ Al 2013, 1.375.633 mujeres de 10 a 49 años acceden a los servicios integrales de salud sexual y reproductiva del MSP.
- ✓ 50% de servicios de atención del sector inclusión económica y social cuentan con personal capacitado para promover e informar a la población sobre derechos de salud sexual y reproductiva al 2013.

Como se mencionó previamente, para que la ENIPLA logre alcanzar los objetivos propuestos es necesaria la participación conjunta de las instituciones del Estado, para que de esta forma se pueda enfrentar los problemas macrosociales con la implementación de políticas públicas y microsociales con la promoción de participación y atención al individuo y a la familia.

La ENIPLA da importancia a:

La promoción de la toma de decisiones informadas con respecto a la sexualidad. Garantizar acceso efectivo a servicios integrales de salud que sean universales, gratuitos y de calidad. Y a implementar espacios de consejería, educación, protección e inclusión que faciliten la atención adecuada y coordinada entre las distintas instancias involucradas. (ENIPLA, 2011:51).

La ENIPLA cuenta con una asignación presupuestaria de USD \$ 57.208.555,19, en el 2012 se destinó 29.241.546.04 y en el 2013, 27.966.959.00 de dicho presupuesto.

El monitoreo de ejecución de la ENIPLA está a cargo del Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social; el reporte se realizará en periodos de tres meses en el primer año y de cuatro meses en el segundo año. Así mismo, se reportará la ejecución financiera mensual y la ejecución de la planificación aprobada.

Como se ha demostrado en el presente capítulo la importancia que se da al embarazo adolescente dentro de la región Andina y en el país, surge como preocupación ante las crecientes tasas de fecundidad de las adolescentes, las mismas que en comparación con las tasas de fecundidad global no representan disminuciones significativas.

La necesidad de la creación de los distintos planes y programas, advierten las repercusiones que genera dicho fenómeno a nivel micro es decir, a la adolescente y su entorno; y a nivel macro donde se ve afectado el Estado y la sociedad.

La importancia que se ha dado en el país a la prevención del embarazo adolescente se sustenta en el marco jurídico que ampara la protección de este grupo poblacional. A pesar de los grandes esfuerzos que se han realizado, las metas propuestas no son reales y los distintos planes puestos en ejecución no han contado con el suficiente apoyo y compromiso por parte de las organizaciones del Estado.

Sin embargo, en la actualidad se está buscando generar un cambio en la percepción cultural de la sociedad en cuanto al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, para esto es primordial que se cuente con un trabajo interinstitucional que garantice tratar al embarazo adolescente con todas sus variables multicausales.

A continuación se realizará un análisis de costos en cuanto a la atención de las adolescentes que estuvieron embarazadas en el 2010 y el monto destinado a los programas de prevención, para así poder tener una idea de la dimensión monetaria del problema y de la diferencia entre dichos costos. También, en base a esta información se evaluará la aplicación de las políticas de prevención del embarazo adolescente en dos periodos, el primero desde el 2007 hasta el 2010 y desde el 2011 al 2012 que es el periodo de elaboración e implementación de la ENIPLA.

Evaluación de la política pública de Ecuador sobre embarazo adolescente

En el presente capítulo se pretende abordar la evaluación de la política pública sobre prevención del embarazo adolescente en el país durante el periodo 2007-2010, particularmente del Plan Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente, de manera que se pueda determinar cuáles han sido los alcances del mismo antes de la implementación de la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo Adolescente (ENIPLA), poniendo énfasis en el análisis del costo estimado de atención de adolescentes embarazadas en el 2010 frente al costo de programas de prevención del embarazo adolescente de dicho año. De igual manera, se evaluará el accionar actual de la ENIPLA señalando los principales logros de la Estrategia. Con esto se busca visualizar el problema del embarazo en la adolescencia y la importancia que se le ha dado al mismo en los últimos seis años.

Costo de los programas de prevención del embarazo adolescente frente al costo de atención.

El análisis comparativo de los costos de los programas de prevención del embarazo adolescente frente a los costos estimados de atención, es formulado en primera instancia en función de la identificación de los rubros incurridos en los diferentes programas desarrollados a fin de que puedan ser cuantificados, estableciendo los valores necesarios para su gestión. Es importante señalar que, a pesar de que se cuenta con cifras oficiales sobre el tema, estas son generales, por lo que en algunos datos no se encuentra información segmentada por grupo de edad, ni diferencia en relación a la atención entre centros de salud públicos o privados, lo que lleva a asumir ciertos valores acorde a los precios de mercado para establecer totales representativos que respondan a la realidad y permitan ejecutar un análisis viable que aporte con información referente al tema.

Costos de programas de prevención implementados en el país en el año 2010.¹⁴

Costeo de los programas de prevención

Como indica su nombre, los programas de prevención están enfocados a brindar información clara y eficiente para evitar casos de embarazo no deseado, principalmente en la adolescencia, edad en la que la población tiende a iniciar una sexualidad activa. Para establecer un costeo adecuado, en primera instancia se han definido un conjunto de variables las cuales participaron de manera directa o indirecta en los programas de prevención ejecutados por el Ministerio de Salud Pública en el año 2010.

¹⁴ Se usa como base el año 2010, ya que se cuenta con cifras oficiales del VII Censo de Población y Vivienda con respecto al número de nacimientos de hijos e hijas de adolescentes embarazadas y el número de abortos que se dieron en adolescentes. Dichas cifras son las obtenidas en el Capítulo I y son la base para la estimación del costo de atención de adolescentes embarazadas en dicho año. Los datos con respecto a los programas de prevención corresponden únicamente a los proporcionados por el Ministerio de Salud Pública, al ser la entidad que ha liderado y ha tenido mayor participación en la prevención del embarazo adolescente, antes de la implementación de la ENIPLA.

Dichas variables a tomar en cuenta son los programas de capacitación, material informativo, gastos operativos e insumos.

Programas de Capacitación

Con la finalidad de reducir las tasas de embarazos en la adolescencia, en el año 2010 se establecieron las bases de la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar, misma que se consolidó en el 2012. Dentro de su gestión, la capacitación fue uno de los elementos de mayor importancia, que se conformó en base a la realización de talleres involucrando a distintas instituciones para poder hacer viables y accesibles las estructuras definidas.

Dentro de los rubros incurridos en las partidas del Presupuesto General asignado al Ministerio de Salud Pública, se incluyen los siguientes rubros:

Tabla N°4
Rubros incurridos en los programas de capacitación para prevenir el embarazo en la adolescencia

Rubro	Cantidad	Costo Total (USD)
Programas de Capacitación	54	\$ 386.082,11
Talleres Familiares	125	\$ 214.490,06
Ferias de Salud	12	\$ 257.388,07
Total		\$ 857.960,24

Fuente: Ministerio de Salud Pública.

Elaboración: Carla Valdivieso.

De los rubros incurridos en programas de capacitación para la prevención del embarazo adolescente, los programas de capacitación ocuparon el 45%, seguido por las ferias de salud con el 30% y los talleres familiares que significaron el 25% del total asignado. En total la capacitación representa el 40% del presupuesto total.

Material Informativo

Los programas de capacitación así como estrategias informativas han fomentado la creación de diverso material informativo, principalmente impreso, compuesto de los siguientes rubros:

Tabla N°5**Rubros incurridos en el material informativo para prevenir el embarazo en la adolescencia**

Rubro	Costo Total (USD)
Bocetos Informativos	\$ 96.520,53
Pancartas Informativas	\$ 57.912,32
Volantes Impresos	\$ 231.649,27
Total	\$ 386.082,11

Fuente: Ministerio de Salud Pública.

Elaboración: Carla Valdivieso.

Los componentes citados referentes al material informativo representan el 18% del presupuesto total definido para los programas de prevención. De los cuales el 60% fue destinado a volantes impresos, 25% a bocetos informativos y 15% a pancartas informativas.

Insumos

Existen insumos que se entregan a los participantes, relacionados a los temas de capacitación siendo los más importantes los siguientes:

Tabla N°6**Rubros incurridos en los insumos para prevenir el embarazo en la adolescencia**

Rubro	Costo Total (USD)
Anticonceptivos general	\$ 112.607,28
Preservativos	\$ 209.127,81
Total	\$ 321.735,09

Fuente: Ministerio de Salud Pública.

Elaboración: Carla Valdivieso.

Los componentes mencionados referentes a los insumos, representan el 15% del presupuesto total definido para los programas de prevención. Del valor destinado a insumos el 65% correspondió a preservativos y el 35% al resto de métodos anticonceptivos.

Gastos Operativos

Los gastos operativos son aquellos incurridos para la ejecución de los diversos programas y garantizan el contar con todos los recursos necesarios para su ejecución.

Tabla N°7
Rubros incurridos en los gastos operativos para prevenir el embarazo en la adolescencia

Rubro	Costo Total (USD)
Movilización	\$ 173,736.95
Equipamiento	\$ 86,868.47
Logística	\$ 318,517.73
Total	\$ 579,123.15

Fuente: Ministerio de Salud Pública.

Elaboración: Carla Valdivieso.

Los rubros indicados referentes a los gastos operativos, representan el 27% del presupuesto total definido para los programas de prevención. Del total de presupuesto destinado a gastos operativos el 55% fue destinado a logística, 30% a movilización y 15% a equipamiento.

Total Gastos de los Programas de Prevención

En función a los gastos determinados, el total incurrido en el año 2010 en actividades relacionadas a la prevención del embarazo adolescente se describe en la siguiente tabla:

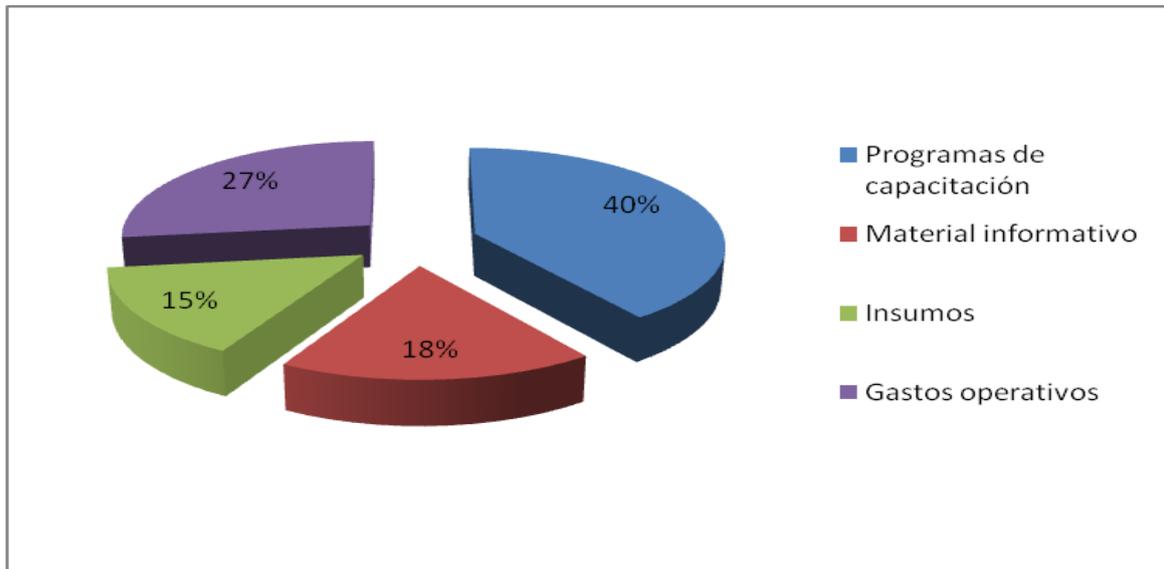
Tabla N°8
Total gastos prevención embarazo adolescente. Ecuador-2010

Rubro	Valor Total (USD)	Tasa
Programas de Capacitación	\$ 857,960.24	40.00%
Material Informativo	\$ 386,082.11	18.00%
Insumos	\$ 321,735.09	15.00%
Gastos Operativos	\$ 579,123.15	27.00%
Total	\$ 2,144,900.59	100.00%

Fuente: Ministerio de Salud Pública.

