

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL  
ECUADOR**

**FACULTAD DE ECONOMÍA**

**Disertación de grado previo a la obtención del título de  
Economista**

*Estrategias de prevención del embarazo adolescente en  
Ecuador para mitigar las consecuencias sociales y económicas,  
período 2010 – 2014*

**Alisson Pamela Olalla Pérez**

**pame-1293@hotmail.com**

**Director: Econ. José Grijalva**

**josealgrijalva@gmail.com**

**Quito, 24 de octubre de 2016**

*A Dios por todas las bendiciones recibidas, a mis padres por su apoyo incondicional y paciencia, a mis abuelitos por y a mi hermana por aguantar mis malas noches.*

*Agradezco al Economista José Grijalva por el apoyo y guía en la elaboración de la presente investigación.*

*Así como, a la Economista Tatiana Villacrés por sus valiosos comentarios para el desarrollo del presente documento.*

*También, quiero agradecer a cada uno de mis profesores que a lo largo de mi carrera universitaria impartieron sus conocimientos a través de su experiencia. Al personal administrativo, en especial, a Marilyn López por su constante ayuda y preocupación.*

***Estrategias de prevención del embarazo adolescente en Ecuador para mitigar las consecuencias sociales y económicas, período 2010 – 2014***

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Introducción.....</b>   | <b>9</b>  |
| <b>Metodología de Trabajo.....</b>   | <b>13</b> |
| Objetivos .....  | 13        |
| General.....   | 13        |
| Específicos.....   | 13        |
| Preguntas de investigación.....  | 14        |
| General.....   | 14        |
| Específicas.....   | 14        |
| Estrategia de Investigación .....  | 14        |
| Fuentes de información.....  | 15        |
| Procedimiento Metodológico.....  | 15        |
| Métodos.....   | 15        |
| Instrumentos.....  | 16        |
| <b>Fundamentación Teórica.....</b>   | <b>18</b> |
| Introducción .....   | 18        |
| La adolescencia: una puerta al futuro.....   | 20        |
| Causas del embarazo adolescente .....  | 20        |
| Consecuencias del embarazo adolescente .....   | 22        |
| Políticas públicas y eficiencia .....  | 22        |
| Estrategias de prevención del embarazo adolescente.....  | 23        |
| Convenios para la prevención del embarazo en la adolescencia.....  | 26        |
| Economía de la salud .....   | 28        |
| Eficacia y eficiencia.....   | 29        |
| Evaluación económica de la salud.....  | 30        |
| 1.Análisis costo -beneficio.....   | 30        |
| 2.Análisis coste-efectividad .....   | 30        |
| 3.Análisis coste-utilidad.....   | 31        |
| Educación para la salud sexual y reproductiva .....  | 31        |
| Antecedentes del estudio del embarazo en la adolescencia .....   | 32        |
| Análisis crítico .....   | 35        |
| <b>Consecuencias del embarazo adolescente en Ecuador de 2010 a 2014 .....</b>  | <b>37</b> |
| Introducción .....   | 37        |
| Embarazo adolescente en el Ecuador. Análisis de la situación del país de 2010 a 2014.....  | 38        |
| Contexto psicosocial determinante del embarazo en la adolescencia en el Ecuador .....  | 41        |
| Consecuencias del embarazo en la adolescencia en Ecuador.....  | 44        |
| Marco legal para prevenir el embarazo en la adolescencia en Ecuador.....   | 47        |
| Fundamentos estratégicos para la prevención del embarazo adolescente.....  | 49        |
| Plan Nacional de prevención del embarazo adolescente de Ecuador.....   | 49        |
| Estrategia Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo Adolescente....  | 52        |
| Conclusiones .....   | 56        |
| <b>Incidencia de las estrategias para la prevención del embarazo en la adolescencia en la economíade Ecuador en los años 2010-2014 .....</b> | <b>58</b> |
| Introducción .....   | 58        |

|  |            |
|--|------------|
| Análisis de resultados.....  | 59         |
| Conclusiones .....   | 69         |
| <b>Propuesta de estrategia.....</b>  | <b>70</b>  |
| Introducción .....   | 70         |
| Propuesta de estrategia para prevenir el embarazo en la adolescencia .....                 | 71         |
| Marco conceptual.....  | 71         |
| Premisas de la propuesta de estrategia de prevención del embarazo en la adolescencia ..... | 72         |
| Marco legal .....  | 73         |
| Objetivos .....  | 75         |
| General.....   | 75         |
| Específicos.....   | 75         |
| Líneas de acción.....  | 77         |
| Diagnóstico preliminar.....  | 77         |
| Conclusiones generales del diagnóstico.....  | 86         |
| Ejecutores de la estrategia.....   | 91         |
| Propuesta de evaluación.....   | 92         |
| Indicadores de Estructura y de Proceso de implementación de la estrategia .....            | 92         |
| Indicadores de Estructura.....   | 92         |
| Indicadores de Impacto.....  | 92         |
| Conclusiones .....   | 93         |
| <b>Conclusiones .....</b>  | <b>94</b>  |
| <b>Recomendaciones .....</b>   | <b>96</b>  |
| <b>Referencias bibliográficas.....</b>   | <b>97</b>  |
| <b>Anexos .....</b>  | <b>102</b> |

## *Índice de gráficos*

|   |    |
|---|----|
| Gráfico 1: Incidencia del embarazo en la adolescencia en Latinoamérica.....                             | 11 |
| Gráfico 2: Tasa de Fecundidad adolescente en el Ecuador .....   | 19 |
| Gráfico 3: Programas de la comunidad para la prevención del embarazo en la adolescencia .....           | 24 |
| Gráfico 4: Evolución de la tasa global de fecundidad.....   | 39 |
| Gráfico 5: Mujeres en Edad Fértil de 15 a 49 años según el número de hijos e hijas vivos .....          | 39 |
| Gráfico 6: Evolución de la tasa global de fecundidad, por área .....                                    | 40 |
| Gráfico 7: Estructura de la fecundidad por edad .....   | 41 |
| Gráfico 8: Evolución de la tasa de mortalidad infantil y en menores de 5 años.....                      | 45 |
| Gráfico 9: Defunciones de adolescentes que estuvieron embarazadas cuando fallecieron .....              | 46 |
| Gráfico 10: Cinco principales grupos de ocupación.....  | 47 |
| Gráfico 11: Objetivos específicos del Plan Nacional de Prevención del Embarazo en la Adolescencia ..... | 51 |
| Gráfico 12: Líneas de acción del ENIPLA.....  | 53 |
| Gráfico 13: Nacimientos por edades y años.....  | 59 |
| Gráfico14: Programas a prevenir .....   | 61 |
| Gráfico15: Costo de los programas .....   | 62 |
| Gráfico 16: Costo de los materiales informativos y otros .....  | 63 |
| Gráfico17: Costo de logística y otros .....   | 64 |
| Gráfico18: Total del Costo .....  | 65 |
| Gráfico19: Comportamiento del PIB.....  | 66 |
| Gráfico 20: Qué se entiende por sexualidad.....   | 78 |
| Gráfico 21: Temas sobre el embarazo que se tratan en la escuela .....                                   | 79 |
| Gráfico 22: Cómo les gustaría que se trataran los temas sobre sexualidad y el embarazo adolescente      | 80 |
| Gráfico 23: Presentan las adolescentes condiciones físicas para salir embarazadas .....                 | 81 |
| Gráfico 24: Causas que producen el embarazo en la adolescencia .....                                    | 82 |
| Gráfico 25: Responsabilidad del embarazo.....   | 83 |
| Gráfico 26: Métodos anticonceptivos conocidos por los adolescentes .....                                | 83 |
| Gráfico 27: Vías de información sobre el uso de métodos anticonceptivos.....                            | 84 |
| Gráfico 28: Consecuencias negativas del embarazo en la adolescencia .....                               | 86 |

## *Índice de Tablas*

|  |    |
|--|----|
| Tabla 1: Población adolescente más vulnerable.....                                 | 25 |
| Tabla 2: Ámbito económico de las adolescentes embarazadas en Ecuador.....          | 46 |
| Tabla 3: Indicadores de resultados del ENIPLA.....                                 | 55 |
| Tabla 4: Cantidad de nacimientos por edades y años.....                            | 59 |
| Tabla 5: Porcentaje del total de nacimientos por la edad de los adolescentes ..... | 60 |
| Tabla 6: Cantidad de programas para prevenir el embarazo en la adolescencia.....   | 60 |
| Tabla 7. Costo de los programas en USD .....                                       | 61 |
| Tabla 8: Costo de los materiales informativos y otros en USD .....                 | 62 |
| Tabla 9: Costos de logística y otros en USD.....                                   | 63 |
| Tabla 10: Total de Costo en USD .....  | 64 |
| Tabla 11: Producto Interno Bruto Anual.....  | 66 |
| Tabla 12: Ingresos del presupuesto 2014 por grupos de gastos .....                 | 67 |
| Tabla 13: Ingresos del presupuesto 2014 por fuente de financiamiento .....         | 68 |
| Tabla 14: Gastos planificados en el presupuesto de gastos del 2014.....            | 68 |
| Tabla 15: Planeación de la estrategia .....  | 87 |
| Tabla 16: Indicadores de la estructura.....  | 92 |

## ***Resumen***

El embarazo adolescente se produce en una mujer cuya edad está enmarcada entre los 10 y los 19 años, según determina la Organización Mundial de la Salud. La presente investigación, a través de la metodología descriptiva, determina las causas de este fenómeno en el país ecuatoriano, como son: el matrimonio a edades tempranas y el rol de género que tradicionalmente se asigna a la mujer; actos de violencia; inestabilidad familiar; carencias afectivas y económicas que determinan la búsqueda de afecto y sustento financiero; la poca educación sexual y el desconocimiento acerca de los métodos anticonceptivos; entre otras. El estudio además explica cada una de las consecuencias que supone el fenómeno a nivel social y económico, sobre todo porque pone en riesgo la vida y salud de los adolescentes y sus hijos, y les interrumpe el camino educacional y laboral, llevándoles a la pobreza y la marginación. Además, la investigación hace referencia a la incidencia de las estrategias de prevención del embarazo adolescente en Ecuador para mitigar la situación durante el período 2010-2014. Luego de su análisis se concluye que, si bien se demostró la preocupación del Estado en extender políticas del buen vivir del ciudadano ecuatoriano, aun no son suficientes para solucionar la problemática. Por último, se propone la implementación de una estrategia de prevención del embarazo en la adolescencia en el Ecuador, basado en la educación sexual y reproductiva, que podría mitigar las consecuencias del embarazo adolescente.

***Palabras claves:*** embarazo, adolescencia, consecuencias, estrategia, salud.

## *Introducción*

En una nación como Ecuador que el Gobierno ha apostado por la implementación de políticas en pos del buen vivir y las tecnologías pareciera que se estuviese cerca de lograr la riqueza. Sin embargo, persiste lo contrario, la pobreza. Una herencia de estructuras y gestiones económicas antiguas dejaron anteriores gobiernos, lo que se revertía en contra de la sociedad e implicaba, por ejemplo, las limitaciones en la educación, escasas oportunidades laborales y por ende el desempleo, la discriminación por la etnia o por el sexo, bajos salario, limitado el acceso a los servicios de la salud, que iban en detrimento del hombre. Y ¿de qué depende la riqueza de un país sino es de su capital humano?

No por accidente es la pobreza uno de los principales causantes de males como el embarazo en la adolescencia, lo cual afecta para siempre la vida de estas personas en el país. Provoca además un daño irreparable en la cantera para crear el nuevo capital humano, lo que invalida toda idea de tener el recurso para garantizar los programas de desarrollo de cualquier estado.

El alumbramiento precoz llega a una magnitud tal que cada año las cifras superan los 16 millones de adolescentes afectados. Debido a ello, el embarazo adolescente pasó de ser una amenaza para la salud personal de los jóvenes y sus familiares para convertirse en una problemática social, con altas repercusiones en la economía. “Específicamente en América Latina el 20% de los nacimientos son de madres menores de 20 años” (Anda & Castellanos, 2014:14).

En el país, las mujeres según los quinquenios de edad entre los 10-14 años y 15-19 años representan 756.365 y 705.989, respectivamente. Los datos publicados por el Censo de Población y Vivienda plantean que el embarazo en adolescentes menores de 14 años se incrementó en un 74% durante la década 2000-2010. Mientras que en las mayores de 15 años se incrementó en un 9% (INEC, 2010).