Elaboración: Carla Valdivieso.

Gráfico N°8
Total gastos prevención embarazo adolescente. Ecuador-2010



Fuente: Ministerio de Salud Pública.

Elaboración: Carla Valdivieso.

Definidos los rubros del presupuesto para la prevención del embarazo adolescente, es importante analizar la tendencia y comportamiento, para lo cual se presentan los siguientes datos históricos:

Gráfico N°9
Presupuesto destinado a la prevención del embarazo adolescente (USD)



Fuente: Ministerio de Salud Pública.

Elaboración: Carla Valdivieso.

El comportamiento del presupuesto de prevención es variable, registrando un incremento en el 2010 para luego mantener una tasa decreciente. El aumento que se presenta en el año 2010 se debe a que

dentro del presupuesto devengado se incorporó a los rubros de maternidad gratuita y de atención a la infancia base sobre la cual se empieza a formular la ENIPLA. Mediante la incorporación de este componente se hace un gasto importante en la capacitación para la atención diferenciada por parte del personal de salud¹⁵. La caída que se ve en los años siguientes con respecto al presupuesto destinado para la prevención del embarazo adolescente, se debe a la división del presupuesto destinado para la ENIPLA entre los ministerios que participan activamente en la Estrategia. Los datos presentados corresponden únicamente al presupuesto designado al Ministerio de Salud Pública; dichas cifras se usan para poder hacer una proyección sobre el gasto que se tendría en los siguientes años si no se hubiera implementado la Estrategia, es decir manteniendo el mismo nivel de gasto. Las cifras utilizadas para el cálculo de la proyección son las de los años 2008 y 2009, ya que a partir del 2010 se empieza a realizar cambios en la asignación presupuestaria que culminan en el presupuesto asignado a la ENIPLA.

Tabla N°9
Resultados de la proyección¹⁶

Año	Presupuesto (USD)
2008	\$ 423.490,70
2009	\$ 731.362,06
2010	\$ 954.166,00
2011	\$ 1.008.635,00
2012	\$ 1.063.104,00
2013	\$ 1.117.573,00

Fuente: Ministerio de Salud Pública.

Elaboración: Carla Valdivieso.

Es decir, que si no se hubiera implementado la ENIPLA el presupuesto destinado a prevención como se lo venía manejando en los años anteriores, no iba a poder generar un impacto importante en la disminución de los embarazos adolescentes.

Costeo Estimado de los programas de atención

Para el análisis de costos estimados de atención se supone que el nacimiento de hijos e hijas de madres adolescentes han sido atendidos en hospitales públicos en parto normal o cesárea.

La estimación del costo de cada intervención se realiza en base al “Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud” implementado por el Ministerio de Salud Pública, el mismo que fue elaborado para estandarizar y normalizar la compensación económica de los servicios de salud de las instituciones públicas y privadas. El Tarifario de Prestaciones se basa en el valor relativo de los procedimientos junto con un factor de conversión monetario por medio de los cuales se estima el monto de pago.

¹⁵ Entrevista realizada a la Dra. Susana Guijarro, Directora del Programa de Adolescentes. Área de Normalización. MSP, el 07/09/2012.

¹⁶ Ver anexo A

Los criterios de aplicación de los factores de conversión que se establecen en el Tarifario de Prestaciones tiene dos componentes:

- Servicios de atención
- Servicios profesionales

Servicios de atención

Los factores de conversión se aplican de acuerdo al nivel de complejidad del cuadro médico (no es igual tratar un resfriado, que realizar una cirugía de corazón abierto) y capacidad resolutive, en relación a la toma de decisiones por parte del profesional médico en la atención. Como se menciona en el Tarifario, los niveles se diferencian por la responsabilidad y capacidad para la ejecución de una actividad, intervención y procedimiento; los niveles de Servicios de Salud son de: Primer Nivel, Segundo Nivel y Tercer Nivel.

Tabla N°10
Cuadro niveles de servicio de salud

NIVELES DE ATENCION Y COMPLEJIDAD PARA COMPENSACIÓN Y PAGOS APLICACIÓN DEL TARIFARIO DE PRESTACIONES PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD		
NIVELES DE ATENCION	NIVELES DE COMPLEJIDAD	NOMBRE
Primer nivel de atención	1° nivel	Puesto de salud
	2° nivel	Consultorio general
	3° nivel	Centro de salud rural
	4° nivel	Centro de salud urbano
	5° nivel	Centro de salud de 12 horas
	6° nivel	Centro de salud de 24 horas
Segundo nivel de atención	1° nivel	Consultorio médico u odontológico de especialidades
		Centro de especialidad
	2° nivel	Centro clínico- quirúrgico ambulatorio (Hospital del Día)
	3 nivel	Hospital Básico
	4° nivel	Hospital General
Tercer nivel de atención	1° nivel	Centro especializado
	2° nivel	Hospital especializado
	3° nivel	Hospital de especialidades

Fuente: Ministerio de Salud Pública.

Elaboración: Ministerio de Salud Pública.

Las unidades de valores relativos son las usadas para la transformación de los recursos utilizados en las distintas actividades en costos. Los criterios aplicados en el tarifario son: “tiempo, habilidad, severidad de la enfermedad, riesgo para el paciente, riesgo para el médico y complejidad; para los servicios institucionales: hotelería hospitalaria, odontología y servicios de apoyo diagnóstico: laboratorio, imagen y procedimientos.” (MSP, 2011: 23).

El factor de conversión monetario está expresado en dólares americanos, se procura reconocer los costos directos e indirectos de cada procedimiento. El tarifario toma en cuenta dos sistemas de conversión, que son el valor monetario de los servicios profesionales, por nivel de complejidad, y el factor de conversión para los servicios institucionales.

Para obtener el valor monetario total en dólares americanos es necesario multiplicar las Unidades de Valor Relativo para cada procedimiento por el Factor de Conversión Monetario.

Dentro de cada procedimiento médico se incluyen valores de insumos (gasas, etc.), suministros (anestesia, etc.) y materiales necesarios, así también en el uso de salas. Los medicamentos por otro lado, no son tomados en cuenta.

Para la presente investigación en relación a los Servicios de Atención, se considera los siguientes aspectos (MSP, 2011: 31):

Sala de Labor/Parto: Esta sala incluye monitoreo fetal, uso de los equipos, accesorios e implementos, instrumental, ropa reutilizable, servicios de enfermería, esterilización, instrumental, circulantes, suministros e insumos fungibles de uso colectivo.

Sala de Recién Nacido: Cubre la atención inmediata del recién nacido normal en cuidados mínimos. Se incluye las salas de estancia del recién nacido normal, su uso deberá ser justificado en el informe respectivo.

Quirófano o sala de cirugía: El derecho de sala de cirugía incluye la dotación básica del quirófano, uso de equipos convencionales, accesorios, instrumental e implementos, ropa estéril, materiales, suministros e insumos fungibles de uso colectivo y la cobertura de atención por el personal de apoyo requerido, excepto cirujanos, anestesiólogos y ayudantes.

Servicios profesionales¹⁷

Las instituciones públicas como MSP, IESS, ISSFA e ISSPOL, aplicarán los factores de conversión a los prestadores en base a criterios como: volumen de servicios, calidad de atención, cumplimiento de parámetros clínicos y administrativos y plazos de pago.

Los servicios profesionales tomados en cuenta son estimados por la complejidad del gasto médico e incluyen las consultas, interconsultas visitas domiciliarias, procedimientos específicos quirúrgicos y no quirúrgicos.

¹⁷Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud.

Costeo Estimado de la Atención de Embarazos en Adolescentes¹⁸

Para determinar los costos de atención incurridos en el año 2010 referente a embarazos en adolescentes, en primera instancia se establece la cantidad de servicios prestados, según los datos obtenidos previamente del VII Censo de Población y Vivienda:

Tabla N°11
Cantidad de Servicios prestados por Tipo 2010.

Procedimientos	Número de Procedimientos
Total Nacimientos de hijos e hijas de adolescentes	48.475
Total Abortos	2.802
Total General	51.277

Fuente: INEC.

Elaboración: Carla Valdivieso.

Conforme a la información obtenida, se observa que los abortos representan el 5,46% del total; esta cifra indica justamente la falta de preparación física de la mujer en la adolescencia para tener un hijo o hija. En este caso, los riesgos para su salud y la de su hijo o hija son sumamente altos, aspectos que son tratados en los diversos programas de capacitación.

Para el costeo de la atención se utilizó el tarifario aprobado en abril 2011, por lo que los valores que se utilizan en esta investigación fueron llevados a valor presente (año 2010) aplicando la siguiente ecuación:

$$V_0 = V_f / (1+r)^n$$

Donde V_0 es el valor inicial (precio 2010); V_f es el valor final (precio 2011); r es la inflación anual a diciembre 2011 y n es el periodo es decir 1 año. La inflación tomada en cuenta para este cálculo es del 5,41%.

En la presente investigación para la estimación del valor de las consultas, se analiza la consulta preventiva integral¹⁹ para el grupo etario de 11 a 19 años. Por lo que se asume, que en este tipo de consulta es la primera instancia en la que la adolescente es informada que está embarazada. En el país en el 2010 se estima que se atendieron 51.277 consultas preventivas integrales de embarazos adolescentes, con un costo unitario de atención de \$ 5,70 dólares, generando un costo total de \$ 292.358,19.

¹⁸ Ver anexo B.

¹⁹ Consulta preventiva integral (pre consulta, consulta, pos consulta) inicial de un individuo que incluye la historia por edad sexo, el examen médico, consejería, detección temprana de riesgos, intervenciones para reducción de riesgos; y entrega de órdenes de laboratorio/procedimientos diagnósticos, a paciente de primera vez de un usuario (11 a 19 años); tiempo de duración 30 - 45 minutos". Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud 2011.

Tabla N°12
Costo total consultas preventivas integrales

CONSULTAS PREVENTIVAS INTEGRALES	PRECIO	CANTIDAD	TOTAL
	5,70	51.277	\$ 292.358,19

Fuente: Ministerio de Salud Pública.

Elaboración: Carla Valdivieso.

Una vez que la adolescente se entera que está embarazada, tiene dos opciones: la primera es continuar con el embarazo y la segunda interrumpirlo.

Si la adolescente opta por la primera, entonces el proceso inicia cuando la adolescente se entera que está embarazada y termina cuando da a luz, se supone que la adolescente ha recibido el mínimo de atención de 7 visitas médicas o más durante el periodo de gestación, además también se toman en cuenta los valores de los partos vaginales y las cesáreas, y se costea el cuidado obstétrico de rutina como se explica en el anexo B.

En el costeo se consideró el cálculo del gasto en nacimientos, para lo cual se procedió a sacar un promedio del valor monetario de los niveles de servicio para un parto vaginal, como para una cesárea y posteriormente se obtiene un promedio entre dichos valores. Al resultado obtenido se suma el valor monetario de las consultas realizadas por las adolescentes embarazadas y se multiplica por el número de nacimientos obtenidos en el 2010.

Tabla N°13
Costos atención a adolescentes embarazadas al 2010.

NACIMIENTOS	PRECIO	CANTIDAD	TOTAL
CUIDADOS COMPLETOS+ PARTO VAGINAL	\$ 409,47		
CUIDADOS COMPLETOS+ PARTO POR CESAREA	\$ 645,88		
PROMEDIO	\$ 527,68		
VISITAS MEDICAS	\$ 11,38		
TOTAL	\$ 539,06	48.475	\$ 26.130.914,60

Fuente: Ministerio de Salud Pública.

Elaboración: Carla Valdivieso.

En el caso de Ecuador el costo unitario promedio estimado de atención al 2010, fue de \$ 539,06; el número de nacimientos de hijos e hijas de madres adolescentes fue de 48.475, generando un costo total estimado de alrededor de 26 millones de dólares.

Para el cálculo del costo se considera el valor de la sala de parto o quirófano según sea el caso, más los valores adicionados de los cuidados neonatales básicos. Esto en el caso de que ni la madre, ni la o el recién nacido sufren de complicaciones en el proceso de alumbramiento, situación que implicaría costos adicionales.

Para el costeo del aborto se toma en cuenta los diferentes procedimientos que se aplican en el tarifario, se determina el valor monetario y se divide para el número de prácticas, para cada nivel de servicio; a continuación se saca un promedio del valor monetario de dichos niveles y se multiplica por el total de abortos, suponiendo que todos se hayan realizado en un centro de atención médica. Al 2010 el costo total estimado fue de \$ 841.902,51, con un precio unitario promedio de \$300,46 dólares, de un total de 2.802 casos de aborto registrados.

Tabla N°14
Costos de Aborto al 2010.

ABORTOS	PRECIO	CANTIDAD	TOTAL
TOTAL	\$ 300,46	2.802	\$ 841.902,51

Fuente: Ministerio de Salud Pública.

Elaboración: Carla Valdivieso.

Para obtener el costo total estimado del embarazo adolescente en el 2010, se sumó las tres variables: el valor total de la consulta preventiva, el valor total de los nacimientos y el valor de los abortos, lo que da un costo total estimado de \$ 27.265.175,31 de un total de 51.277 embarazos adolescentes.

Tabla N°15
Costos Totales al 2010.

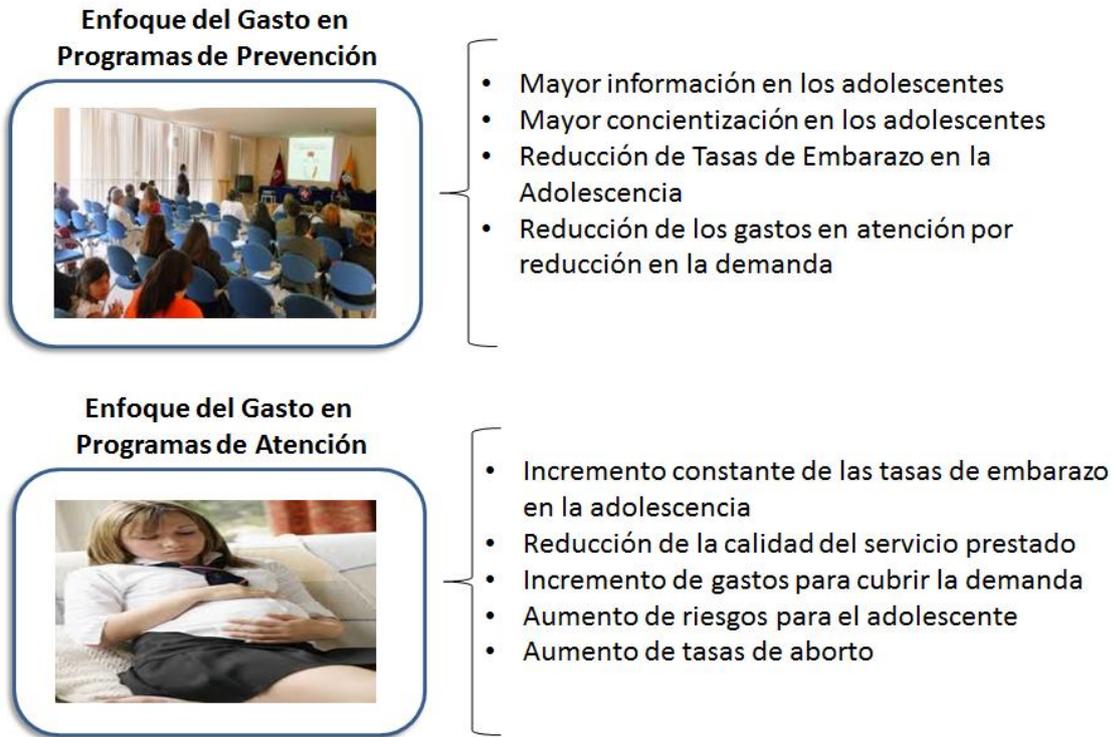
	(USD)
Consultas preventivas integrales	292.358,19
Parto	26.130.914,60
Abortos	841.902,51
Costo Total	27.265.175,31

Fuente: Ministerio de Salud Pública.

Elaboración: Carla Valdivieso.

Gráfico N°9

Incidencia del gasto en programas preventivos y de atención en el embarazo adolescente



Fuente: Ministerio de Salud Pública.
Elaboración: Carla Valdivieso.

El análisis de la situación planteada para el 2010, lleva a considerar que para atender los 51.277 procedimientos en adolescentes (nacimientos y abortos) se debieron utilizar de acuerdo a las estimaciones \$ 27 265.175,31 frente a los tan solo \$ 2 144.900.59 invertidos en prevención, es decir más de 12 veces de lo que se destinó a prevención, lo que refleja una falta de previsión para la búsqueda de soluciones efectivas que tiendan a reducir la tasa de embarazos en la adolescencia. Esta situación presiona al sistema a disponer de mayores recursos para atender a la demanda, generando problemas en la atención principalmente en las zonas rurales e incrementando los riesgos para la adolescente.

La baja acción en la prevención representa una clara debilidad interna de la política pública empleada hasta el 2010, que genera un escenario propio del tercer mundo, en el cual no se atiende al problema (causa) sino a sus efectos. Sin duda esta situación genera un escenario de mayor incremento de las tasas de embarazo, tendiendo a aumentar los niveles de pobreza, desnutrición infantil, delincuencia, entre otros.

Evaluación de los programas públicos 2007-2010

La preocupación del Estado por la prevención del embarazo adolescente, se hace principalmente visible con la implementación del Plan Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente. Dicho plan pretende poner énfasis al embarazo adolescente como un problema de salud pública que se

relaciona directamente con la falta de oportunidad para el ejercicio de los derechos de los y las adolescentes.

Para que el embarazo adolescente disminuya se busca principalmente el fortalecimiento institucional, para que sea el Estado el que se encargue de abastecer la creciente demanda en cuanto a material de prevención, al correcto ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y el acceso a servicios de calidad.

De la información obtenida referente al presupuesto destinado a la prevención del embarazo adolescente del Ministerio de Salud Pública, se puede evidenciar que no se tiene una segmentación adecuada de los rubros destinados a la prevención. Si bien es cierto para el 2010 el 40% del presupuesto ocupado para la prevención del embarazo adolescente fue destinado a la capacitación, no se apreció una clara participación de los ministerios para tener el alcance al grupo objetivo de los y las adolescente. Las campañas de prevención no usaron todo el medio tecnológico para llegar a dar a conocer un mensaje claro y específico. No se contó con una planificación oportuna que destine el presupuesto a determinadas actividades, ni con metas específicas que puedan medir las acciones realizadas. Estas son algunas deficiencias que se encuentran en la implementación del Plan Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente.

Sin embargo, también se han hecho importantes avances con base al Plan Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente, como son abordar la problemática desde la perspectiva de la prevención por medio de la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y en la preparación de la sociedad para que las decisiones de los y las adolescentes con respecto a su salud sexual y reproductiva sean aceptadas.

Es claro que las líneas de acción del Plan Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente son de suma importancia, de ahí que la falta de seguimiento y de indicadores de desempeño incidieron para que no se pueda medir con eficiencia cuál ha sido el verdadero alcance de dicho plan. Además, si a esto añadimos el hecho de que el mismo Ministerio de Salud Pública no posea información clara en cuanto a designación presupuestaria, deja como interrogante la verdadera importancia que se dio antes de la ENIPLA a la reducción del número de embarazos en adolescentes.

Es evidente que hasta el 2010 no existió una clara priorización hacia la prevención del embarazo adolescente. Para ese año el Plan Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente estimaba una reducción del 25% del número de embarazos en el periodo de ejecución. Es indudable que dicho objetivo no fue propuesto de manera realista, porque una disminución de esa magnitud en solo 3 años implicaba no solo un cambio institucional, para lo cual es necesario un gran apoyo económico, sino también un cambio en los patrones de conducta de los y las adolescentes y de la sociedad en general.

A pesar de que se contó con el Plan, es difícil establecer si verdaderamente hubo una reducción del número de embarazos y de los esfuerzos del gobierno para cumplir con dicha meta. Por ejemplo en el caso de la Maternidad Isidro Ayora, el porcentaje de embarazos adolescentes para 1988 fue de 16% mientras que el porcentaje para el 2008 fue de 26.5% y para el 2010 de 27% (ENIPLA, 2013:2) lo que indica que no se ha tenido una reducción del número de embarazos en adolescentes, sino mas bien dicha cifra se ha incrementado.

Es importante también señalar que el Plan Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente fue creado con un enfoque de género. Esto revela la importancia que se está dando a la autonomía de la mujer para que ella pueda decidir y ser consciente de las decisiones que tome sobre su cuerpo. Esto con una base de los acuerdos internacionales donde la responsabilidad de la salud sexual y reproductiva es compartida.

Además, el Plan toma en cuenta y pone de relieve la importancia de la educación sexual, donde son los adolescentes quienes se integran en la elaboración de la política pública y participan activamente en la promoción de una vida sexual saludable.

Hay que destacar que la falta de indicadores no permiten evaluar constantemente el alcance del Plan y que a pesar de que uno de los objetivos específicos fue el de implementar un Sistema Nacional de Información sobre la situación del embarazo adolescente, dichos indicadores no han tenido un seguimiento claro. A pesar de que se cuenta con cifras oficiales al 2010, la última encuesta relacionada específicamente a la salud sexual y reproductiva (ENDEMAIN) fue elaborada en el 2004 y para finales del año anterior se esperaba que se vuelva a realizar dicha encuesta. Es decir, las políticas aplicadas se basaron en datos del año 2004, cuando la elaboración del Plan fue en el año 2007 de lo cual dista 3 años en los que la información si bien es cierto no es muy variante, la misma no puede ser 100% confiable.