Las mujeres adolescentes entre los 12 y 19 años que tienen por lo menos su primer hijo nacido vivo representan “en promedio el 2,98% de la población urbana y el 1,97% de la población rural con valores absolutos de 108.817 y 503.106 respectivamente”(INEC, 2010: 5), lo que indica que existe un porcentaje de mujeres que son madres adolescentes mayor en la zonas urbanas que en las rurales.

Y si bien hoy instancias mundiales como el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), toman el embarazo adolescente como un desafío a resolver, la demora en alertar sobre esta situación trajo como consecuencia que hoy en países como el Ecuador la fecundidad en adolescentes sea un reto.

Como otro vasto grupo de naciones, el estado ecuatoriano se había unido y se suscribió a diferentes programas internacionales para corregir su accionar e incrementar sus estrategias para el bienestar de las y los adolescentes desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, del mismo año; el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 1976; la Convención sobre los Derechos del Niño, de 1990 y la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación en Contra de la Mujer, de 1991.

Pero en Ecuador, fue en la década de 1990 que se comienza a visualizar el tema en documentos autóctonos como el que firmara el Ministerio de Salud Pública para la implementación del Programa de atención a adolescentes que incluía una preocupación por el tema del embarazo en la adolescencia (MSP, 2013).

A este le sucedió la concreción de un Código de la Niñez y Adolescencia de 2003, teniendo en cuenta las amenazas particulares del adolescente ecuatoriano; aspectos también adoptados por la Constitución

de la República de 2008, donde varios artículos se dedican a los derechos a la salud y los derechos sexuales y reproductivos de los ciudadanos del país y en especial de niñas, niños y los jóvenes (Asamblea Nacional, 2008).

Ya en fecha más reciente y con ánimo más optimista para resolver el asunto se implementó el Plan Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente de Ecuador, de 2007, el Plan Nacional del Buen Vivir, de 2013 y la Estrategia Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo Adolescente (ENIPLA) que culminaba en 2014. Los tres surgieron con la pretensión de garantizar el respeto de los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes, el acceso a servicios integrales y especializados de salud sexual y reproductiva, así como la promoción de la equidad en cuanto a responsabilidad sexual compartida (Ardila & Arango, 2014).

No fueron escasos los recursos humanos y financieros que se pusieron a disposición del pueblo ecuatoriano durante el periodo que ocupa al presente estudio: 2010-2014, millones de pesos se invirtieron desde una perspectiva intersectorial para encaminar acciones que involucraran a todos en un cambio de pensamiento y de costumbres respecto a las prácticas sexuales y la fecundidad en la adolescencia, enraizadas de manera negativa en las diferentes sociedades y culturas que conforman el país.

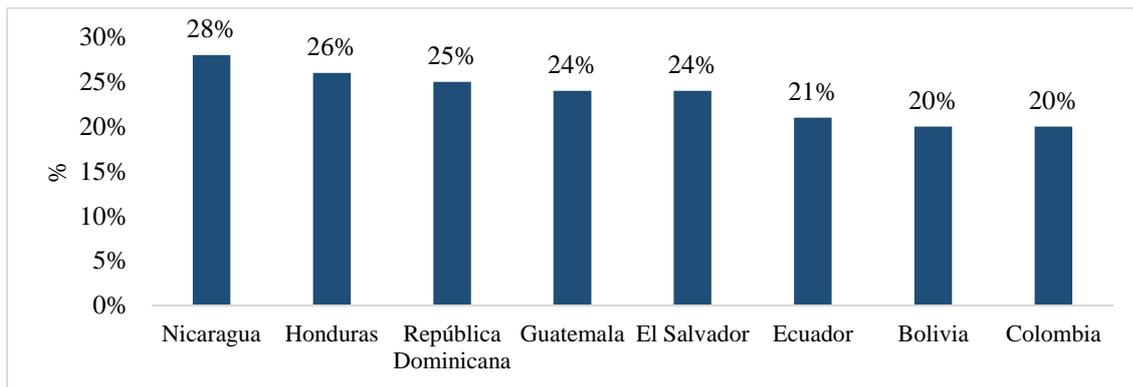
Sin embargo, “más allá de las medidas adoptadas y de algunas buenas prácticas, los indicadores actuales y las proyecciones futuras señalan que el embarazo y la maternidad adolescentes no han tenido una respuesta efectiva desde las políticas públicas en la región” (UNICEF, 2014: 11). En 2012, en Ecuador se calculó 122.301 embarazos adolescentes (INEC, 2000-2012).

Este es un fenómeno que ya no es exclusivo de sectores marginados, sino que arriba también a las zonas urbanas, y es que no solo está muy vinculado a la pobreza propia de sitios periféricos sino que, entre otros factores, está relacionado además con índices de violencia y el poco incentivo de sectores de la salud pública para permitir el acceso de los jóvenes a las consultas. También la precaria y prejuiciosa conciencia familiar y social que existe sobre el tema, hace que la incidencia del embarazo en la adolescencia se mantenga estancada o en el peor de los casos, se incrementa.

El ser humano a temprana edad suele asumir al sexo como una vía para obtener cariño y sentido de pertenencia, “el adolescente tiene una gran necesidad de atención y eso ha causado que en Ecuador la edad de iniciación sexual de 15 haya bajado a los 12 años, por lo que el riesgo de embarazo ahora resulta mayor” (Barbón, 2012: 11).

Según el último informe de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2014), la mayoría de las adolescentes pertenecen a la población más desfavorecida desde el punto de vista socioeconómico, y es en esas comunidades donde más difícil se torna el acceso a los servicios sanitarios; lo cual se manifiesta en los países con mayores porcentajes de madres jóvenes (Véase Gráfico 1).

**Gráfico 1: Incidencia del embarazo en la adolescencia en Latinoamérica**



Fuente:(UNICEF, 2014)

Elaborado por: Pamela Olalla

Otras de las condicionales para la incidencia del embarazo en la adolescencia en la región latinoamericana recaen en el poco porcentaje de matrícula escolar y culminación de estudios en esas localidades vulnerables. El éxodo estudiantil, acompañado del desempleo convierte a la joven adolescente en blanco de males como el embarazo.

Según un informe de la OPS (2004: 4) “las adolescentes se encuentran en desventaja por ser madres cuando no han avanzado en la educación”. La falta de instrucción genera desconocimiento en cuanto a sexualidad y otros temas que hacen que las menores sean más vulnerables; ya que enfrentan dificultades para acceder a las opciones de superación y empleo con el fin de aumentar sus recursos económicos. Por tanto, el adolescente se vuelve dependiente de otras personas como sus padres o el propio Estado, pues carecen de los recursos económicos suficientes para mantenerse por ella misma.

Por otra parte, la temática del embarazo en la adolescencia depende de otros factores sociales como es el problema de género, la situación de subordinación y condición de inferioridad que regularmente sufre la mujer, sobre todo en las sociedades donde aún perduran fuertes vestigios del patriarcado y el machismo.

Las adolescentes en edad reproductiva entre los 12 y 19 años son el grupo más vulnerable al embarazo, que “ocasiona varios riesgos que afectan a la mujer como enfermedades de transmisión sexual (VIH), mala nutrición, y generalmente, sus hijos pueden presentar enfermedades y complicaciones nutricionales; sobre todos los descendientes de grupos de menor nivel socioeconómico” (OPS, 2004: 4).

Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las adolescentes en todo el mundo, a ello súmesele que la procreación prematura aumenta el riesgo tanto para las madres como para los recién nacidos.

Aunque el porcentaje de embarazos en la adolescencia ha disminuido en los últimos años, el problema persiste afectando a otros factores sociales y económicos como la educación, los ingresos, la productividad marginal de la madre y las dificultades de inserción laboral. Por tanto, se pretende explicar la problemática desde el interés que el Gobierno actual ha depositado para evitar el embarazo adolescente. La investigación tiene como objetivo analizar las estrategias para evitar y prevenir la fecundidad a las edades comprendidas entre los 14 y 19 años, y su impacto en la disminución de los efectos negativos que esta problemática ocasiona.

Finalmente, el período de análisis transcurre de 2010 al 2014 ya que para conocer la incidencia o la disminución de los efectos es necesaria una amplia base de datos sobre el tema, solo así se puede conocer la realidad de las madres adolescentes y determinar la causalidad entre embarazo en la adolescencia y consecuencias socioeconómicas. Además, en 2010 no existían las mismas estrategias de prevención que en 2014, por lo tanto, se puede establecer una comparación para reconocer las limitaciones y beneficios de ambas y según los resultados proponer alternativas.

A su vez, se toman en cuenta los datos sobre el embarazo adolescente del último Censo de Población y Vivienda del 2010 y los datos publicados en la Encuesta Nacional de Salud, Salud Sexual y Nutrición disponibles hasta el 2014, pues hasta el momento no existen estadísticas más actualizadas sobre el tema.

En correspondencia con esa información se presentan las premisas metodológicas que se tuvieron en cuenta para encaminar cada una de las plataformas a estudiar, se plantea el problema, la justificación del mismo, las preguntas de investigación, los objetivos y la metodología a seguir.

En un segundo momento se encuentra lo referido a los Fundamentos Teóricos que sustentan a la disertación en relación al embarazo en la adolescencia, las consecuencias sociales y económicas afectadas por la maternidad a edades comprendidas entre los 14 y 19 años, la economía de la salud en este sentido, las políticas públicas relacionadas y las estrategias para la prevención que se implementaron anteriormente a nivel mundial, así como los estudios precedentes sobre el tema.

Luego se expone la descripción de la situación de los adolescentes del Ecuador en materia de salud sexual y reproductiva, el embarazo en la adolescencia y sus consecuencias en el país; así como las políticas y estrategias trazadas para disminuir la incidencia de la fecundidad en la edad de la adolescencia.

Otro acápite se dedica a demostrar que las estrategias de prevención del embarazo tienen un impacto económico que se refleja a las consecuencias del embarazo mediante una serie de indicadores como son el Producto Interno Bruto (PIB), las posibilidades laborales, los bajos salarios, la interrupción de los estudios y la fecundidad en las adolescentes en el Ecuador.

Seguidamente se realiza una propuesta de estrategias para la prevención del embarazo adolescente en Ecuador. La propuesta se basa en el análisis de los capítulos anteriores, tomando en consideración las consecuencias reales del embarazo, así como las debilidades de las estrategias existentes para la prevención.

Luego se presentan las Conclusiones, Recomendaciones, Referencias Bibliográficas y Anexos de la disertación investigativa que pretende alertar sobre las implicaciones del fenómeno del embarazo en la adolescencia en el Ecuador y se interesa por los caminos que puede tomarse para reducir los males relacionados con esta situación.

## *Metodología de Trabajo*

La carencia de orientación, educación, y apoyo que sufren las y los adolescentes en el aspecto de su salud sexual y reproductiva ha convertido a este grupo poblacional en un sector vulnerable social y económicamente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que anualmente alrededor de 16 millones de jóvenes de entre 15 y 19 años dan a luz y en el caso específico de Ecuador, la tendencia de la fecundidad adolescente es una de las más altas de la subregión andina, llegando a 100 por mil nacidos vivos, de acuerdo con el Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Ello no solo trae como consecuencia un riesgo para la vida de la madre y el niño, sino que determina escasas oportunidades de proseguir su escolarización, dificultades para su inserción en el mercado de trabajo, limita su desarrollo social y cultural, así como la formación de una familia y su estabilidad; lo cual, de un modo u otro repercute en la economía individual, familiar y hasta del propio Estado, generando niveles de pobreza.

Por ese motivo el fenómeno del embarazo temprano ha sido catalogado como una problemática de salud pública y el Ecuador ha tomado cartas en el asunto para aminorar su incidencia, a través de la firma de convenios, programas y estrategias nacionales e internacionales como el Plan Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente y la Estrategia Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo Adolescente, por solo mencionar las que se corresponden con el marco temporal del presente estudio.

Sin embargo, ni el marco jurídico con el que cuenta la República del Ecuador para defender los derechos a la salud sexual y a la salud reproductiva, ni la puesta en marcha de iniciativas para reducir la incidencia del embarazo en la adolescencia ha conseguido los efectos deseados.

También es cierto que por suponerse una preocupación sanitaria y social, la mayoría de las investigaciones sobre esta temática han tenido una orientación desde las ciencias médicas y humanísticas, desestimando así el impacto económico que genera. De ahí que el presente estudio se proyecte a determinar la incidencia global que han tenido como resultado las estrategias de prevención del embarazo adolescente, en Ecuador, en la mitigación de sus consecuencias durante el período 2010-2014.

A continuación, se presentan los principales objetivos y preguntas que se plantea el estudio, teniendo en cuenta la pertinencia de la investigación en la actualidad.

### **Objetivos**

#### **General.**

- Determinar la incidencia de las estrategias de prevención del embarazo adolescente, en Ecuador, en la mitigación de sus consecuencias durante el período 2010-2014.

#### **Específicos.**

- Determinar las consecuencias sociales y económicas del embarazo adolescente en Ecuador
- Analizar los efectos de las estrategias para prevenir el embarazo adolescente en Ecuador.

- Proponer la implementación o modificación de estrategias de prevención que podrían mitigar las consecuencias del embarazo adolescente.

## **Preguntas de investigación**

### **General.**

- ¿Cómo inciden las estrategias de prevención del embarazo adolescente, en Ecuador, en la mitigación de sus consecuencias durante el período 2010-2014?

### **Específicas.**

- ¿Qué consecuencias sociales y económicas ocasiona el embarazo adolescente entre los 12 y 19 años en Ecuador durante el período 2010-2014?
- ¿Cómo los programas gubernamentales inciden en la prevención del embarazo adolescente durante el período 2010-2014?
- ¿Cómo podrían implementarse o modificarse estrategias para prevenir el embarazo adolescente en Ecuador y mitigar sus consecuencias?

## **Estrategia de Investigación**

El enfoque de la investigación fue mixto porque abarcó datos cuantitativos y cualitativos. Los datos cualitativos surgieron de las técnicas y métodos a emplear; es decir, de la revisión bibliográfica y el análisis de los lineamientos de las políticas públicas. Por otra parte, la información cuantitativa resultó del estudio estadístico de las bases de datos que actualmente existen sobre el tema y de la tabulación de la encuesta aplicada. La combinación de lo cualitativo y cuantitativo propició establecer la relación entre la teoría y las particularidades de la vida real de las y los adolescentes.

La investigación fue de tipo correlacional, pues se indagó sobre la correlación entre las estrategias de prevención del embarazo adolescente y la mitigación de las consecuencias sociales y económicas; mediante la evaluación de la incidencia de las estrategias en la mitigación de las consecuencias del embarazo adolescente. El estudio se centró en la relación que existe entre estas dos variables, es decir, conocer si ante una consolidación o implementación de las estrategias surgió una modificación en la incidencia del embarazo, tanto para la adolescente, como para su familia.

A su vez, se empleó el nivel de investigación descriptivo, la cual permite una recopilación de información sobre una problemática social que está influenciada por variables económicas y sociales. También, viabiliza el análisis de las estrategias implementadas por el Gobierno para la prevención del embarazo adolescente.

Ese análisis implicó una comparación, partiendo del marco temporal del estudio. Las estrategias existentes durante el 2010 se diferenciaban de las del 2014, lo cual demandó de un estudio para conocer sus efectos.

Partiendo de los resultados, se proponen acciones para la adopción o implementación de una estrategia de prevención de este fenómeno en el país, tomando en consideración la realidad ecuatoriana en relación al embarazo adolescente, y sus consecuencias.

## Fuentes de información

La información que principalmente se utilizó en esta investigación proviene de las fuentes secundarias, tales como investigaciones, informes de organismos e instituciones, libros e investigaciones publicadas en revistas científicas sobre las variables del estudio.

Los datos a utilizar provinieron de fuentes secundarias como el Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC):

- Encuesta de Condiciones de Vida (ECV-2013-2014)
- Censo de Población y Vivienda (2001,2010),
- Encuesta Nacional de Empleo y Subempleo (ENEMDU, 2012)
- Encuesta Nacional de Salud, Salud Sexual y Nutrición (ENSANUT, 2012)

## Procedimiento Metodológico

Para la materialización de los objetivos propuestos, se realizó un análisis de la eficiencia y la equidad de los servicios sanitarios en las estrategias de prevención y la correlación entre gastos y efectos que se producen dentro de los gastos públicos, así como su incidencia en el Producto Interno Bruto (PIB) del país.

Para lograr que este objetivo se cumpliera se precisó aplicar un modelo econométrico que transite por las siguientes fases:

- 1- Selección del modelo.
- 2- Realización de una pequeña introducción donde se describa el modelo a aplicar.
- 3- Delimitación de los parámetros a medir.
- 4- Desarrollo y aplicación.

## Métodos.

El método de investigación fue el inductivo ya que, partiendo de los datos, estadísticas existentes y del análisis de la dinámica real, se proponen estrategias para la prevención del embarazo adolescente.

Para analizar la incidencia económica y la proyección de los costos de los programas y los análisis de los presupuestos se utiliza el método de regresión lineal por los mínimos cuadrados. Para que este método funcione es preciso que desde el punto de vista estadístico los errores que se puedan encontrar se distribuyan aleatoriamente.

Este método es muy utilizado en trabajos que se quiera lograr una aproximación de forma lineal, minimizando errores cuadráticos, se utilizan funciones que parten de diversos supuestos, o “coeficientes cualesquiera que sean, ( $c_j$ ) así como las funciones base:  $f_j(x)$ . La aproximación buscada se expone como la combinación lineal de las funciones bases” (García Azcárate, 2002).

La expresión deseada se logra siguiendo un camino analítico de cálculo multivariable, esto consiste en la optimización de los coeficientes  $c_j$ ; otra de las formas es realizarlo geoméricamente mediante el uso del álgebra lineal.

El uso de este método no ha sido superado, por lo que se sigue utilizando para muchos aspectos principalmente en lo relacionado a los análisis y proyecciones económicas, logrando una mayor aproximación a la realidad objetiva que se quiera.

También es muy utilizado para lograr series a través del tiempo, ya sea en meses, en años, en días o en semanas, un ejemplo de ello, son las proyecciones que se le pueden realizar a las ventas, a las utilidades, a los costos, a los presupuestos, al PIB, entre otros indicadores de la micro y la macroeconomía.

Las series de tiempo se definen por  $Y_1, Y_2, Y_3 \dots$  de una variable y en tiempos  $t_1, t_2, t_3 \dots$ . En el momento que se reemplaza, a  $X$  por la variable tiempo, estas series se definen como distribuciones de pares ordenados  $(X, Y)$  en el plano cartesiano, siendo  $Y$  una función de  $X$ ; esto se denota por: (García Azcárate, 2002)

$$Y = f(t) \rightarrow Y = f(X)$$

De manera general se puede decir que mediante las series cronológicas se pueden realizar pronósticos, sobre una actividad que se producirá en el futuro, sin embargo, es imprescindible tener presente que las condiciones en que se desarrollan las acciones o cuestiones de las que se trate sean similares y los datos que se proyecten van a estarse manifestando de forma lineal, lo cual favorece a la toma de decisiones, lo mismo en el largo y en el corto plazo. Las tendencias del pasado se manifiestan necesariamente en el futuro de las diversas situaciones que se pueden presentar, proyectando comportamientos de períodos futuros.

“Es por todo lo anteriormente expuesto que se recomienda el uso del método de los mínimos cuadrados para un mejor pronóstico de resultados futuros” (García Azcárate, 2002).

En resumen, se establece que:

$$Y = a_0 + a_1 * X$$

$$a_0 = \frac{\sum Y * \sum x^2 - \sum x * \sum xy}{N \sum x^2 - (\sum x)^2}$$

$$a_1 = \frac{N \sum xy - \sum x * \sum y}{N \sum x^2 - (\sum x)^2}$$

Donde  $X$  es el año,  $Y$  son los indicadores en este caso los programas, los costos y demás indicadores que se quiere analizar.

$N$ : Cantidad de años, en este caso del 2010-2014.

## **Instrumentos.**

La recolección de datos cuantitativos involucra “el registro de datos observables que representan verdaderamente los conceptos o las variables que el investigador tiene en mente” (Hernández, Fernández, & Baptista, 2006) y el cuestionario, como instrumento de investigación, es capaz de captar, de forma ágil y objetiva, la visión de los individuos en relación con la unidad de análisis. Ello aporta datos cuantificables acerca de cómo se manifiesta la realidad.

Debido a que los estudios que se han realizado acerca del embarazo adolescente, así como el periodo en el que se enmarca el estudio, están lejanos en el tiempo; para la creación de una propuesta de estrategia de prevención del embarazo en la adolescencia en Ecuador, se requirió primeramente de la aplicación de una encuesta con el objetivo de diagnosticar cómo se encuentra actualmente el conocimiento y la conciencia de estos jóvenes respecto a este fenómeno que puede transformar para siempre sus vidas.

De un universo integrado por el total de adolescentes del Colegio Nacional Experimental “Espejo”, se eligió una muestra de 20 jóvenes estudiantes, a partir de un muestreo probabilístico aleatorio simple,

pues al no existir investigaciones recientes relacionadas con el objeto de estudio en este centro educativo, todos los muchachos del universo tenían las mismas posibilidades y condiciones para ser elegidos.

Se confeccionó un cuestionario de nueve preguntas cerradas, las cuales limitaron las respuestas de los estudiantes a las opciones que proponía el investigador en cada ítem, concernientes al significado y dominio que tienen los adolescentes sobre el tema de la sexualidad, cuáles son las causas y consecuencias que puede traer consigo el embarazo en la adolescencia, los métodos anticonceptivos que conocen, cómo son las relaciones de género que se establecen a esas edades, cómo se manifiesta la comunicación en torno al tema entre adolescente, familia y sociedad; y cuáles son sus preferencias a la hora de recibir contenidos de Educación Sexual.

La encuesta se aplicó en la primera hora de la mañana, con permiso de la directiva del colegio, para garantizar la disposición de los estudiantes; se le explicó al estudiantado la intención de las preguntas: el hecho de que se realizaba para diagnosticar el nivel de conocimiento que presentan sobre el tema de la sexualidad y sus derechos sexuales y reproductivos, con vistas a presentar una propuesta de estrategia de prevención del embarazo en la adolescencia.

Los alumnos encuestados lograron motivarse con el tema y concentrarse en responder a cada uno de los ítems del cuestionario, debido que la sexualidad es un asunto recurrente en las conversaciones entre adolescentes.

El procesamiento de los resultados se realizó a través de la herramienta de trabajo Excel, primeramente, se interpretaron los datos recopilados, los cuales se encuentran reflejados en Tablas y Gráficos de la presente Investigación. Posteriormente se arribaron a conclusiones, que constituyeron punto de partida para la elaboración de una propuesta de Estrategia de prevención del embarazo en la adolescencia en Ecuador, que parte precisamente de la premisa de involucrar a los centros educativos y sanitarios para incidir en los jóvenes de las comunidades de todo el país.

# *Fundamentación Teórica*

## **Introducción**

El estudio de la sexualidad y la salud sexual es tan diverso como multidisciplinario, por la variedad de dimensiones que implica en la vida del ser humano, de acuerdo con el significado del término que ofrece la Organización Mundial de Salud:

La sexualidad es un aspecto central del ser humano a lo largo de la vida y abarca al sexo, género, identidades y roles, orientación sexual, erotismo, placer, intimidad y reproducción. La sexualidad se experimenta y expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Mientras que la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se experimentan o expresan. La sexualidad se ve influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (OMS, 2014: 12).

En América Latina; la sexualidad y sus múltiples manifestaciones están determinadas por las brechas regionales, raciales, étnicas, y de clase. También influyen posturas retrógradas, prejuiciosas y ambiguas determinadas por la historia de la región que provocan que el tema haga presencia en las políticas públicas delineadas por los gobiernos.

Por otro lado, en las investigaciones relacionadas con el tema, se evidencia cómo tanto los conflictos de género como las desigualdades y las disímiles interpretaciones dadas a los derechos humanos, influyen de manera negativa en las actitudes, prácticas y salud sexual y reproductiva en los jóvenes. Un aspecto en el cual se palpa esto es en el embarazo en la adolescencia. Las circunstancias en las que los adolescentes toman decisiones sobre su sexualidad, las herramientas y servicios con los que dispone para ello, así como las vías de educación y desarrollo accesibles, repercuten en el panorama social del continente.