En el informe presentado por la UNFPA sobre la evaluación del Plan Andino de Prevención del Embarazo en la Adolescencia (UNFPA, 2011:8) se especifica que Ecuador ha logrado priorizar la planificación familiar y la salud sexual y reproductiva, donde se destacó iniciativas privadas. También, es importante señalar que gran parte del presupuesto que tuvo el Plan Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente provino de organizaciones externas al gobierno; dicha afirmación fue verificada con la Dra. Susana Guijarro quien fue la líder en la implementación de dicho plan y actualmente es la encargada del área de adolescentes del Ministerio de Salud Pública.²⁰

Los principales logros del Plan Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente fueron las investigaciones sobre las determinantes del acceso a anticonceptivos, mapeo de los recursos y servicios de salud, servicio de atención diferenciada de subcentros de salud, creación de “Protocolos de atención integral a adolescentes” y “Protocolos de Salud Sexual y Reproductiva”, validación del paquete pedagógico de Educación Sexual Integral para Adolescentes con el cual se ha capacitado a maestros del sector público sobre el tema, y la Semana Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente.

Se aprecia que durante el período anterior a la implementación de la ENIPLA, los esfuerzos y los resultados alcanzados por diversas instituciones han sido importantes, a pesar de esto hay que recalcar que no dio el valor necesario al tema; solo del análisis de los datos obtenidos al 2010, por ser dicho año en el que se obtienen cifras confiables, podemos apreciar que no se tiene una segmentación y control específico de los recursos destinados.

Si el Estado continuaba registrando la misma tendencia de gasto en prevención, el presupuesto destinado para el año 2013 hubiera sido de \$ 1.117.573,00, que comparado con lo que actualmente

²⁰ Entrevista realizada a la Dra. Susana Guijarro, Directora del programa de adolescentes. Área de Normalización. MSP, el 07/09/2012.

dispone la ENIPLA (\$ 27.966.959.00 para el 2013), permite evidenciar la importancia que al momento está dando al tema el gobierno. En efecto, casi la misma cantidad de recursos que se estima gastó el Estado en el 2010 para atención de adolescentes embarazadas, es la que actualmente se está direccionando para las campañas de prevención.

Se debe mencionar la carencia de información sobre el tema; en efecto, cuando se solicitó el informe de actividades relacionadas con la prevención del Embarazo Adolescente, la funcionaria encargada hasta el 2010 de dicho tema señaló que no se posee información escrita o bien no pudo ser proporcionada²¹. Lo más cercano a una evaluación del accionar del Plan Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente fue el informe de medio término de UNPFA, en el que dicha institución señala el presupuesto destinado y las actividades realizadas enfocadas a la prevención del embarazo en adolescentes.

Resulta claro que hasta el 2010 el modelo fue destinado a la atención y muy poco a la prevención de la problemática, además de que es visible que a pesar de que se contó con el Plan no existieron claros mecanismos de control y monitoreo.

Varios expertos en el tema²² señalan que una de las mayores dificultades para que no se pueda tener avances claros en cuanto a la disminución del número de embarazos en adolescentes, es la falta de intersectorialidad que comprometa a todos los ministerios a ver el problema como multicausal y exponga los efectos negativos que tiene para la sociedad y para la adolescente un embarazo no planificado.

La falta de responsabilidad política de cada ministerio hizo que el tema sea puesto en un segundo plano durante el periodo 2007-2010; como mencionó Verónica Espinosa coordinadora de la ENIPLA en la entrevista realizada “los planes son más programáticos operativos y tienen una agenda de ejecución que no necesariamente cumple con la obligatoriedad de una política pública”.

Es notable la falta de gestión del gobierno hacia el tema durante el periodo 2007- 2010, y también se potencializó en estos años la necesidad de que se construya una política pública capaz de consolidar un trabajo conjunto para cambiar varios aspectos sociales y culturales que no permitieron que las acciones realizadas anteriormente lleguen a tener un alcance importante.

Se puede observar también que no hubo mucha visualización del problema por medio del uso de estadística que demuestre mediante cifras el impacto que tiene en la vida de una adolescente un embarazo. Así mismo, no se han evidenciado los altos costos que implica para el Gobierno atender la problemática en lugar de enfocar dichos recursos a la prevención de la misma.

Varias de las acciones realizadas no fueron llevadas a cabo bajo un concepto de planificación, más bien la gran mayoría de ellas fueron efectuadas por instituciones privadas u organismos internacionales.

La falta de una agenda estructurada en la cual conste tanto las actividades como el presupuesto destinado, hizo que la evaluación de la implementación del Plan Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente sea difícil de realizar.

²¹ Entrevista realizada a la Dra. Susana Guijarro, Directora del programa de adolescentes. Área de Normalización. MSP, el 07/09/2012.

²² Entrevista realizada a Verónica Espinosa, Coordinadora Técnica de ENIPLA. ENIPLA el 02/03/2013.

Si bien ha existido un marco jurídico que ampara la ejecución de los derechos sexuales y reproductivos de un grupo primordial como son los y las adolescentes, el Estado no ha puesto esfuerzos importantes para que dichos derechos lleguen a toda la población objetivo.

Evaluación de los programas públicos ENIPLA 2012

La ENIPLA surge como la política pública en respuesta a la necesidad de tratar al embarazo adolescente como un problema de salud pública. Dicha estrategia pretende garantizar la ejecución de los derechos sexuales y reproductivos y también garantizar el acceso a servicios de calidad.

Al ser una estrategia intersectorial abarca la problemática del embarazo adolescente desde varias perspectivas, las mismas que no solo demuestran un problema de salud sino un problema social por la implicación que tiene dicho proceso en la vida de la adolescente, limitando su desarrollo social y económico y siendo un factor que incrementa las posibilidades de caer o permanecer en la pobreza.

Además, la ENIPLA pretende generar cambios culturales para que la sociedad vea a la sexualidad de manera más abierta y que fomente la toma de decisiones libre e informada.

La ENIPLA lleva en ejecución desde el primero de enero del 2012, de lo cual las principales actividades y resultados han sido referentes a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, capacidades, acceso a métodos anticonceptivos, información masiva y acciones de educomunicación.

Logros

El detalle de los logros es el siguiente²³:

Servicios integrales de salud sexual y reproductiva

- Incremento del 16% en las consultas preventivas de adolescentes.
- Incremento del 12% en las consultas por morbilidad en adolescentes.
- Incremento del 9% en las consultas de planificación familiar en mujeres de edad fértil.
- Incremento del 19% de las consultas preventivas en los 100 servicios integrales de salud del adolescente implementados por estrategia.

Capacidades

- 100% de profesionales de salud de las unidades móviles capacitados en Normas de Planificación Familiar- anticoncepción y colocación de implantes sub-dérmicos.
- 100% de tutores de los Técnicos de Atención Primaria en Salud capacitados en sexualidad y salud sexual y reproductiva.
- 87% de Técnicos de Atención Primaria en Salud capacitados en sexualidad y salud sexual y reproductiva.

²³ Información proporcionada durante la entrevista realizada a Verónica Espinosa, Coordinadora Técnica de ENIPLA. ENIPLA el 02/03/2013.

- 6.814 profesionales de salud de unidades de primer nivel capacitados en sexualidad y salud sexual y reproductiva, normas y protocolos.
- 560 profesionales de salud de 70 unidades priorizadas capacitados en cuidados obstétricos esenciales de Planificación Familiar.
- 100% de coordinadores nacionales del Seguro Social Campesino capacitados en sexualidad y salud sexual y reproductiva.

Acceso a métodos anticonceptivos

- 100% de dispensadores colocados en unidades de 1er y 2do nivel con cobertura nacional.
- 178.377 implantes subcutáneos colocados a nivel nacional.
- 4'393.602 preservativos (masculinos y femeninos) por dispensador, lo que representa el 31% más de lo que se entregó el año 2011 por medio de las consultas.

Información masiva

- Campaña educomunicativa sobre planificación familiar y anticoncepción a 2.500 usuarios y usuarias y 360 profesionales de salud, sensibilizados y comprometidos a brindar información clara, técnica y completa.
- La Ruta "HABLA SERIO", visto en 91 unidades de salida de Guayas, Chimborazo, Napo, Morona Santiago, Manabí, Pastaza y Orellana para sensibilizar, informar y asesorar a 9.000 usuarios y 1.700 profesionales de las mismas sobre derechos sexuales y reproductivos.
- 11.000 llamadas atendidas en la línea 1800 445566 sobre asesoría en temas de sexualidad y salud sexual y reproductiva, de los cuales 78% se refirieron a llamadas sobre métodos anticonceptivos.
- 40 programas de radio diseñado y transmitido por radio pública sobre temas como salud sexual y reproductiva, derechos, violencia y enfermedades de transmisión sexual.
- Gran cantidad de visitas en los espacios de redes sociales Habla Serio (604.465 visitas).

Acciones de Educomunicación

- 300 adolescentes de las nueve cabinas radiales juveniles realizaron 26 cuñas radiales sobre derechos sexuales y reproductivos.
- 250 adolescentes en las provincias priorizadas realizaron 9 cortometrajes sobre salud sexual y reproductiva.
- 8.250 adolescentes, docentes madres y padres de familia participaron en debates teatrales sobre el tema.
- 25.000 copias de DVD'S interactivos sobre sexualidad integral para trabajo en familias.

- 2.500 adolescentes informados en las ferias “Habla Serio sexualidad sin misterios” de los cuales participaron alumnos de 100 colegios fiscales a nivel nacional.
- 1'189.087 adolescentes asistieron a los eventos realizados a nivel nacional por la semana de la Prevención del Embarazo en Adolescentes con la campaña “Habla Serio sexualidad sin misterios”.
- 220.112 personas adultas informadas sobre derechos, salud sexual y reproductiva en eventos de difusión y socialización de los servicios de Salud y Métodos de Planificación Familiar a nivel nacional.

Hay que destacar que los avances que tendrán continuidad en el presente año son la capacitación a más profesionales de la salud, porque de dicha meta solo se ha alcanzado el 50%. De igual manera, la capacitación a técnicos de atención primaria de salud que queda un 27% restante para recibir dicha capacitación; y, las investigaciones prioritarias, revisión y actualización de política, protocolos y guías prácticas clínicas que solo se ha realizado en un 65% al culminar el año pasado.

También, se debe señalar la importancia que ha dado la ENIPLA a los medios de comunicación masiva y las redes sociales que son los que llegan con mayor impacto a los y las adolescentes. Con la campaña masiva “Habla Serio sexualidad sin misterios”, los comerciales han sido vistos más de 3 veces por el 60% de personas mayores a 12 años.

La estrategia a diferencia del Plan Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente y por ser una política pública que cuenta con el apoyo y compromiso político y económico del gobierno, mantiene mayores sistemas de control. Además, es clara la importancia que se da al cambio de la percepción social hacia la decisión sobre la salud sexual de los y las adolescentes y de la comunidad en general.

La ENIPLA al ser intersectorial compromete a los ministerios a una acción conjunta en la búsqueda de resultados visibles, a pesar de que la meta de lograr disminuir un 25% el número de embarazos de madres adolescentes es poco viable, se puede percibir que las acciones propuestas en el lanzamiento de la política pública están siendo cumplidas y mantienen un seguimiento estricto, uno de los grandes defectos del Plan Nacional de Prevención de Embarazo Adolescente.