En las últimas cuatro décadas fenómenos como la urbanización, migración, industrialización y modernización de los Estados a nivel mundial, así como las transformaciones culturales en la concepción de la familia, el protagonismo social alcanzado por las mujeres y la incidencia de las tecnologías; ha conllevado a que la fecundidad disminuya fundamentalmente en la región de América Latina, con índices solo superados por la situación sociodemográfica del continente africano (Paganini, 2000: 12).

Sin embargo, ello no constituye un panorama característico de la edad de la adolescencia, donde la tendencia de la fecundidad ha sido mantenerse alta e incluso aumentar en algunas naciones (Rodríguez, 2008: 3).

Haciendo un diagnóstico acerca de las consecuencias que trae experimentado el embarazo adolescente el Plan Andino de Prevención del Embarazo en la Adolescencia (2007:2) determina que:

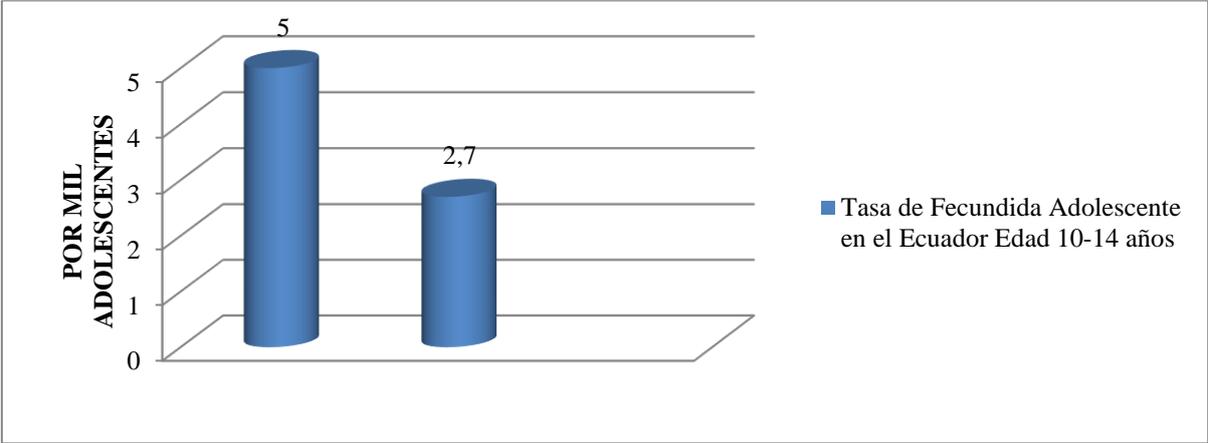
Además de poner en riesgo la salud, el embarazo adolescente puede significar un gran obstáculo en las posibilidades de construir un proyecto de vida por parte de los y especialmente las adolescentes. Ser madre antes de desarrollar los recursos y habilidades personales para una maternidad efectiva –estar educadas, acumular conocimientos adecuados sobre salud, comenzar a trabajar y participar en la comunidad– restringe las opciones de vida de las adolescentes, pudiendo condenarlas a la pobreza, y pone en peligro a sus niños.

En este sentido, el Organismo Regional Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue mediante la Resolución de la Reunión Ordinaria de Ministras y Ministros de Salud del Área Andina en fecha tan

tardía como el 30 de marzo de 2007 concluyó: “reconocer las consecuencias del embarazo en adolescentes como un problema de Salud Pública dentro de la Subregión y declarar prioritarios los planes para su prevención y atención integral” (OMS, 2012:1).

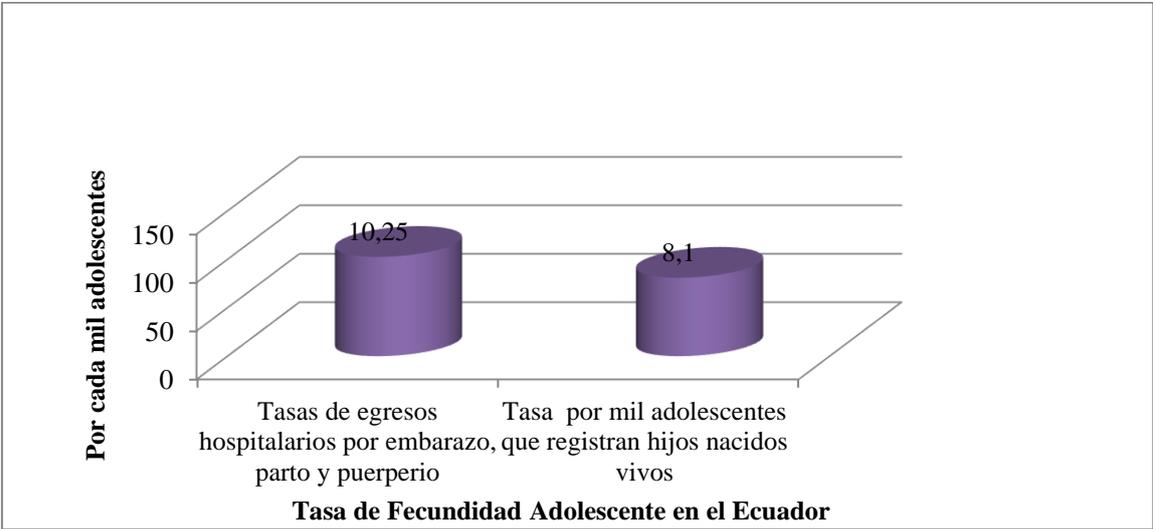
Y de este contexto no escapa Ecuador donde, como en otros países de la región, todavía los adolescentes no son conscientes de las implicaciones sociales y económicas que trae consigo el embarazo a esa edad (Blázquez, 2012:2). Aun cuando son reconocidos estos efectos, la realidad del país muestra que el embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales retos del sistema de salud, pues la tasa de fecundidad sigue elevada (Véase Gráfico 2 y 3).

**Gráfico 2: Tasa de Fecundidad adolescente en el Ecuador**



Fuente: (INEC, 2000-2012)

Elaborado por: Pamela Olalla



Fuente: (INEC, 2000-2012)

Elaborado por: Pamela Olalla

El acercamiento a diferentes concepciones presentes en la literatura e investigaciones ayudará a entender en profundidad las causas del embarazo en la adolescencia, y los daños sociales y económicos que arrastra consigo este fenómeno.

## **La adolescencia: una puerta al futuro**

La Organización Mundial de la Salud define como adolescencia al “período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica” (OMS, 2012:1). Por lo que indiscutiblemente las decisiones que se tomen en este periodo repercutirán de manera drástica en el futuro del ser humano y social.

La mayoría de los analistas dividen la adolescencia en tres etapas. Este es el caso del profesor Issler (2001), en sus estudios plantea que:

1. Adolescencia Temprana (10 a 13 años): Biológicamente, es el periodo peripuberal, que trae cambios en su cuerpo, su psiquis y la función de su organismo como es la aparición de la menarca (la menstruación). El adolescente comienza a separarse de los padres e inicia amistades con individuos del mismo sexo y de su misma edad. Se desarrollan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; con facilidad muestra sus primeros impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa por seguir paso a paso las transformaciones físicas de cuerpo y se interesa por mejorar su apariencia física.

2. Adolescencia media (14 a 16 años): Con estas edades, el joven casi ha terminado de experimentar sus cambios y desarrollo biológico. Se fortalecen los lazos con los jóvenes de su propia edad, basados en los gustos y características que tienen en común y divergencias con sus padres. Generalmente a esta edad se inician las experiencias y actividades sexuales; se sienten seguros, por lo que es normal que se sometan a pruebas y riesgos. Buscan conseguir un cuerpo atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

3. Adolescencia tardía (17 a 19 años): En esta etapa casi no se experimentan transformaciones físicas y aceptan su imagen corporal; vuelven a acudir a sus padres y sus características psicológicas se muestran con mayor madurez; se ven más atraídos por las relaciones de pareja que por compartir con su círculo de amigos; y se conforman sus valores a partir de deseos vocacionales reales.

El paso de la niñez a la vida adulta está influenciado por componentes no solo individuales en lo que respecta a la mutación del organismo desde el punto de vista psicológico y físico, sino que dependerá del contexto social y económico en el que se desenvuelva el adolescente.

Cada paso dado estará marcado por la inmadurez característica de este periodo de la vida. El embarazo en la adolescencia no varía este aspecto, en todo caso las causas que predisponen tales efectos y sus consecuencias generalmente suponen un daño irreparable para la vida de esos jóvenes.

## **Causas del embarazo adolescente**

Es la propia sociedad la que determina o predisponen las condiciones para la baja percepción del riesgo que existe en la adolescencia respecto a las consecuencias que puede traer el inicio temprano de las relaciones sexuales, entre las más comunes se encuentra el embarazo en la adolescencia (Blázquez, 2012).

Una familia disfuncional, uniparentales o con conductas promiscuas, genera carencias afectivas en el joven, que busca en las relaciones sexuales el afecto del cual carece y en muy pocas ocasiones el encuentro de un amor verdadero (Cartes & González, 2010).

Los criterios ingenuos, el desconocimiento y la inmadurez propios de esta etapa de la vida llevan a las jóvenes a creer que no se embarazarán cuando tienen relaciones sexuales, solo porque no lo desean. Es frecuente que el adolescente se piense estéril en los inicios de sus prácticas sexuales, dando lugar por lo general al sexo sin protección (González, 2011).

Por otro lado, la falta o mala interpretación de la información que afloran en grupos de amigos y los medios de comunicación acerca de este asunto crea que entre adolescentes circulen "mitos" como que: sólo se embaraza si se llega al clímax del sexo, o cuando se es adulto, o cuando se hace con la menstruación, o cuando no hay la penetración completa del pene.

Según refiere Blázquez (2012:2) cuando la familia no es capaz de orientar al joven acerca de las relaciones sexuales, o en el peor de los casos condena esta práctica sin fundamentación lógica, por rebeldía el adolescente tiene contactos sexuales, y a la vez, como una forma de ocultar que tiene relaciones; no se protegen.

El matrimonio en edades tempranas, el poco valor que a veces experimenta la mujer en la sociedad; el inicio temprano de los jóvenes en las relaciones sexuales sin usar métodos anticonceptivos; la influencia de los amigos en esta etapa de la vida, el deseo de la práctica sexual originado por el consumo de drogas como el alcohol, constituyen solo algunas de las detonantes del embarazo adolescente (Blázquez, 2012).

Incide también la escasa accesibilidad a información verídica y conocimientos suficientes sobre los métodos anticonceptivos y su uso responsable y efectivo, el no tener un fácil acceso a su adquisición; el no contar con la educación sobre la salud sexual y reproductiva requerida para la toma de decisiones a estas edades y la insuficiente gestión política hacia una estrategia de prevención de embarazo en la adolescencia, contribuye a que la fecundidad en las edades comprendidas entre los 14 y 19 años se haya convertido en una característica propia de Latinoamérica.

Algunos estudios realizados en la región confirman que dos de cada tres adolescentes de 15-19 años sin educación fueron madres o estuvieron embarazadas. Las probabilidades de maternidad adolescente resultan hasta cuatro veces más altas entre las adolescentes que no tienen educación, comparadas con las que adquieren estos servicios. En cambio, cuando se complementa junto a la familia y la escuela un proyecto de vida para el adolescente, este se concentra en vencer un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta; aun manteniendo el sexo, el joven busca las vías para la prevención efectiva del embarazo.

El factor económico constituye otra de las variables que genera el embarazo adolescente, pues muchas jóvenes de comunidades pobres y marginadas, que poseen pocas oportunidades para educarse y mejorar económicamente, ven la maternidad como una vía de escape a la miseria. Sin embargo, paradójicamente se ha demostrado que la maternidad en la adolescencia aumenta la probabilidad de continuar siendo pobres, de un 16 a un 28% (Arredondo, 1999:28).

La poca preocupación en prevenir el embarazo en la adolescencia que ha existido tradicionalmente impone el reto de arrancar de raíz las condicionantes de estos fenómenos, no sin antes, aliviar las consecuencias fundamentalmente sociales que trae consigo.

## **Consecuencias del embarazo adolescente**

Desde el punto de vista biológico el inicio temprano de las relaciones sexuales, y con ello el embarazo en la adolescencia, trae consigo consecuencias como el aumento de las posibilidades de enfermedades y de muerte de madres e hijos causados por el estado gestacional, entre los más frecuentes resultados se encuentran los trastornos psicológicos, abortos espontáneos, anemia, infecciones urinarias, amenaza de parto pre término, hipertensión arterial, niños con bajo peso al nacer o con enfermedades provocadas por una formación precoz en el vientre de la madre no adulta (Rodríguez, 2013).

La investigación, que por años se ha desarrollado sobre este fenómeno, ha demostrado cómo “muchas de las mujeres entre 15 y 24 años que tuvieron su embarazo antes de los 15 años, terminaron su gestación con el aborto” (Evans, 2007: 5). Además, el inicio temprano de relaciones sexuales y el poco conocimiento sobre salud sexual por parte de los adolescentes contribuyen a un incremento en la frecuencia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), que pueden llevar a efectos negativos sobre la fertilidad y la salud en general.

Desde la perspectiva psicológica y social en el adolescente se pueden producir trastornos mentales irreparables como la baja autoestima, ir al matrimonio sin una debida madurez condenado muchas veces al fracaso, vivir en condiciones de promiscuidad y hacinamiento, sentirse frustrados por no poder realizar actividades propias de su edad; ello determina no solo una atención irresponsable al pequeño y deficiente sino la confusión de sus sentimientos respecto al hijo (Valdivieso, 2013).

Otra consecuencia del embarazo en la adolescencia es el abandono escolar y, con la limitación de la oportunidad educacional se genera una situación económica desfavorable, o en el mejor de los casos se comienza a trabajar sin la debida preparación cultural, técnica y profesional; por lo general solo se tiene acceso a trabajos que poco reportan desde el punto de vista espiritual o económico, llevando también al adolescente a sentimientos de frustración profesional.

El Plan Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente de Ecuador(2007:3) expresa claramente que:

El embarazo adolescente también muestra las enormes brechas socioeconómicas prevalecientes con relación a los niveles de ingreso y educación, así como las desigualdades entre las zonas urbanas y rurales. Los registros y aumentos de la maternidad adolescente, se presentan en grupos socio-económicos bajos, en mujeres con menor nivel educativo y que viven predominantemente en áreas rurales.

El país tiene una de las tasas más altas de embarazo adolescente en América Latina. Por ello desde el 2005 la nación cuenta con una Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, que contempla de manera integral todos los aspectos de la vida sexual y reproductiva, incluidos los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos.

## **Políticas públicas y eficiencia**

Hasta hace unos años, las políticas públicas relacionadas con la salud estaban dirigidas solo a curar; es decir, al tratamiento de la enfermedad. La prevención no llegaba a todos los grupos relacionados con la problemática, ni se ajustaba a las características e intereses de esa población. Por tanto, las causas y la efectividad quedaban excluidas y, como consecuencia, el fenómeno aumentaba pues no se llegaba a la base de su surgimiento.

Los convenios internacionales, las investigaciones y hasta la propia realidad de los países ha conllevado a un cambio de concepción. Hoy el sistema de salud enfrenta otros retos y carencias, por tanto, se hace

necesario el uso óptimo de los recursos, no solo respaldado en una concepción económica, sino estimulados por la necesidad de transformar problemáticas que afectan el futuro de las sociedades, tales como el embarazo en la adolescencia.

Actualmente, el Estado debe asignar recursos tomando en cuenta criterios como “igualdad entre los gastos 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” (Llano, 2010: 23).

De lo anterior se concluye, que las políticas públicas deben buscar un incremento de la calidad de las prestaciones, lo cual justifica por qué se hace necesario conocer si las estrategias de prevención del embarazo adolescentes son efectivas o no.

A criterio de Paganini (2000: 8), la mejora se logra mediante estrategias encaminadas a “procesos de adiestramiento, autoevaluación, intervención y gestión estratégica con los cuales se pretende no solo elevar la calidad de atención sino también la eficiencia en el servicio y sistemas de salud”. Y en este sentido, no solo enmarcar las actividades en la solución del problema; sino adelantarse a él y prevenirlo partiendo desde la propia raíz que dan causa a ese efecto.

Como afirma Lesky (1984:213) “en ningún sitio se encuentra la enfermedad humana como ‘mera naturaleza’, ya que siempre está condicionada y modificada por la actividad social y por el ambiente cultural que crea tal actividad”.

Esto quiere decir que no se puede limitar el concepto de salud como una responsabilidad mera de las ciencias médicas, tiene que verse además como una ciencia social, y la política no es más que medicina en grande (Lesky, 1984:213).

Por lo tanto, la eficiencia de las políticas públicas dependerá de la promoción dirigida a los diversos pueblos y grupos poblacionales de mayores desventajas sociales, para el posterior cambio de pensamiento y comportamiento de la población respecto a los factores determinantes de la salud, lo que redundará en la participación popular en acciones que mejoren su estado sanitario.

## **Estrategias de prevención del embarazo adolescente**

Teniendo en cuenta los daños económicos y sociales que desencadena el embarazo en las y los adolescentes, casi siempre relacionados con síntomas de pobreza, no es de extrañar que los estados encaminen estrategias y planes para disminuir la incidencia del embarazo en la adolescencia.

Para que la prevención de los embarazos en adolescentes sea exitosa, es necesario lograr un compromiso sostenido de los actores claves de la comunidad y de las instituciones del nivel local para responder a los complejos desafíos que enfrentan los adolescentes, propios de la edad por la que transitan.

Los especialistas de la UNICEF, Ardila y Arango (2014: 12-15) sintetizan en varias líneas de trabajo cómo deben llevarse a cabo los programas de prevención del embarazo en la adolescencia, para los cuales:

1. Se requiere el diagnóstico y socialización de la situación del embarazo en adolescentes con el propósito de promover e impulsar el desarrollo de las acciones de prevención de este fenómeno por parte de todos los actores de la comunidad.
2. Identificar las principales organizaciones que trabajan con adolescentes en sus áreas de influencia

para facilitar el desarrollo de las acciones de promoción dirigidos a esos jóvenes.

3. Promover estrategias de desarrollo local para adolescentes que los ayuden a evitar el embarazo y otros comportamientos riesgosos, y para garantizar que cuentan con habilidades y competencias para la construcción de su ciudadanía y la toma de decisiones responsables con su salud.

4. Impulsar programas en donde la comunidad sea gestora y protagonista con la colaboración de instituciones gubernamentales, ONG, familia, adolescentes y jóvenes, avalados por pesquisas investigativas para la prevención de embarazos en adolescentes relacionados con (Véase gráfico 3):

**Gráfico 3: Programas de la comunidad para la prevención del embarazo en la adolescencia**



Fuente: (Ardila & Arango, 2014)  
Elaborado por: Pamela Olalla

5. Identificar a través de las organizaciones o instituciones de la comunidad los adolescentes en riesgo con mayor necesidad de recibir servicios para la prevención de embarazo; las cuales se resumen en la Tabla 1:

**Tabla 1: Población adolescente más vulnerable**

|   |
|---|
| a. Adolescentes que ya han estado embarazadas                                       |
| b. Adolescentes de ambos sexos con padres o hermanos que fueron padres adolescentes |
| c. Adolescentes que viven en hogares temporales, refugios                           |
| d. Adolescentes que viven en la calle, que no estudian ni trabajan                  |
| e. Adolescentes sexoservidores  |
| f. Adolescentes que sufren violencia intrafamiliar/doméstica                        |

Fuente: (Ardila & Arango, 2014)

Elaboración: Pamela Olalla

6. Promover en escuelas y comunidad el acceso de los adolescentes a la educación integral en sexualidad.

7. Promover a través de los medios de comunicación de difusión masiva la importancia de planificar proyectos de vida de los adolescentes, y efectuar campañas publicitarias y propagandísticas relacionadas con la prevención del embarazo en esa edad.

8. Gestionar con las instituciones legislativas y del Derecho, de conjunto con los cuerpos gubernamentales, la protección a la población de adolescentes de la comunidad (Ardila y Arango, 2014: 12-15).

Asimismo, existen escasos servicios de atención a los que los jóvenes puedan recurrir en busca de asesoramiento, de ahí que los especialistas de la revista Gineco, Cartes y González(2010: 13) señalen algunos de los requisitos para conformar un sistema de atención para la prevención del embarazo en la adolescente, las ITS y el Sida.

En primer orden, los centros deben contar con servicios exclusivos para adolescentes con días y horarios de atención diferenciados del resto de los pacientes, teniendo en cuenta que por lo general a estas edades se debe cumplir con el horario escolar. Por otro lado, se debe informar a las escuelas y a la comunidad acerca de la disponibilidad de estos centros y dar detalles sobre los horarios, los requisitos para la atención y los costos (Valdivieso, 2013).

La institución debe estar ubicada en un lugar accesible para que todos puedan disponer de los servicios, aunque deberán resguardar la privacidad de las pacientes. La atención debe ser confidencial, toda la información que deriva de la consulta debe ser privada, en este caso resulta imprescindible, como indica el autor Burak (2001:18): “el individuo que se encargue de la recepción cuente con un entrenamiento especial y sepa escuchar”.

Según López (2012) la respuesta del sistema ante la demanda de los pacientes debe ser rápida y satisfactoria, ya que es común que los jóvenes no regresen si sus necesidades no se ven satisfechas. El servicio sanitario debe ser gratuito o tener un costo simbólico. El personal que trata a estos jóvenes debe adoptar una actitud madura y responsable y establecer una relación sobre la base del respeto; la atención también debe ser personalizada y amigable.

Varios expertos coinciden en que la pareja de adolescentes debe participar en la elección del método anticonceptivo de acuerdo con las características de su actividad sexual (Blázquez, 2012:2). Asimismo, el profesional también debe brindar instrucciones precisas en la primera consulta y detallar por escrito todos los procedimientos estándares para que el grupo esté al tanto de los criterios de prescripción y control de la anticoncepción. Además, se deberán tener en cuenta todos los aspectos legales.

La experiencia ha demostrado que estos centros no son suficientes para la prevención del embarazo: es necesario elaborar programas de educación sexual que se lleven a cabo en las escuelas y que las actividades estén coordinadas con los servicios de salud que atienden a estos jóvenes.

Existen evidencias de los impactos positivos de la educación integral de la sexualidad en el comportamiento sexual de adolescentes, pues entre los resultados de estas campañas figuran la postergación del inicio de las relaciones sexuales, el uso eficaz de anticonceptivos, “la disminución de parejas sexuales, así como la construcción de un proyecto de vida” (Lead, 2014: 10). Y en este sentido, ha sido vital el desarrollo de programas de formación de recursos humanos que contribuyan a la promoción, prevención y atención de salud de este grupo de la población.

### **Convenios para la prevención del embarazo en la adolescencia.**

Los Tratados Internacionales, y la adopción de las políticas públicas para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de una sexualidad segura, sin lugar a dudas, ha sido un tema demorado en el debate mundial, no obstante, en la actualidad se percibe un mayor número de convenios implementados sobre todo para dar solución y evitar la alta incidencia de este fenómeno (OMS, 2014).

Para la OMS (2014:1), “la salud ofrece una importancia fundamental para el desarrollo y bienestar social, 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 la 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.

De acuerdo con el enfoque de desarrollo humano (PNUD, 2013) las personas deben tener la posibilidad de construir el proyecto de vida que desean en el marco de un entorno que les permita lograrlo. Durante la adolescencia, se fundamentan algunas de las bases que dan sustento a un proceso de desarrollo humano satisfactorio. La materialización del embarazo en la adolescencia supone un conjunto de consecuencias que, en algunas ocasiones, comprometen la posibilidad de los adolescentes y jóvenes de materializar el proyecto de vida deseado. Por ejemplo:

Aspectos relacionados con deserciones o discriminaciones en los contextos educativos y sociales; vinculación temprana al mercado laboral; mayores probabilidades de ingresar a cadenas productivas de subempleo u otras formas inestables de relación laboral; tensiones familiares y emocionales, reconfiguración o aceleración de los proyectos de vida; tienden a comprometer la capacidad de los adolescentes para insertarse en una senda de desarrollo real y sostenible (Ardila & Arango, 2014: 23).

Teniendo en cuenta que el embarazo en la adolescencia atenta contra todo lo anteriormente señalado, a lo largo de los años se han adoptado compromisos a nivel internacional y nacional que definen el marco legal que faculta y obliga al Estado y a los organismos relacionados con el sector de la salud a realizar las acciones políticas, técnicas y administrativas que contribuyan a disminuir este problema social y de salud pública.

Ecuador ha suscrito varias convenciones, acuerdos y tratados internacionales que lo comprometen de manera vinculante con la garantía de los derechos de los y las adolescentes y particularmente, con el goce de la salud integral.