No sólo es importante tener un avance actual, sino también posicionar la estrategia para que mantenga continuidad y así poder ver resultados más impactantes a largo plazo. Para lograr esto, el presente año se pretende continuar con el fortalecimiento de capacidades de profesionales en lo que se refiere a normativa, capacitación y formación. Se va a continuar también trabajando con el fortalecimiento de servicios, insumos y equipamiento para eliminar barreras de acceso e incrementar el número de consultas preventivas.

También se buscará continuar con la generación de conocimiento, investigación y evaluación de acciones y resultados.

Se seguirá implementando la estrategia de educomunicación masiva y difusión de acceso a servicios con un continuo mantenimiento y fortalecimiento de estrategias de redes y portal web.

Para seguir con el cambio de percepción social se planea ejecutar acciones de promoción y prevención por medio de la participación social, esto mediante unidades móviles, brigadas y

promotores, así como la capacitación continua para profesionales y personas usuarias de servicios por medio de material educomunicativo en salud sexual y reproductiva.

Como se ha expuesto, el accionar de la ENIPLA tiene un control y monitoreo propio de una política pública, además es visible la inversión tanto económica como en capital humano que se está realizando. Es significativo mencionar que la ENIPLA considera el entorno y cambio cultural que enfrenta la sociedad y del cual los y las adolescentes son afectados, es por esto que el uso de las redes sociales ha tenido gran impacto. Además, se está dando prioridad a la capacitación tanto a personal educativo como de salud para que los servicios ofertados por los mismos sean amigables y pueden tener un mayor impacto en las decisiones de los y las adolescentes.

Si bien es cierto que la inversión que se ha producido en la ENIPLA para estos 2 años ha sido de gran magnitud, también representa la poca importancia que se ha dado en años anteriores a la prevención del embarazo adolescente. Como se ha mencionado, antes de la ENIPLA no se contaba con un presupuesto segmentado, ni unidades de control, ni monitoreo por lo que el Plan Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente no tuvo resultados importantes.

Bajo la actual visión del Estado, le corresponde brindar educación en sexualidad desde una perspectiva integral, ofrecer información objetiva y precisa sobre salud sexual y reproductiva, así como dotar de servicios de calidad y responsabilidad.

La ENIPLA tiene como objetivo una reducción del 25% del número de embarazos totales en adolescentes y de acuerdo al criterio de expertos en el tema, dicha cifra es inalcanzable en el corto tiempo.²⁴

La prevención a partir de la ENIPLA surge como mecanismo para atacar el problema desde una perspectiva multicausal, donde se pone énfasis en tres ejes de acción que son: educación en sexualidad; atención en salud integral; y, campaña de difusión masiva y la participación comunitaria.²⁵ Como mencionó Fabiola Falconí, Coordinadora Técnica de la ENIPLA en el MIES, la prevención “implica conocer e incidir en los patrones socioculturales que mantienen determinadas condiciones que favorecen el embarazo adolescente, implica también cambiar situaciones socioeconómicas y de educación que influyen en esta situación”.²⁶

Los diferentes actores entrevistados en esta investigación coincidieron en que los logros si bien van a la par de las metas propuestas, aún no se puede llegar a concluir sobre el impacto que tiene la ENIPLA, ya que el periodo de evaluación es muy corto para poder conocer el resultado que tendrá la inversión que se está dando actualmente para solucionar la problemática del embarazo adolescente.

Es importante señalar que uno de los puntos débiles de la ENIPLA es la falta de cumplimiento que se está dando al presupuesto originalmente destinado. Lastimosamente no se pudo tener acceso al detalle de los rubros, sin embargo en la entrevista realizada a Lilia Córdova, Coordinadora de la ENIPLA en el MCDS, se indicó que el presupuesto con el que actualmente se cuenta es menor al

²⁴ Entrevista realizada a Verónica Espinosa, Coordinadora Técnica de ENIPLA. ENIPLA el 02/03/2013.

²⁵ Entrevista realizada a Lilia Córdova, Coordinadora Técnica de ENIPLA. MCDS el 08/04/2013.

²⁶ Entrevista realizada a Fabiola Falconí, Coordinadora Técnica de ENIPLA. MIES el 02/02/2013.

estimado, pero que a pesar de eso se está haciendo lo posible para realizar todas las actividades planteadas.²⁷

Un cuestionamiento en cuanto a la actual política pública surge en relación a la continuidad de la misma. La planificación de la ENIPLA es de 2 años de implementación, a partir de ahí se espera que cada ministerio internalice las acciones realizadas y que se haga oficial la participación para que la prevención del embarazo adolescente pueda dar resultados claros en cuanto a la disminución de los mismos.

Hasta el año 2010 no se contaba con mecanismos de difusión que hagan llegar el mensaje de prevención a los y las adolescentes; por otro lado un punto positivo de la ENIPLA es la importancia que da la Estrategia a los medios de difusión masivos más utilizados por las y los jóvenes como son las redes sociales, programas de radio, videos interactivos y portales web.

Si bien se contaba con un Plan, es vital el compromiso del Gobierno para la solución de la problemática y hacia el enfoque de salud por parte de la prevención. Se ha evidenciado que el costo de tratar una situación clínica es mucho mayor a lo que se ha destinado a prevención y es muy posible que los rubros destinados a partir del 2011 no tuvieran que ser de esa magnitud si se hubiera contado con una política clara y que llevara un seguimiento estricto en cuanto a prevención del embarazo adolescente.

Para que la actual política alcance las metas propuestas es necesario que se cuente con mecanismos de continuidad que sean periódicamente evaluados, de manera que las acciones realizadas actualmente puedan llegar a generar un cambio no solo cuantitativo en referencia al número de embarazos en adolescentes, sino también un cambio en la calidad de vida de los mismos.

La información y el acceso a la misma es un punto de suma importancia, así como el acceso a servicios de salud amigables, que permitan un cambio en la concepción de prevención del embarazo no deseado y de salud sexual y reproductiva.

Los mecanismos de evaluación de la eficiencia de la política actual aún no están en ejecución. El Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (MCDS) realizará un estudio de impacto cualitativo de la ENIPLA en el 2014. A su vez, se tiene conocimiento que está en implementación el levantamiento de información en cuanto a salud sexual y reproductiva; con esta información se tendrá una idea más real del verdadero impacto que ha tenido el Plan Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente y es de suma importancia que se tome en cuenta dichos resultados para la continuación de la Estrategia.

Por otro lado, un punto a favor de la Estrategia es que periódicamente se tiene rendición de cuentas de las actividades realizadas, de manera que los objetivos puedan ser monitoreados en su cumplimiento.

²⁷ Si bien es cierto que el apoyo ha sido importante, hay un problema en cuanto a la designación presupuestaria estimada y con lo que en realidad se ha contado. Dichas cifras fueron solicitadas pero no fueron entregadas en ninguna de las instituciones, solo se proporcionó la información general con la que el proyecto fue aprobado y se indicó que el análisis de gestión del anterior año se está realizando, pero que no puede ser entregado porque aún no es oficial.

Consideraciones generales

El embarazo adolescente debe ser tratado como un problema de salud pública por el impacto que tiene, no solo en la vida de la adolescente embarazada sino en todo su entorno, modificando las aspiraciones de la misma. Hay una relación directa entre la pobreza y la mayor probabilidad a que se presente un embarazo en la adolescencia, por lo que las políticas públicas deben estar enfocadas principalmente a los grupos más vulnerables, que son los que poseen menor acceso a información y a servicios de calidad.

De igual forma, dichos grupos son generalmente de núcleos de familias numerosos, por lo mismo hay que tener en cuenta el aspecto cultural al que está enfocada la política pública. Se debe considerar que la condición de vulnerabilidad afecta a la fuerza laboral y que una madre adolescente pobre y su hijo o hija tienen una mayor incidencia a continuar en el círculo de la pobreza.

En este contexto, se debe destacar la importancia de la permanencia de la adolescente embarazada en el sistema educativo, lo cual implica gran responsabilidad hacia la capacitación a profesores y profesoras, para que los mismos se conviertan en un apoyo y ayuden a que la adolescente pueda culminar sus estudios.

En lo que se refiere a métodos anticonceptivos, una de las deficiencias de la política implementada es que no se cuenta con información actualizada sobre el uso de los mismos. La información más precisa es la obtenida del ENDEMAIN 2004, del cual se presenta la preocupación de que a pesar de que las y los adolescentes tiene conocimiento sobre métodos anticonceptivos, el uso de los mismos no es realizado por la mayoría; dicha problemática es un punto importante en la elaboración de la política pública, debido a que no solo la información es un pilar fundamental en la prevención de embarazos adolescentes no deseados, sino que también el acceso a métodos anticonceptivos y servicios amigables son puntos importantes para disminuir la tasa de fecundidad en adolescentes.

Cabe destacar que con la Estrategia Intersectorial de Prevención del Embarazo Adolescente y Planificación Familiar se está abriendo una nueva puerta al cambio institucional y social, por lo mismo es fundamental que dicha Estrategia no se vea limitada al periodo estimado de ejecución, sino que cumpla con un periodo de continuidad para así poder mejorar la calidad de vida de las y los adolescentes del país y por lo mismo de las nuevas generaciones.

La política pública debe estar enfocada a la mejora de la calidad de vida de la población, se debe ir más allá de solucionar los problemas inmediatos para lograr atención equilibrada de las necesidades de la comunidad. Es importante que en la política pública se cuente con sistemas de control y monitoreo, así como también con líneas de continuidad para que los resultados sean visibles a mediano y largo plazo.

La política de prevención del embarazo adolescente como lo enfoca la ENIPLA, tiene que tomar en cuenta que la planificación familiar no es solamente anticoncepción, por lo que es necesario que se cuente con un proceso educativo donde se busque un ejercicio responsable de la salud sexual y reproductiva.

La política pública también debe estar enfocada al cambio de patrones socioculturales, para que las decisiones de los y las adolescentes en cuanto a su salud sexual y reproductiva sean aceptadas y promovidas bajo información certera y responsabilidad conjunta.

Es importante señalar que una política pública de prevención no debe incitar a comportamientos sexuales promiscuos a temprana edad, por lo que el medio que use la política para llegar a la población objetivo debe ser correctamente evaluado, de manera que se logre que los y las adolescentes retrasen la edad de iniciación sexual, disminuyan el número de parejas sexuales y en el caso de que inicien una vida sexual activa puedan contar con acceso a métodos anticonceptivos para evitar embarazos no planificados.

Es primordial que el Estado cuente y brinde mecanismos para facilitar el acceso a información y educación sexual por medio de distintos programas. El trabajo intersectorial ayuda a ver la problemática desde un enfoque global, donde todas las variables son tratadas como multicausales.

Fallas de mercado y bienes preferentes

El embarazo adolescente es un problema de salud pública, que evidencia varias fallas de mercado como son las externalidades negativas, desempleo y asimetría de información.

El hecho de que una adolescente se quede embarazada constituye una externalidad negativa, pues genera una serie de impactos en diferentes ámbitos como el laboral, educacional, familiar, entre otros. La madre adolescente se ve obligada, en muchos de los casos, a sustituir la continuidad en los estudios por la crianza de las y los hijos o por trabajamos mal remunerados. El embarazo en la adolescencia también genera costos privados o públicos como se ha demostrado previamente; la mayoría de adolescentes que presentan un embarazo y maternidad en este periodo, se convierten en cargas familiares porque se encuentra en condiciones de dependencia, esto a su vez incrementa las posibilidades de ser víctimas de violencia familiar.

Una adolescente que vive experiencias de este tipo es más propensa de tener una calidad de vida inferior que desencadena en efectos negativos para ella, la familia y el hijo o hija. Además, como se ha mencionado, el embarazo en la adolescencia es un factor influyente para que la adolescente caiga o continúe en la pobreza. La preparación académica a la que muchas veces se renuncia, genera que no se pueda acceder a trabajos bien remunerados llevando a que la participación económica de la adolescente en el hogar sea baja, esto no solo tiene repercusiones económicas en la calidad de vida sino también psicológicas, ya que la joven ve frustradas sus aspiraciones.

Un factor importante para que se produzca el embarazo en la adolescencia y para que sea visto como un problema de salud pública, es la asimetría de información a la que se enfrenta este grupo poblacional. Muchas veces por miedo los y las adolescentes no consultan fuentes de información confiable, además la falta de difusión de los programas de prevención del embarazo adolescente hace que sea más difícil que la información de calidad llegue a los y las adolescentes. De ahí que es importante la intervención por parte del Estado para que los y las adolescentes sepan dónde pueden obtener servicios de calidad, y que los mismos estén calificados para dar una atención amigable con el fin de la prevención.

En definitiva, el rol del Estado frente al embarazo adolescente debe estar enfocado al Estado de Bienestar, velando por la protección de los derechos de los y las ciudadanas y proveyendo de servicios. Por la necesidad de la intervención del Estado para el consumo del bien de la prevención, es que se considera a la prevención del embarazo adolescente como un bien público, porque no es deseable ni viable excluir a nadie de su consumo, ya que dicha exclusión como se ha mencionado

genera consecuencias económicas y sociales que desencadenan en costos importantes para el Estado. En base a esta justificación, se supone a la prevención como un bien preferente, porque el Estado obliga a que sea consumido por toda la sociedad debido a que provoca externalidades positivas como son la continuidad en la formación académica, incremento en la productividad y situación laboral, mejora en la calidad de vida de los y las adolescentes; generando así una mejora en la sociedad en general.

Como se ha evidenciado en este estudio, la tasa de fecundidad adolescente no ha tenido variaciones significativas y aquellas adolescentes que fueron madres durante el 2010 presentan tasas alarmantes de dependencia, falta de escolaridad, falta de información y son más propensas de caer en el círculo de pobreza.

La política pública por parte del Estado y la intervención del mismo en dicha problemática es crucial para obtener resultados significativos, ya que la iniciativa privada si bien es cierto ha tenido importantes alcances no cuenta con los fondos necesarios para producir un cambio revelador en la conducta reproductiva de los y las adolescentes.

El Estado se convierte en el actor indispensable en el otorgamiento de recursos económicos y no económicos, así como en la mejora del sistema de información que permita facilitar la decisión de los y las adolescentes con respecto a su vida sexual. La intervención estatal también se justifica por la falta de oferentes con respecto a servicios de salud e información enfocada netamente a los adolescentes, de manera que dichos servicios sean gratuitos y especializados.

Eficiencia y equidad

En el tema del embarazo adolescente están en juego los conceptos de eficiencia y equidad.

Con respecto al primero se ha evidenciado que durante el periodo del 2007 al 2010, las políticas y programas aplicados no han sido del todo eficientes pues no se ha presentado una mejora notable en la disminución del número de embarazos adolescentes, además la meta propuesta para bajar dicho número es poco realista.

A la vez, es clara la falta de control que ha existido durante este periodo en cuanto a la correcta asignación presupuestaria, cuestionando de esta manera la verdadera importancia que se ha dado a este grupo prioritario y a las consecuencias de un embarazo en la adolescencia.

Por otro lado, es evidente que a partir de la implementación de la ENIPLA la eficiencia en cuanto a acciones, actividades y resultados ha sido más notable. Esto como resultado de una correcta asignación presupuestaria para la estrategia y un adecuado control y monitoreo de la política pública.

La evaluación de la eficiencia en general de la política pública implementada para la prevención del embarazo adolescente durante el periodo 2007-2012, se apreciará en el mediano y largo plazo, ya que es necesario un cambio ideológico, cultural, institucional y social para tratar dicha problemática desde la prevención.

En lo que corresponde a equidad, se debe destacar que ha existido una importante mejora en la formulación de la política pública en cuanto a la equidad de género. El problema del embarazo adolescente tiene un sinnúmero de variables que se interrelacionan afectando a todos los niveles de

la sociedad, si bien es cierto la adolescente es quien se ve directamente afectada no hay que dejar de lado que el hombre juega un papel importante en dicho problema social, por lo que la responsabilidad compartida debe ser tema primordial en la formulación de la política pública.

Hasta el momento si bien la formulación de los diferentes planes y estrategias es universal, el alcance de los mismos es cuestionable, principalmente en zonas rurales y de difícil acceso donde el número de embarazos en la adolescencia es representativo en comparación con la población. Para tener una idea si la política implementada ha llegado a todos los y las adolescentes es necesaria una evaluación cualitativa de la misma, como la que pretende realizar el MCDS mediante una encuesta de satisfacción al culminar el periodo de aplicación de la ENIPLA.

Lo que se busca con la prevención del embarazo adolescente es generar igualdad de condiciones, para que todos los miembros de la sociedad puedan alcanzar un buen nivel de vida.

Como se ha evidenciado, el embarazo adolescente es un problema de salud pública por los efectos que genera a nivel psicológico, biológico, social y económico. El Estado es el encargado de tratar dicho problema por medio de la prevención, sin embargo no siempre se ha dado la importancia necesaria al tema a pesar de que en el país se contaba con una política pública. Hay que destacar que en la actualidad se están haciendo importantes avances para poder disminuir el número de embarazos en la adolescencia.

La prevención es una herramienta que permite minimizar los efectos de un embarazo adolescente no deseado, por ello es primordial que la política pública esté enfocada siempre a la mejora de la calidad de vida de las personas antes que al tratamiento de un suceso o enfermedad.

Las y los adolescentes son un grupo prioritario al que se debe dar la importancia necesaria para así poder crear un mejor futuro para toda la población de un país.

Conclusiones

El embarazo adolescente es un problema de salud pública por las consecuencias de dicho suceso que se evidencian a nivel social, económico, psicológico y médico. Dicho proceso no solo representa un impacto y cambio significativo en la calidad de vida de las adolescentes, sino también de su entorno, provocando en ocasiones disolución de los núcleos familiares afectando la estructura social, por lo que el Estado está en la obligación de intervenir en prevención y atención para los y las adolescentes y las adolescentes embarazadas.

La prevención para que los y las adolescentes disfruten de un estado óptimo de salud, se considera un bien público suministrado por el Estado, porque no es viable ni deseable excluir a nadie de su consumo. El Estado debe generar el bien de la prevención del embarazo adolescente, porque la oferta privada no es suficiente para producir cambios significativos en el número de adolescentes embarazadas, ni en el acceso a información y servicios de calidad para toda la población.

Para el Estado la prevención del embarazo adolescente es un bien preferente, por lo que incide para hacer efectivo su consumo, bajo el concepto de Estado de Bienestar. Las campañas de prevención son consideradas como bienes que el Estado procura sean consumidos masivamente para producir una mejora de la calidad de vida de la sociedad.

El embarazo adolescente genera externalidades negativas individuales que se relacionan con la culminación de la formación escolar, acceso a fuentes de trabajo, continuar o caer en la pobreza, y asumir los riesgos en cuanto al crecimiento integral de sus hijos e hijas. Para la sociedad el embarazo adolescente acelera el crecimiento de la población, genera gastos para el cuidado de la madre y el hijo o hija, aumenta la probabilidad de permanecer, caer o incrementar la situación de pobreza y el generar dependencia de la ayuda estatal.

Otra falla del mercado de salud, que influye para que se produzca un embarazo en dicho periodo es la asimetría de información, porque son los y las adolescentes quienes se enfrentan a distorsiones en cuanto a centro de atención, calidad y precios. El acceso a información y a educación es un blindaje para que no se produzca esta situación, las adolescentes que han recibido información tienen hasta el 45% menos de probabilidades de quedar embarazadas y ejercer sus derechos sexuales y reproductivos de manera responsable.

Por medio de la evaluación de costos se evidencia hasta el año 2010, que el accionar por parte del Estado se enfocó en mayor proporción a la atención que a la prevención del embarazo en adolescentes, de haber sido lo contrario en la actualidad se verían resultados notorios en cuanto a la disminución del número de embarazos en dicho periodo de la vida. Se puede afirmar que hasta ese año no se cumplió uno de los principales objetivos del sistema sanitario que es el enfoque a la prevención, provocando una pobre efectividad del sistema de salud reflejado en la calidad de vida de las adolescentes embarazadas y de su entorno.

Es claro que durante la implementación del Plan Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente en el periodo 2007-2010, ha existido falta de planificación y monitoreo de recursos, lo que no ha facilitado que las políticas aplicadas tengan un alcance significativo; tampoco ha existido una correcta

valoración de dicho Plan donde se pueda conocer el alcance, la satisfacción de los participantes y el cumplimiento de metas y actividades. Además, se aprecia la falta de apoyo del Gobierno tanto económicamente, como en gestión; la política aplicada durante ese periodo no ha estado enfocada a la justicia distributiva y no se ha presentado una evidente maximización de la salud de la población objetivo mediante los sistemas y servicios de salud.

Una de las principales fallas que se dio durante la implementación del Plan Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente, es que no se trató a la problemática de manera multicausal, para la cual es necesaria la interinsitucionalidad para poder obtener mejores resultados en cuanto a la disminución del número de embarazos en adolescentes.

La tasa de fecundidad adolescente no presentó una disminución como sucedió con la tasa global de fecundidad; por el contrario, dicha tasa continúa con una tendencia creciente por lo que a manera de evaluación se puede considerar que las medidas tomadas no han sido suficientes. Cabe puntualizar que esto se debe en gran medida a la falta de precisión con la que se estaba enfrentando la problemática al momento de la creación e implementación del Plan Nacional de Prevención de Embarazo Adolescente.

El paso que se da desde el Plan Nacional a la ENIPLA es significativo, porque dicha estrategia promueve la participación activa de los distintos ministerios, evidencia el proceso social y tecnológico que viven los y las adolescentes, genera espacios de integración e información acorde al grupo en cuestión, considera a la equidad en cuanto al acceso, financiamiento y distribución de los recursos; pone énfasis en la prevención, genera mayor impacto implementando acciones específicas más eficientes en relación a la planificación familiar con enfoque del ejercicio responsable de los derechos, ha contado con el apoyo por parte del Gobierno y funciona como un ente independiente. Sin embargo, aún es notoria la necesidad de contar con constante capacitación y mejora de infraestructura para garantizar el acceso oportuno al material de prevención.

Es importante destacar que con la Estrategia Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo Adolescente se abre una nueva puerta al cambio institucional y social, por lo mismo es fundamental que dicha Estrategia no se vea limitada al periodo estimado de ejecución, sino que tenga continuidad para así poder mejorar la calidad de vida de las y los adolescentes y por lo mismo de las nuevas generaciones del país.