Entre ellas se destacan la Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU, 1948: 28), que en su Art 25 y 26 se refiere sobre los derechos de los ciudadanos a la Salud y la Educación. Aspectos imprescindibles para el bienestar son señalados en este documento como la alimentación, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales. Asimismo, la Declaración no deja pasar por alto la

necesidad de asegurar a los ciudadanos en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

La magna declaración deja claro que la educación será gratuita, “al menos en lo concerniente a la instrucción elemental y a las etapas fundamentales”(ONU, 1948: 28). Cuestión a destacar si se tiene en cuenta que para la prevención del embarazo en la adolescencia los sectores de la salud y educación deben ir de la mano.

Ese mismo año la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre se hace eco de lo anteriormente planteado, y partiendo de las características demográficas, económicas, sociales y culturales de la región, hace énfasis en el derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de las personas; y superando los postulados de su predecesora, en su Art 7 señala respecto al derecho de salud sexual y reproductiva que: “Toda mujer en estado de gravidez o en época de lactancia, así como todo niño, tienen derecho a protección, cuidados y ayuda especiales”(ONU, 1948: 7).

Por otra parte, el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales,(ONU, 1976:4) refiere entre sus postulados que se deben adoptar medidas especiales de protección y asistencia en favor de todos los niños y adolescentes, sin discriminación alguna por razón de filiación o cualquier otra condición.

Es aquí que se percibe un despertar en el orden jurídico respecto a la preocupación por las problemáticas de las y los adolescentes sobre todo en el orden social y económico, poniendo en alerta a los estados sobre la incidencia de la explotación infantil, el empleo de menores en trabajos que desprestigien su moral desde la infancia o agreda su estado saludable, y en los peores casos, donde peligre su vida o se corra el riesgo de perjudicar su desarrollo normal.

El Pacto no deja de prever que los Estados incorporen en su sistema jurídico sanciones severas a quienes menoscaben el derecho de los infantes y adolescentes: “Los Estados deben establecer también límites de edad por debajo de los cuales quede prohibido y sancionado por la ley el empleo a sueldo de mano de obra infantil (ONU, 1976:4).

La Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (ONU, 1989) invita a los gobiernos a desarrollar políticas públicas, dirigidas, esta vez, a la familia, como seno imprescindible de la sociedad e institución adecuada para prevenir y educar a sus hijos a través de una planificación coherente de cada una de las etapas de la vida de los menores.

Más cercana en el tiempo, la Convención Iberoamericana de los Derechos de la Juventud (UNICEF, 2008) al hacer referencia a los Derechos Civiles y Políticos, plantea como uno de los principales el Derecho a la vida, para el cual resulta responsable adoptar las medidas de toda índole que sean necesarias para garantizar un desarrollo físico, moral e intelectual que permita la incorporación de los jóvenes al protagonismo de la vida colectiva con niveles óptimos de madurez.

En otra área y donde también se advierte acerca de los derechos del grupo que transita por la etapa de la adolescencia, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (ONU, 1994) reconoció a la salud sexual y reproductiva como imprescindible para el bienestar de los seres humanos.

Cuatro años más tarde; es decir, en 1999, la ONU también relacionaba el derecho de los y las adolescentes con el disfrute máximo de los derechos de salud y la garantía de los servicios relacionados con la ejecución de dichos derechos.

Percibiendo que los altos índices de pobreza y la falta de educación perpetúan las altas tasas de alumbramientos entre adolescentes, la Organización de Naciones Unidas incluyó entre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), adoptar como una de las metas de los Estados el mejoramiento de la salud materna.

Si bien es cierto que 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.

Para el contexto ecuatoriano resultó de impacto y guía la elaboración del Plan Andino para la Prevención del Embarazo Adolescente (UNFPA, 2007: 1) que pretendía fortalecer las acciones individuales de los países de esta región latinoamericana, así como despertar la preocupación de los mismos para encontrar soluciones preventivas para el embarazo en adolescentes.

El objetivo general de dicho plan consistía en “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” (UNFPA, 2007: 1).

A partir de la conformación del Plan Andino de Prevención del Embarazo Adolescente, el Plan Nacional de Ecuador se enfocó en tres líneas de acción fundamentales: la primera consistía en concretar un sistema de información, monitoreo y evaluación de las medidas a implementar; el segundo recaía en 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 pretendía la participación activa de estos jóvenes.

Todo ello tiene como sustento legislativo que la Constitución de la República del Ecuador (Asamblea Nacional, 2008) se compromete a generar las condiciones para la protección de sus habitantes a lo largo de sus vidas, así como asegurar los derechos y principios que ella misma ha concebido, sin reparar en la diversidad de razas, edades, culturas, religiones, etc., priorizando su acción hacia aquellos grupos que requieran consideración especial por la persistencia de desigualdades, exclusión, discriminación o violencia, o en virtud de su condición etaria, de salud o de discapacidad.

La Carta Magna reconoce a los adolescentes como sujetos de atención prioritaria, por tanto, es responsabilidad del Estado y sus instituciones sociales desarrollar programas y estrategias que apuesten por el respeto y la garantía de los derechos constitucionales.

## **Economía de la salud**

Luego de la segunda guerra mundial, entre las muchas categorías que derivaron para una mejor concepción de la sociedad, nació la definición de Estado de bienestar, mediante el cual se debía proteger los derechos sociales, y entre los de mayor importancia se encontraba la salud.

También fue en la década de 1940 cuando se comienzan a constituir en los estados los sistemas de salud porque es en ese momento donde los gobiernos empiezan a emplear políticas públicas orientadas hacia este sector. Más tarde se definiría el 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.

Según la profesora Gamboa (2013) el Estado de bienestar para satisfacer las demandas de la salud de la población, necesita de criterios básicos de la economía de la salud, que es la manera de maximizar el beneficio social obtenido por la mejora de la calidad de vida de la población.

Sin embargo, la aplicación de la Ciencia Económica en el área de la salud prácticamente fue estrenada en el siglo XX; periodo durante el cual las herramientas de esta disciplina fueron adoptadas progresivamente para el campo sanitario.

Y es que según Valdivieso (2013:45), en relación con las categorías de Salud y Economía:

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.

El análisis económico del sector de la salud ha posibilitado trasladar los términos de eficiencia y eficacia para considerar la explotación de los recursos, estudiarlas dinámicas y el precio de la productividad en ese sector, para luego valorar cómo aplicar mecanismos más efectivos y menos costosos, sin desatender ni desvirtuar los procesos llevados a cabo para proteger a las personas de las muertes y las enfermedades, pero también mantener su calidad de vida.

### **Eficacia y eficiencia.**

Hasta el momento el manejo de la salud pública se ha limitado al tratamiento de la enfermedad y a la prevención en los grupos de mayor riesgo de la población, como el caso de los adolescentes y el embarazo en este grupo etario, sin evaluar las verdaderas causas de las enfermedades como son las condiciones socioeconómicas, medioambientales y educativas en los que se desenvuelven los ciudadanos.

En cuanto a los beneficios que se deben obtener de la economía de la salud, el principal es la mejora que se produce en la calidad de vida o el aumento de la esperanza de vida, según Cisterna(2009: 15); y para conseguir este objetivo, como en todo negocio, se requiere invertir la menor cantidad de capitales posibles o la menor cantidad de gasto (costos) por beneficio. Esto quiere decir que, los métodos de evaluación se basarán en la relación de beneficios y costos, conocido como eficiencia; es decir, el beneficio obtenido con la intervención en condiciones reales, en relación al dinero, a los recursos o al tiempo asignado.

Por ello, Paganini (2000: 5) afirma que:

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.

La 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 ayudarían a enfrentar problemas existentes hoy como 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 (Ardila y Arango, 2014: 34).

El ideal es obtener un beneficio máximo con unos recursos mínimos, según refieren Ortún y Del Llano (2000: 10), eligiendo aquella alternativa con la que se obtengan más beneficios en relación con los costes. La dificultad en este sector radica, sobre todo, en el cálculo de los beneficios.

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 (Rodríguez y Hopenhay, 2008: 2). No hay que olvidar que la economía de la asistencia sanitaria no determina solamente en el servicio de salud, sino también en los enfermos y sus familias, y otras organizaciones del sector público, y por ende en la productividad económica general del Estado.

## **Evaluación económica de la salud.**

La correcta administración de los recursos humanos y materiales destinados a la salud se verifica con la evaluación económica, que es también el momento en el cual se adoptan las políticas sanitarias coherentes con las situaciones de los demandantes y oferentes.

Como expresa Osteba (1999: 23):

Dejando claro el valor inestimable de cada ser humano y que éste no puede ser colocado en el lado opuesto de la balanza del dinero, una mayor matización ha llevado al estudio más frecuente del análisis coste efectividad y coste utilidad. Estos análisis utilizan como medidas de beneficios la remisión de síntomas, la reducción de las discapacidades, los años de vida ganados, etc. (coste efectividad); donde queda más patente el valor de la persona humana y tiene más sentido sanitario.

Entre las cuestiones que se han de tener en cuenta para la evaluación económica en la salud se encuentran definir el beneficio del tratamiento, cuál es el costo, determinar la forma más eficiente del servicio sanitario y comprobar si es eficaz.

### **1. Análisis costo -beneficio**

El análisis costo-beneficio es la forma de la evaluación económica aplicable al ámbito sanitario, en la que tanto los costes como las consecuencias (beneficios) de un proyecto se expresan en términos monetarios (Villacrés, 2000: 8).

Evidentemente, resulta muy difícil valorar económicamente los aspectos de salud y enfermedad, pero sí es posible a través de sus repercusiones. Por ejemplo, para realizar una evaluación económica de la vida se puede utilizar la valoración económica de las diligencias que se frustraron a causa de la muerte prematura.

Los economistas parten de la premisa de que el consumidor es el mejor juez del valor económico de un servicio (Stiglitz, 2002: 21). La ventaja principal de este análisis radica en que además de agregar en una única dimensión monetaria múltiples consecuencias de diferente naturaleza, permite establecer comparaciones con los resultados de otros proyectos públicos que hayan utilizado la misma metodología.

No obstante, el enfoque económico de la atención sanitaria es una ayuda a la decisión y no un sustituto de ella, siendo la equidad una premisa a tener en cuenta.

### **2. Análisis coste-efectividad**

Los costes vienen expresados en términos monetarios, sin embargo, a diferencia de otros campos en la Salud las consecuencias (efectos) se miden en componentes físicos (número de vidas logradas, reducción

de la afección, número de casos diagnosticados, etc.), que pueden referirse tanto a productos como a resultados finales.

El Análisis coste-efectividad tiene como misión identificar y cuantificar los costes y los resultados de diversas opciones para determinar cuál de las varias alternativas disponibles es más eficiente en términos relativos (Paganini, 2000: 8); es decir, cuál de ellas es menos costosa y más efectiva, lo cual se revierte favorablemente en el sector, siempre y cuando no implique sacrificar un servicio adecuado a la población.

### **3. Análisis coste-utilidad**

El Análisis coste-utilidad se trata del método de evaluación económica de más reciente aplicación en el sector sanitario, que según los expertos, trata de identificar y considerar los costes y los efectos de maneras alternativas para alcanzar un mismo objetivo como la mejora de la calidad de vida de los pacientes o períodos alargados de vida saludable.

Es, por tanto, una forma de estimación económica más integral que el análisis coste-efectividad pues una medida de la utilidad es la de los años de vida logrados, que mide los beneficios tanto por el incremento de la esperanza de vida como por las mejoras en la calidad con que se vive (Cisterna, 2009: 10).

El análisis coste-utilidad es un método de evaluación económica que se basa en la valoración de las preferencias o necesidades de los individuos. Una vez determinadas esas utilidades se calculan y compara el coste-utilidad de cada una de las alternativas, y luego se elige la de menor coste/utilidad (Villacrés, 2000: 8). En resumen, este análisis puede ser considerado como un caso particular del análisis coste-efectividad, en el que las efectividades se miden desde la perspectiva o el punto de vista subjetivo del paciente. La utilidad es la valoración que el ciudadano tiene respecto a un estado de salud.

## **Educación para la salud sexual y reproductiva**

La sexualidad a través del tiempo ha adquirido la importancia para cualquier sociedad en tanto representa el inicio del desarrollo de la vida biológica, social y económica del ser humano, pero las prácticas sexuales no han estado exentas de afectaciones debido a mitos y prejuicios en torno a ella, por lo que la información en torno a este tema ha quedado marginada en unos casos y ocultas en otros. Es así que la mayoría de los adolescentes no posee conocimiento suficiente acerca este tema.