Recomendaciones

La política pública debería estar enfocada a tratar el embarazo en la adolescencia como un problema de salud pública multicausal de manera que se incorpore las variables como: la pobreza, dependencia, violencia, acceso a educación, ambiente socio cultural, acceso a información y capacitación, poniendo énfasis en los grupos más vulnerables, para que los niveles de embarazos adolescentes presenten reducciones importantes en el largo plazo.

Es importante que se siga manteniendo los programas de capacitación para que las y los profesores puedan manejar una situación de esta magnitud y se asegure la continuidad de la adolescente en el sistema educativo. De igual forma, se debe insistir en la capacitación a los profesionales de la salud para asegurar que los y las adolescentes reciban servicios de calidad y que se incremente la visita de los mismos a centros de salud en busca de información y servicios.

Un aspecto sustancial a tomar en cuenta es que se ponga atención a la continuidad de la actual política pública. Si bien es cierto ha sido estructurada para el lapso de dos años, es necesario que se cree medios para que los ministerios y la sociedad puedan continuar con las buenas prácticas hacia la prevención del embarazo adolescente. Esto ligado a un buen sistema de monitoreo y planificación que ayude a que la internalización de las mismas lleven a mejorar la vida de los y las adolescentes.

Es importante que la política pública esté enfocada siempre a la prevención y que la educación, capacitación e información sean la base de la misma. En el caso de la promoción de una buena salud sexual y reproductiva, es necesario que se mencione que no se está fomentando al comportamiento sexual promiscuo y iniciación sexual temprana, más bien la política pública debe estar enfocada a la mejora de la calidad de la población en general promoviendo mecanismos que faciliten el acceso a información y a servicios de calidad.

Como se ha demostrado el embarazo adolescente es un problema de salud pública, por lo tanto es deber del Estado responder con acciones oportunas y mantener un constante monitoreo de la calidad de los servicios que se están ofertado, no solo en el campo de la salud y la educación sino también en todos los aspectos en los cuales el alcance de los mensajes de prevención sean visibles. En la actualidad hay que poner énfasis en el cambio tecnológico y basarse en el mismo para poder llegar a los grupos objetivos con una política clara, la misma que debe ponerse en ejecución y no ser solo un documento con buenas intenciones.

En el contexto de la problemática del embarazo adolescente, para tener un mejor control de la oferta por parte del gobierno es necesaria una constante evaluación a los prestadores de servicios, esto no solo por parte de las instituciones sino también de los usuarios quienes son los que se ven directamente beneficiados o perjudicados por la calidad de los servicios.

El Estado debería poner a los y las adolescentes como un grupo primordial, porque esto es apostar al futuro, si los y las adolescentes culminan sus estudios, podrán tener mejores oportunidades, por lo que las políticas enfocadas a la juventud llevan consigo un cambio global en el futuro del país.

Referencias Bibliográficas

- Arredondo, Armando (1999) La economía de la salud? *Revista de la facultad de ciencias económicas* N13, México.
<http://economia.unmsm.edu.pe/servicios/publicaciones/revistas/Articulos/REV013/REV13-ART10.PDF>[Consulta: 12/04/2012]
- Banco Central del Ecuador; Inflación
http://www.bce.fin.ec/resumen_ticker.php?ticker_value=inflacion[Consulta: 13/08/2012]
- CELADE (2000) *Adolescencia y juventud en América Latina y el Caribe: Problemas, oportunidades y desafíos en el comienzo de un nuevo siglo*. Serie Población y Desarrollo No. 9, Chile.
- Chetty Rajendra y Chigona Agnes (2008) *Teen mothers and schooling: lacunae and challenges; South Africa* <http://www.ajol.info/index.php/saje/article/viewFile/25158/4356>" [Consulta: 22/05/2012]
- CIDE (2006) *Consecuencias socioeconómicas de la maternidad adolescente: ¿Constituye un obstáculo para la formación de capital humano y el acceso a mejores empleos?*, Perú.
<http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0686/Libro.pdf> [Consulta: 10/08/2012]
- CONAMU (1996) *Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades*, Ecuador.
- Consenso de Brasilia (2010) *Conferencia regional sobre la mujer en América Latina y el Caribe*
http://www.eclac.org/mujer/noticias/paginas/5/40235/ConsensoBrasilia_ESP.pdf
- Constitución Política del Ecuador (2008) *Capítulo segundo: Políticas públicas, servicios públicos y participación ciudadana, artículo 32, 41, 43, 44,45.*
- Córdova Lilia (08/04/2013) Participación del ministerio en la ENIPLA, MCDS (C. Valdivieso entrevistadora).
- Del Llano, Juan (2010) Artículo: *Eficiencia, equidad, prioridades y objetivos de política sanitaria, Gestión clínica y sanitario*, V12, España.
- Del Llano, Juan y Milán, Jesús (2010) Artículo: *Hygenia, Panacea y sus responsabilidades, Gestión clínica y sanitario*, V 12, España.
- Dirección Nacional de la Mujer (1995) *Ley Contra la Violencia a la Mujer y la Familia*, Ecuador.
- ENIPLA (2011) *Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo adolescente y Planificación Familiar, Informe final*, Ecuador.
- ENIPLA (2013) *Informe avances ENIPLA*, Ecuador.

- Espinosa Verónica (02/03/2013) Evaluación de la implementación de la ENIPLA, ENIPLA (C. Valdivieso entrevistadora).
- Falconí Fabiola (02/02/2013) Participación del ministerio en la ENIPLA, MIES (C. Valdivieso entrevistadora).
- Family Care international (2008) **Buenas prácticas en materia de prevención del embarazo adolescente.**
<http://www.orasconhu.org/sites/default/files/Oct%2008%20Concepto%20%20BP%20en%20PEA%20-4.pdf> [Consulta: 20/04/2012]
- FEDAEPS (2007) **Estado, sociedad y derechos sexuales y reproductivos en el Ecuador.** Editora León T, Magdalena, Ed.2, Ecuador.
- Gogna, Mónica (2005) **Embarazo y maternidad en la adolescencia: estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas.**
- Gómez , Aibar y Rabanaque MJ (2002) **La planificación y evaluación en salud pública.** Piédrola Gil. Medicina Preventiva y Salud Pública. 10ª edición. Masson
- González Rozada, Martín (2010) **Determinantes y potenciales consecuencias del embarazo adolescente en Ecuador,** Universidad Torcuato Di Tella.
- Guijarro Susana (07/09/2012) Participación del ministerio en la ENIPLA, MSP (C. Valdivieso entrevistadora).
- Gutiérrez Mara, Patricia (2007) CIPEA **Sistematización de sus avances y lecciones aprendidas Comité interinstitucional de prevención del embarazo en adolescentes CIPEA,** Ecuador.
http://salud.ciee.flacso.org.ar/flacso/Espanol/Embarazo_y_maternidad.pdf [Consulta: 04/03/2012]
- INEC (2010) VII Censo de Población y Vivienda y Anuario de estadísticas hospitalarias.
<http://www.inec.gob.ec/home/>[Consulta: 12/08/2012]
- León T, Magdalena (2007) **Derechos sexuales y reproductivos avances constitucionales y perspectivas en el Ecuador.**
<http://www.movimientos.org/remte/Derechos%20sexuales.pdf>[Consulta: 21/04/2012]
- Llerena Pinto, Freddy (2012) **Determinantes de la fecundidad en Ecuador, Ministerio Coordinador de Desarrollo Social,** Ecuador.
- Ministerio de Bienestar Social (1994) **Plan Nacional de Acción en Población,** Ecuador.
- Morlachetti, Alejandro (2007) CEPAL **Políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes y jóvenes: un enfoque fundado en los derechos humanos;** Notas de población n°85
http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/1/32261/lcg2346-P_4.pdf[Consulta: 20/04/2012]

- MSP (1994) **Ley de Maternidad Gratuita**, Ecuador.
- MSP (2006) **Ley Orgánica de Salud**, Ecuador.
- MSP (2007) **Plan Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente**, Ecuador.
- MSP (2009) **Manual de Normas y Procedimientos para la atención de la salud Sexual y Reproductiva**, Ecuador.
- MSP (2010) **Informe Descriptivo Nacional**, Ecuador.
- MSP (2011) **Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, Ecuador**.
- Observatorio de la seguridad social (2006) **Evaluación económica en salud: tópicos teóricos y aplicaciones en Colombia**, Colombia. economia.udea.edu.co/ges/.../observatorio14.pdf [Consulta: 3/03/2012]
- Observatorio del financiamiento al sector de la salud Ecuador (2008) Memorias del **primer foro Sudamericano de salud y economía**, Boletín 2, Ecuador.
- Oliva Moreno, Juan; Del Llano Señarís, Juan E y Sacristán del Castillo, José A (2003) **La evaluación económica de tecnologías sanitarias en España: situación actual y utilidad como guía en la asignación de recursos**, España.
- OMS (2006) **Constitución de la Organización Mundial de la Salud**; documentos básicos suplemento de la 45ª edición.
- Organismo regional andino de salud- convenio HIPÓLITO UNANE (2008) **El embarazo en adolescentes en la subregión andina**.
- Ortún Rubio, Vicente (2000) **Sistema sanitario y estado de bienestar ¿todo para todos?**, España.
- Ortún Rubio, Vicente y del Llano Juan (2000) **Estado y mercado en sanidad**, España. www.econ.upf.edu/~ortun/.../paper15.pdf [Consulta: 3/03/2012]
- Osteba Servicio de evaluación de tecnologías sanitarias (1999) **Guía de Evaluación Económica en el Sector Sanitario**, España.
- Paganini José María (2000) **La salud y la equidad: fundamentos conceptuales, definiciones, propuestas de acción**
http://www.inus.org.ar/documentacion/Documentos%20Tecnicos/La_salud_y_la_equidad.pdf [Consulta: 20/04/2012]
- PNUD (2013) **Informes sobre desarrollo humano**; <http://hdr.undp.org/es/estadisticas/idg> [Consulta: 03/09/2013]
- Public Health Reports (1958) **Hacia una definición de economía de la salud**; vol. 73, No 9; <ftp://ftp.drivhq.com/cavasco/lecturas/numero51/n51a3.pdf>[Consulta: 12/04/2012]
- Raguz, María (2002) **Salud sexual y reproductiva adolescente y juvenil: condicionantes socio demográficos e implicancias para políticas, planes y programas e intervenciones**, Perú.

- <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0564/Libro.pdf> [Consulta: 5/04/2012]
- Secretaría de Salud de México; Dirección Nacional de Salud reproductiva (2002) **Salud sexual y derechos reproductivos en la adolescencia: un derecho a conquistar**, México. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7199.pdf> [Consulta: 25/04/2012]
- Sen, Amartya (2002) ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panamericana de Salud Pública*; Vol.11, Estados Unidos.
- SENPLADES (2009-2013) **Plan Nacional del Buen Vivir, objetivos para el Buen Vivir**, <http://plan.senplades.gob.ec/objetivo-3>. [Consulta: 28/05/2012]
- Stiglitz, Joseph (2002) **La economía del sector público**; 3ra Ed. Antoni Bosch editor.
- UNFPA (2010) **Informe Final de la "Evaluación de Medio Término de la Contribución del UNFPA a la Implementación del Plan Andino de Prevención del Embarazo en la Adolescencia"** <http://lac.unfpa.org/webdav/site/lac/shared/DOCUMENTS/2011/Evaluacion%20de%20programa%20de%20pais/UNFPA%20LACRO%20Eje%201%20Evaluation%202008-2010.pdf>[Consulta: 20/05/2012]
- UNPFA (2007) **Plan Andino de Prevención del Embarazo Adolescente**.
- UNPFA (2011) **Prevención del Embarazo adolescente; una mirada completa Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela**. <http://lac.unfpa.org/public/cache/offonce/pid/8251;jsessionid=E45382CBF2CC97D5C045018CA40F8897.jahia01>[Consulta: 23/04/2012]
- Vargas Escobar, Milú (2004) **Artículo: Derechos humanos: derechos sexuales y reproductivos**; <http://www.nodo50.org/mujeresred/spip.php?article66>
- Vassallo Carlos, Sellanes Matilde y Freylejer Valeria (2003) **Salud, mercado y Estado. Apunte de economía de la salud** http://www.isalud.org/htm/site/documentos/12_Archivo_Economia-Salud.pdf [Consulta: 8/08/2012]
- Villacrés, Nilda (2000) **Economía de salud y gerencia en salud**, Ecuador.

Anexos

Anexo A: Cálculo de la proyección del presupuesto destinado a la prevención del embarazo adolescente.

Para el cálculo de la proyección del presupuesto destinado a la prevención del embarazo adolescente, se usó en primera instancia la información presupuestaria otorgada por el Ministerio de Salud Pública.

Los rubros utilizados correspondieron a los años 2008 y 2009, debido a que a partir del 2010 se presenta una modificación en los valores destinados a la prevención del embarazo adolescente como se explicó previamente.

Año	Presupuesto
2008	\$ 423.490,70
2009	\$ 731.362,06

Fuente: Ministerio de Salud Pública.

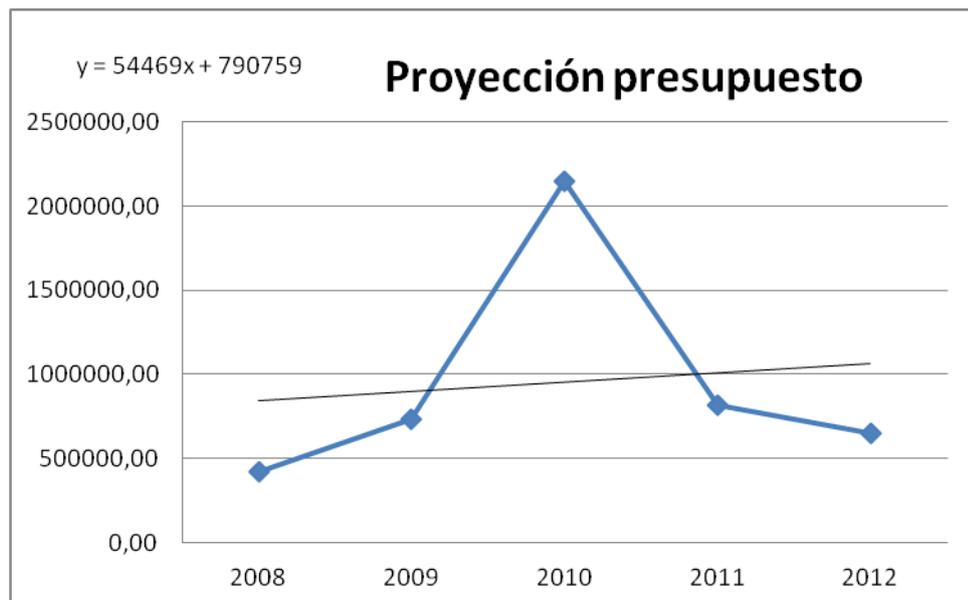
Elaboración: Carla Valdivieso.

Dados los valores del presupuesto para estos dos años se procedió, mediante una estimación lineal en Excel, a calcular los montos de los valores para los siguientes años.

Año	Presupuesto
2008	\$ 423.490,70
2009	\$ 731.362,06
2010	\$ 954.166,00
2011	\$ 1.008.635,00
2012	\$ 1.063.104,00
2013	\$ 1.117.573,00

Fuente: Ministerio de Salud Pública.

Elaboración: Carla Valdivieso.



Fuente: Ministerio de Salud Pública.

Elaboración: Carla Valdivieso.

Anexo B: Cálculo de la estimación del costo de atención de adolescentes embarazadas 2010.

La estimación de los costos en atención de adolescentes que estuvieron embarazadas durante el 2010, se lo realizó en base al Tarifario Oficial del Ministerio de Salud Pública para los dos primeros niveles de atención como se mencionó en el último capítulo de la presente disertación.

Para dichas estimaciones se siguió el siguiente procedimiento:

En primera instancia se determinó el valor monetario de la atención preventiva, para lo mismo se consideraron a los servicios profesionales y dentro de los mismos a la atención general obteniendo los siguientes resultados:

ATENCION PREVENTIVA				
CODIGO	DESCRIPCION	I NIVEL	II NIVEL	PROMEDIO
	CONSULTA PREVENTIVA INTEGRAL	VALOR MONETARIO 2011		
99384	11 A 19 AÑOS	5,59	6,42	6,01

Fuente: Ministerio de Salud Pública.

Elaboración: Carla Valdivieso.

Con el uso del factor de conversión se estimaron los valores para el año 2010 presentados previamente, en base a la siguiente ecuación:

$$V_0 = V_f / (1+r)^n$$

Donde V_0 es el valor inicial (precio 2010); V_f es el valor final (precio 2011); r es la inflación anual a diciembre 2011 y n es el periodo es decir 1 año. La inflación tomada en cuenta para este cálculo es del 5,41%²⁸.

²⁸ Banco Central del Ecuador; http://www.bce.fin.ec/resumen_ticker.php?ticker_value=inflacion

ATENCION PREVENTIVA	PRECIO	CANTIDAD	TOTAL
	5,70	51277	\$ 292.358,19

Fuente: Ministerio de Salud Pública.

Elaboración: Carla Valdivieso.

En el caso de que la adolescente desee continuar con el embarazo, se estimó el costo de la sala de partos, quirófano en caso de cesárea y cuidado neonatales.

DERECHOS DE SALA DE LABOR Y PARTO (incluye monitoreo fetal)

CODIGO	DESCRIPCION	VALOR MONETARIO 2011		
		I NIVEL	II NIVEL	PROMEDIO
395301	INSTITUCIONES DE PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL	119,53	119,53	119,53

Fuente: Ministerio de Salud Pública.

Elaboración: Carla Valdivieso.

ATENCION DE RECIEN NACIDO (Atención Inmediata)

CODIGO	DESCRIPCION	VALOR MONETARIO 2011		
		I NIVEL	II NIVEL	PROMEDIO
383510	NEONATOLOGIA (INCUBADORA). INSTITUCIONES PRIMER NIVEL	7,90	0,00	8,73
383521	NEONATOLOGIA (INCUBADORA). INSTITUCIONES SEGUNDO NIVEL	0,00	9,56	

Fuente: Ministerio de Salud Pública.

Elaboración: Carla Valdivieso.

COSTO DE QUIROFANO PARA CESAREA

CODIGO	DESCRIPCION	VALOR MONETARIO 2011		
		I NIVEL	II NIVEL	PROMEDIO
394054	DESDE 61 MIN. HASTA90 MIN. 1 1/2 HORA. INST... PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL	138,15	138,15	138,15

Fuente: Ministerio de Salud Pública.

Elaboración: Carla Valdivieso.

AL USO DE QUIROFANO PARA CESÁREA SE SUMA MATERIALES DE CIRUGIA

CODIGO	DESCRIPCION	VALOR MONETARIO 2011		
		I NIVEL	II NIVEL	PROMEDIO
396054	DESDE 61 MIN. HASTA90 MIN. 1 1/2 HORA. INST. PRIMER Y SEGUNDO NIVEL	20,45	20,45	20,45

Fuente: Ministerio de Salud Pública.

Elaboración: Carla Valdivieso.

TOTAL PROMEDIO QUIROFANO MAS MATERIALES

158,60

Para el cálculo de la atención al parto, se supone que todas las embarazadas recibieron cuidado antes, durante y después del parto y que por lo menos han tenido 7 visitas médicas durante el embarazo, obteniendo los siguientes resultados:

VALOR MONETARIO 2011									
CODIGO	DESCRIPCION	I NIVEL			II NIVEL			PROMEDIO	PROMEDIO+SALA DE PARTO+ ATENCION A RECIEN NACIDO
		HONORARIOS MEDICOS	ANASTESIA	TOTAL	HONORARIOS MEDICOS	ANASTESIA	TOTAL		
59400	Cuidado obstétrico de rutina incluyendo parto, parto vaginal (con o sin episiotomía y/o uso de fórceps) y cuidado del post. Parto.	225,56	56,39	281,95	259,82	64,96	324,78	303,36	431,63
59510	Cuidado obstétrico de rutina incluyendo cuidado antes del parto, cesárea y cuidado del post parto.	372,88	104,41	477,28	429,45	120,25	549,70	513,49	680,82
59426	Cuidado anterior al parto 7 o más visitas.			9,97			11,43	10,70	10,70

Fuente: Ministerio de Salud Pública.

Elaboración: Carla Valdivieso.

El costo total con el uso de la ecuación para encontrar los valores estimados al 2010 es de:

NACIMIENTOS	PRECIO	CANTIDAD	TOTAL
CUIDADOS COMPLETOS+ PARTO VAGINAL	\$ 409,47		
CUIDADOS COMPLETOS+ PARTO POR CESAREA	\$ 645,88		
PROMEDIO	\$ 527,68		
VISITAS MEDICAS	\$ 11,38		
TOTAL	\$ 539,06	48475	\$ 26.130.914,60

Fuente: Ministerio de Salud Pública.

Elaboración: Carla Valdivieso.

Para el cálculo de los abortos se estima el promedio de las distintas prácticas que constan en el Tarifario del Ministerio de Salud Pública, para los dos niveles de atención donde se toma en cuenta también los honorarios médicos y la anestesia, obteniendo como valor monetario al 2011:

ABORTOS				
VALOR MONETARIO 2011				
I NIVEL	II NIVEL			PROMEDIO TOTAL
183,27	211,10			197,19

Fuente: Ministerio de Salud Pública.

Elaboración: Carla Valdivieso.

Y el costo total estimado para el 2010 con el uso de la ecuación es de:

ABORTOS	PRECIO	CANTIDAD	TOTAL
TOTAL	\$ 300,46	2802	\$ 841.902,51

Fuente: Ministerio de Salud Pública.

Elaboración: Carla Valdivieso.

A continuación se procede a sumar el costo estimado de las consultas preventivas más el costo estimado de atención a adolescentes embarazadas y a esto se suma el costo de los abortos, para tener un total de \$ 27 265.175,31 destinados al tratamiento de adolescentes embarazadas en el 2010.

	(USD)
Consultas preventivas integrales	292.358,19
Parto	26.130.914,60
Abortos	841.902,51
Costo Total	27.265.175,31