La responsabilidad de educar sexualmente compromete a todas las instancias que tienen que ver en la educación de estos jóvenes, especialmente a la familia y las instituciones educativas. Pero la educación sexual es un asunto de muy reciente y atrasado análisis, sobre todo en la región a la cual pertenece el Ecuador.

En América Latina la referencia a esta categoría paradójicamente fue iniciada por las organizaciones privadas y no en las públicas, luego se fueron sumando los ministerios de salud, sin embargo, a pesar de los progresos, aún en los años sesenta del siglo pasado todos los países de la región sufrían un subdesarrollo en educación sexual.

Ya para la década de 1980 comienza a hablarse de la educación sexual dentro de la asignatura de educación para la salud, un hecho vinculado al incremento de enfermedades de transmisión sexual y al reconocimiento de los altos índices de embarazo adolescente, fundamentalmente en los países en vías de desarrollo, y dentro de estos, en las localidades de mayor pobreza.

Aun así, la impartición de la educación sexual en el sistema docente ha sido un proceso lento, y sobre todos de poco impacto por la manera superflua en la que se trata, sobre todo en naciones como el Ecuador, donde una cultura predominantemente religiosa han hecho difícil que la educación sexual sea visto sin reserva en la sociedad y en las aulas a través de los maestros, amén de que se ha estudiado los efectos contraproducentes de la falta de esa información. “Los mitos, los prejuicios o el silencio temeroso en torno a la sexualidad propician las relaciones desprotegidas, los embarazos en la adolescencia y las enfermedades de transmisión sexual, además de hacer más vulnerables los abusos sexuales a edad temprana” (Cano, 2006: 10).

Teniendo en cuenta el avance que en materia legal e institucional para el respeto de los derechos de salud y salud sexual ha alcanzado el país y la premisa de que la educación sexual puede promover prácticas sexuales saludables, toca a los maestros y a la familia abordar esta temática con los adolescentes.

Sin embargo, estas instituciones sociales lamentablemente presentan carencias cognitivas y metodológicas para influir y modificar los criterios y conductas que desarrollan los adolescentes relacionados con estos asuntos, por lo que se considera pertinente que el rector de las acciones de prevención del embarazo sean los especialistas de las instituciones sanitarias, que de manera científica y global evalúan la temática y se avalan como promotores de la salud sexual y reproductiva.

Para un mejor abordaje de los temas de educación sexual en todas las instituciones educativas se requiere del fortalecimiento de la capacitación a los docentes, de manera que los estudiantes encuentren las respuestas a sus dudas e inquietudes en sus docentes, y no buscan información en sus amigos o medios de difusión masiva, pues esta información casi siempre viene mediada por otros intereses personales o institucionales.

Para lograr una educación sexual integral en los alumnos, es necesario que paralelo al proceso de enseñanza tradicional, en las instituciones educativas se realicen talleres y capacitaciones de sensibilización sobre estos temas y de esta manera los docentes tengan una apertura para hablar de forma clara, libre y sin temores, ni prejuicios sobre sexualidad y educación sexual, abordarse las temáticas desde el respeto a las concepciones de género y diversidad, haciendo un seguimiento para evaluar el impacto que tuvo esta intervención en la labor de los docentes como promotores de la sexualidad en los jóvenes. Hacia ahí va encaminada la presente propuesta, que dependerá en gran medida de la orientación de expertos en sanidad.

## **Antecedentes del estudio del embarazo en la adolescencia**

La mayoría de las investigaciones desarrolladas acerca del embarazo en la adolescencia suponen el uso de modelos y enfoques desde las ciencias médicas y humanistas como la Psicología y la Sociología, en tanto es mayormente definido como un problema de salud.

Precisamente esta observación permitió el surgimiento de numerosos estudios que han estado dirigidos a entender qué ocurre con el organismo humano (enfoque biofisiológico), con la mente (enfoque desde la Psicología) y el ser social (enfoque desde la Sociología) ante la ocurrencia del embarazo en la adolescencia.

Posteriormente y a raíz de los convenios internacionales firmados sobre los derechos de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, inició y se reprodujo con gran rapidez en Latinoamérica, y otras regiones en vías de desarrollo, las indagaciones dedicadas a conformar estrategias para la prevención del embarazo en la adolescencia, que se limitaban a la realización de censos y cálculos estadísticos.

Al decir de Jáuregui (2012: 45), la relación entre embarazo adolescente y la potencial acumulación de capital humano futuro de la mujer ha sido analizada principalmente en Estados Unidos y Gran Bretaña, países desarrollados en los cuales el fenómeno del embarazo en la adolescencia no se encuentra tan latente como en otras regiones del mundo.

Aquí el debate en cuestión se centra principalmente en torno al impacto del embarazo sobre la escolaridad, la experiencia en el mercado laboral y los salarios que alcanza la joven madre en su etapa adulta.

En los estudios relacionados con las implicaciones en la educación, se muestran variables de acuerdo a las condiciones socioeconómicas en las que vive el adolescente, así como las estrategias políticas de cada región. Por un lado, aunque existe evidencia de que el embarazo no es la principal causa de abandono escolar, al menos en los países en desarrollo (Rodríguez & Hopenhay, 2008: 2), su incidencia en el abandono escolar no es despreciable como lo muestra la evidencia correspondiente a Bolivia y Chile, donde el 14 y 15 por ciento del abandono escolar de las muchachas que cursaban la secundaria se debió directamente a que estas quedaron embarazadas.

Los sondeos nacionales en el Ecuador han demostrado cómo la escuela y el trabajo pueden prevenir el embarazo en la adolescencia. “Así, del total de las jóvenes ecuatorianas de 15 a 24 años que tuvieron su primer embarazo, casi la mitad (45%) no estudiaba ni trabajaba al momento de embarazarse, 24% sólo estudiaba y 25% solo trabajaba” (Gamboa, 2013: 5).

Entre las implicaciones en el ámbito de la salud, diversas investigaciones, entre los que se puede citar el de Rodríguez & Hopenhayn (2008: 2), que pone de relieve “el hecho de que la reproducción en la adolescencia se relaciona con mayores probabilidades de morbilidad tanto para las madres como para los niños, incluyendo en este segundo caso las complicaciones obstétricas y en el puerperio”.

Sobre la base de datos provenientes de 56 países, el UNFPA (2007: 12) determinó que “las probabilidades de que las adolescentes de 15 a 19 años de edad mueran debido al embarazo o el parto son dos veces superiores a las de una mujer de 20 a 30 años”. Para las menores de quince años, los riesgos son cinco veces mayores.

Blázquez (2012) destaca que, aunque el porcentaje de mujeres adolescentes que tuvieron su primer hijo antes de los quince años es bajo, es importante no subestimar el problema por su baja incidencia, y por el hecho que en muchos casos el fenómeno tiene que ver con situaciones de abuso, incesto o violencia.

Existen evidencias de que la hipertensión inducida por el embarazo es cinco veces más frecuente en menores de 16 años que en las de mayor edad (Gamboa, 2013: 23). Por otra parte, un segmento muy importante de la fecundidad registrada entre las adolescentes es no deseada, lo cual en muchos casos deriva que una gran cantidad de jóvenes vean el aborto como la solución a sus problemas (Plan Andino de prevención del Embarazo en la Adolescencia, 2007).

En cuanto a la salud infantil, el UNFPA (2007: 12) reporta que, a nivel global, los niños de madres adolescentes tienen probabilidades 1.5 veces más altas de morir antes de alcanzar el primer mes de vida o de nacer bajo peso. La información disponible para la Subregión evidencia los mayores riesgos de mortalidad infantil asociados a la maternidad juvenil.

Estos resultados no son más que las consecuencias de factores fisiológicos pues, como lo constatan los estudios de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad de las

Américas(2014: 18) y Arthur Evans (2007: 5) cuando se trata de una adolescente embarazada, se observa un mayor riesgo de partos prematuros o de partos obstruidos, riesgos que son mayores entre las niñas desnutridas a causa de la pobreza a la que ha sido sometida. En otro ámbito, muchas de las jóvenes madres simplemente no tienen las instrucciones adecuadas para cuidar y atender al recién nacido, a lo que podría sumarse en algunos casos la falta de apoyo de su pareja o familia, y el estar obligadas a realizar esfuerzo físico durante su condición de gravidez.

Según las últimas investigaciones realizadas, otras de las implicaciones del embarazo en la adolescencia esta dado en el sistema económico de los estados. Por ejemplo, el UNFPA (2007) destaca que un nacimiento en la adolescencia reduce las oportunidades de ingreso/necesidades de una mujer en más del 30 por ciento. Respecto a la transmisión intergeneracional de la pobreza, González (2011: 30) encontró que “el ser madre adolescente aumenta la probabilidad de ser pobre de 16 a 28%”.

Igualmente, un estudio llevado a cabo en Latinoamérica (Blázquez, 2012) indica que la maternidad en las edades comprendidas entre los 14 y 19 años va acompañada de efectos económicos negativos, en términos de menores ingresos mensuales, especialmente para las madres pobres que más necesitan de esos ingresos. En el mismo estudio sobre costos de la maternidad entre adolescentes, se demostró que 67% de las madres adolescentes fueron hijas de madres adolescentes, en comparación con el 35% en el caso de madres no adolescentes; lo cual es otro aspecto de las consecuencias de esta situación.

Algunos de las pesquisas más recientes han encontrado un impacto negativo de la maternidad a edades tempranas sobre los logros de la mujer, entre los cuales se encuentra maternidad uniparental y dependencia de los sistemas de bienestar entregados por el Estado(Vassallo, Sellanes, y Freylejer, 2003: 8).

Como se ha planteado, las investigaciones que sobre el embarazo adolescente se han desarrollado se limitan a estudiar, en su mayoría, las estadísticas acumuladas por centros especializados sobre la existencia en la sociedad y el ingreso a las instalaciones sanitarias de las y los adolescentes; en otros casos se estudia la atención especial que se le ofrece, o debiera ofertarse, en el marco social e institucional; así como las mejores estrategias para prevenir el embarazo en la adolescencia.

Sin embargo, en muy pocas ocasiones se ha optado por el estudio en profundidad de este fenómeno desde una perspectiva económica. Desde los inicios, los economistas han desarrollado modelos de decisión de la maternidad basados en análisis de costo-beneficio, a partir de los cuales se han implementado diversos métodos de estimación empírica (Cisterna, 2009: 10).

Uno de los primeros trabajos más conocidos que se preocupó del tema de la endogeneidad es el modelo desarrollado por Klepinger, Lundberg y Plotnick (1997: 34), quienes analizan cómo la fertilidad adolescente afecta el capital humano y el salario que recibe la mujer joven. Su modelo se basa en una función de utilidad de la mujer que comprende dos etapas (su adolescencia y la adultez), donde se incorporan dentro de las categorías que le generan beneficio a su consumo, el descanso y una variable dummy que representa si fue madre adolescente o no.

Dentro de los estudios más actuales y más relevante se encuentran la investigación en Perú del Centro de Investigación y Desarrollo del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), con un diseño que utiliza métodos cualitativos y cuantitativos para comparar a las madres adolescentes con otras mujeres, construyendo un modelo econométrico para las decisiones estudio/trabajo en adolescentes (Probit bivariado) y otro para el acceso al mercado laboral en mujeres adultas (Probit) (Valdivieso, 2013: 51).

Los resultados indican efectos negativos significativos de la maternidad adolescente sobre las decisiones de acumulación de capital humano (continuación de la escuela vs. Trabajo) y, a través de este efecto, sobre las posibilidades de acceder a mejores empleos y condiciones laborales favorables para las mujeres en edad adulta.

En Ecuador hasta ahora no se han encontrado estudios económicos empíricos publicados que traten específicamente este tema; debido a que:

La metodología empírica que ha sido usada depende principalmente de la disponibilidad de datos con la que se cuenta. Por lo que muchas veces se hace difícil el estudio solamente debido a que las bases de datos que se requieren no permiten establecer estimaciones insesgadas y, por lo tanto, no es posible desarrollar conclusiones definitivas respecto del comportamiento de la adolescente y sus efectos futuros sobre el nivel de capital humano alcanzado (Jáuregui, 2012: 12).

Sin embargo, el análisis que durante años se ha sostenido acerca del embarazo en la adolescencia indica que en el aspecto individual prevalecen los efectos negativos del embarazo adolescente sobre la calidad de vida de las personas desde el punto de vista socioeconómico, debido a que en la mayoría de los casos este capital humano se desvía, se reducen las posibilidades de la participación laboral, por tanto existen menores ingresos y escasos niveles de ahorro familiar (Ortún y Llano, 2000: 10).

La pobreza entra a esta familia, generación tras generación. Tales resultados confirman que el embarazo en la adolescencia resulta una mutilación al desarrollo normal de un joven, por lo que bajo esta perspectiva es posible pensar en una intervención por parte del Estado, que permita regular la situación de tal manera que la joven no tenga incentivos a embarazarse.

## **Análisis crítico**

La larga estigmatización que ha rondado el tema de la sexualidad en América Latina durante siglos, ha provocado que aún las investigaciones acerca de este asunto, si bien no dejan de proliferar, tengan una visión reduccionista de la materia. Vista en principio como una amenaza, históricamente estados y sociedades han buscado la manera de normar las formas de manifestar la sexualidad, sobre todo en el orden de la moral, la religión, la medicina y la ciencia.

Es así que las posturas indagatorias y perspectivas teóricas acerca de la sexualidad se han dedicado a resolver y definir qué está mal y qué está bien en cuanto al cuerpo humano y cada una de las prácticas sexuales, viendo el fenómeno como un objeto de análisis casi exclusivo de la medicina y la psicología, sin percibir el estrecho vínculo que existe entre la sexualidad y la sociedad, en tanto de ello dependerá en gran medida los perfiles y características que adopten las futuras sociedades.

¿Cómo se establecerán las relaciones sociales y sexuales en el porvenir? ¿Cómo se conformarán los patrones individuales y colectivos de la sociedad en cuanto a carácter, gustos y preferencias, principios, ideas, leyes? Llegar a esas respuestas dependerá del grado de ampliación de la mirada respecto al significado de la palabra Sexualidad, y unida a esta, habrá que estar a la espera también del avance en los derechos sexuales y reproductivos; que en el caso específico de América Latina, no deja de ser limitado pues existe cierta disparidad entre las leyes y políticas públicas formales y su implementación y asimilación en las sociedades, marcadas por diversidades históricas, políticas y culturales de cada nación, y dentro de ellas.

La política pública reúne tres aspectos clave: la opinión del Estado sobre una controversia social, al modo de un mensaje a la sociedad; es un conjunto de acciones, una provisión de servicios o

intervenciones a través de diversos instrumentos; y tiene efectos y consecuencias que reforman la sociedad. Pero una de las preocupaciones en torno a ello es que las leyes y políticas públicas en principio diseñadas para promover los derechos sexuales en la práctica, se tornan letra muerta (Pecheny y Dehesa, 2005).

Lo anterior se evidencia en las estrategias encaminadas a la prevención del embarazo adolescente, tradicionalmente marcado por la poca trascendencia y efectividad de sus medidas, trayendo consigo costos sociales y económicos irreversibles, afianzando las desigualdades existentes en materia de raza, etnia, clase y región, sobre todo en las mujeres de los sectores sociales más marginados y pobres que enfrentan la maternidad en pésimas condiciones, así se mediante de leyes, programas y políticas públicas vigentes.

La reducción de cuestiones sexuales a puras cuestiones de salud, aisladas de las otras dimensiones que las hacen fenómenos sociales y políticos, es una operación ideológica que las sustrae de la estructura social de desigualdad (de clase y género) y de la historicidad que las explica y en las que es pertinente actuar si se piensa en políticas públicas más allá de una ingeniería social fragmentaria (Pecheny & Dehesa, 2005: 12).

Ante estos errores políticos, el panorama actual en la política sexual en América Latina presenta entre sus retos influir en el proceso de construcción de la sexualidad, teniendo en cuenta que sus diferentes manifestaciones se construyen más que nacerse con ellas, y en este sentido Ecuador ha dado muestras de interés en enmarcar un camino que repercuta en el buen vivir de esa población vulnerable a tantos males sociales como son los adolescentes del país.

Estudios estadísticos y cualitativos pueden ayudar a desarrollar la mejor estrategia de prevención del embarazo en la adolescencia, sin dejar de la mano ninguna de las dimensiones que abarca la sexualidad, y sin que ello se convierta en una carga para la economía de la nación. Una vía para ello puede ser empezar desde el principio, y no cuando los caracteres y personalidades están conformadas; una plataforma para lograr estos objetivos puede verse en la Educación para la salud sexual y reproductiva.

# *Consecuencias del embarazo adolescente en Ecuador de 2010 a 2014*

## **Introducción**

Durante las dos últimas décadas, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha debatido con sistematicidad los temas de desarrollo, pobreza, población, mujer, niñez, pueblos y nacionalidades; hoy el respeto, o no, a los derechos humanos constituye un asunto de primer orden en las intervenciones de los representantes internacionales de los estados miembros.

Asimismo entender las debilidades del sistema sanitario de una nación como un problema socioeconómico generador de más problemas socioeconómicos determinó también una mirada más crítica y encaminada a diseñar estrategias para enfrentar problemáticas tales como: la elevada mortalidad materna, embarazos precoces, abortos, cáncer de útero y mama, infecciones de transmisión sexual, VIH-SIDA; pero también, sobre la necesidad de que las sociedades debatan el tema de la sexualidad y reproducción humana sin los prejuicios heredados de sociedades anteriores, y preocupados por una igualdad de género.

De ahí que el Art. 32 de la Constitución de la República del Ecuador disponga que:

La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir (Asamblea Nacional, 2008: 10).

Es por ello que a continuación la Constitución de la República se compromete a generar las condiciones para la protección de los ecuatorianos a lo largo de sus vidas, circunstancias que aseguran los derechos y principios que ella misma ha concebido.

La Magna Carta destaca que es el sistema nacional descentralizado de protección integral de la niñez y la adolescencia el encargado de asegurar el respeto de los derechos de niñas, niños y adolescentes. En tal sentido, el Ecuador ha suscrito varias convenciones, acuerdos y tratados internacionales que comprometen al Estado con la garantía de los derechos de los y las adolescentes y particularmente, con el goce de la salud integral. Entre ellas se destacan la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, del mismo año; el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 1976; la Convención sobre los Derechos del Niño, de 1990; la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación en Contra de la Mujer, de 1991; y la Convención Iberoamericana de los Derechos de la Juventud, 2008.

El Estado elaboró a su vez su propio Código de la Niñez y Adolescencia (2003) donde reconoce como adolescentes a las personas entre 12 y 18 años cumplidos y en su Art. 27, dedicado a esclarecer sobre el derecho a la salud, estipula que los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física, mental, psicológica y sexual; el cual no solo supone el acceso gratuito a los servicios sanitarios y a los medicamentos, sino también a una nutrición adecuada y a un medio ambiente saludable.

En este documento se expone igualmente la importancia que tiene que los niños y adolescentes, y la familia en general, reciban información, orientación y educación sobre los principios básicos de prevención en materia de salud, así como vivir y desarrollarse en un entorno estable y afectivo que les posibilite un adecuado desarrollo emocional.

Sin embargo, la crisis económica que sufriera el Ecuador durante los últimos años trajo aparejados fenómenos como el desempleo, la disminución de mercado alimenticio, el falso crecimiento económico, el estancamiento del gasto social, el deterioro salarial, que no solo afectaba a las familias en general, sino sobre todo a las mujeres y niños de las poblaciones en situación de pobreza. Si bien el universo de adolescentes de la nación no estaba ajeno a este contexto y arrastraría consigo, entre otros males, el problema del embarazo en la adolescencia, actualmente en el país comienza a hacerle frente desde el nivel gubernamental.

Por ello resulta útil para la presente investigación que en este Capítulo se exponga la descripción de la situación de los adolescentes del Ecuador en materia de salud sexual y reproductiva, el embarazo en la adolescencia y sus consecuencias en el país; así como las políticas y estrategias trazadas para disminuir la incidencia de la fecundidad no deseada en la edad de la adolescencia.

## **Embarazo adolescente en el Ecuador. Análisis de la situación del país de 2010 a 2014**

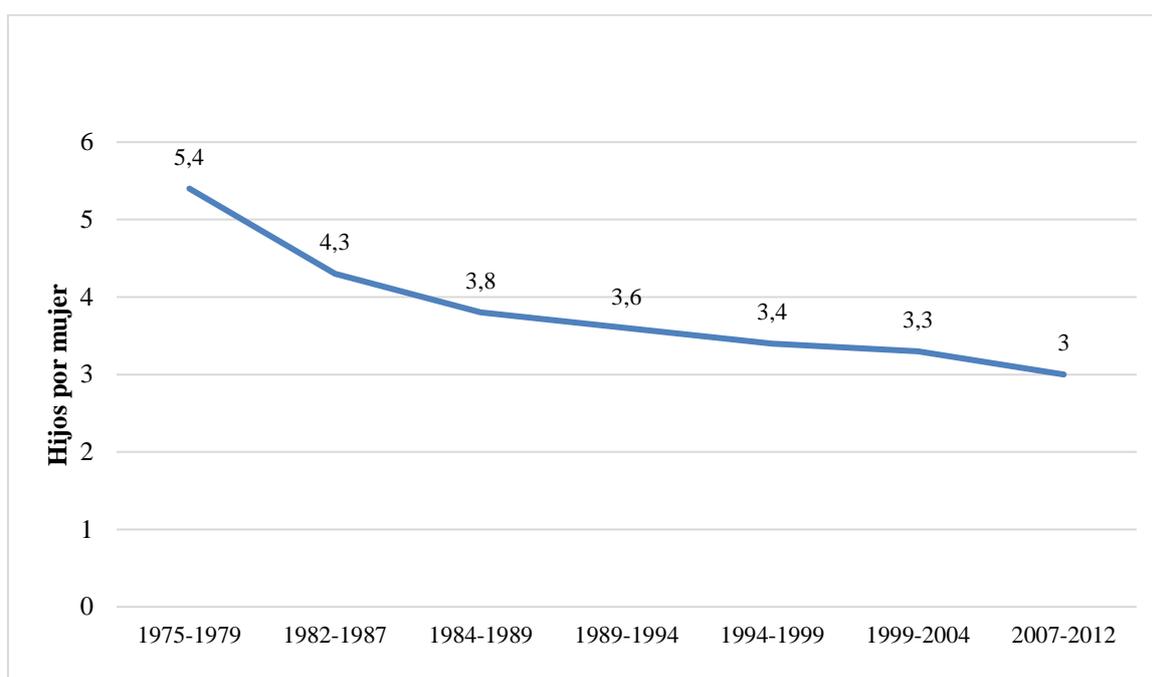
El Ecuador está ubicado en la región andina, escenario marcado por una disminución gradual de la población adolescente, debido a la dinámica de transición demográfica en la que se encuentran los países, lo cual determina un envejecimiento progresivo de la nación. Cuando en 2007 se efectuó la encuesta de los cerca de siete millones de adolescentes mujeres de 15 a 19 años que existían en la región, se estimó que más de un millón ya eran madres o estaban embarazadas (UNFPA, 2007: 3).

En algunos lugares el embarazo en la adolescencia no necesariamente es considerado como una problemática para los pueblos, sino que forma parte de las prácticas culturales de las personas que ahí habitan. En este caso, la gestación está determinada casi siempre por matrimonios formales que forman parte de las tradiciones y costumbres de esas comunidades, principalmente pertenecientes a grupos asentados en áreas rurales y sociedades indígenas (Jáuregui, 2012).

Sin embargo, existe otra tendencia más común en contextos urbanos en donde el embarazo no responde necesariamente a un proyecto de vida de los individuos, sino que más bien lo interrumpe (UNPFA, 2007: 5); aquí determinadas condicionamientos sociales generan los embarazos adolescentes, sobre todo sin que exista un matrimonio, ni siquiera un noviazgo oficial.

En el período comprendido entre 1975 y 1979, cada mujer en edad fértil tenía en promedio 5,4 hijos. Para el período de 2007- 2012, ese número se redujo a tres hijos por mujer. Es decir que, según manifiestan los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, ENSANUT, (MSP, 2013: 4) existe un descenso paulatino de la fecundidad materna (Véase en el Gráfico 4).

**Gráfico 4: Evolución de la tasa global de fecundidad**

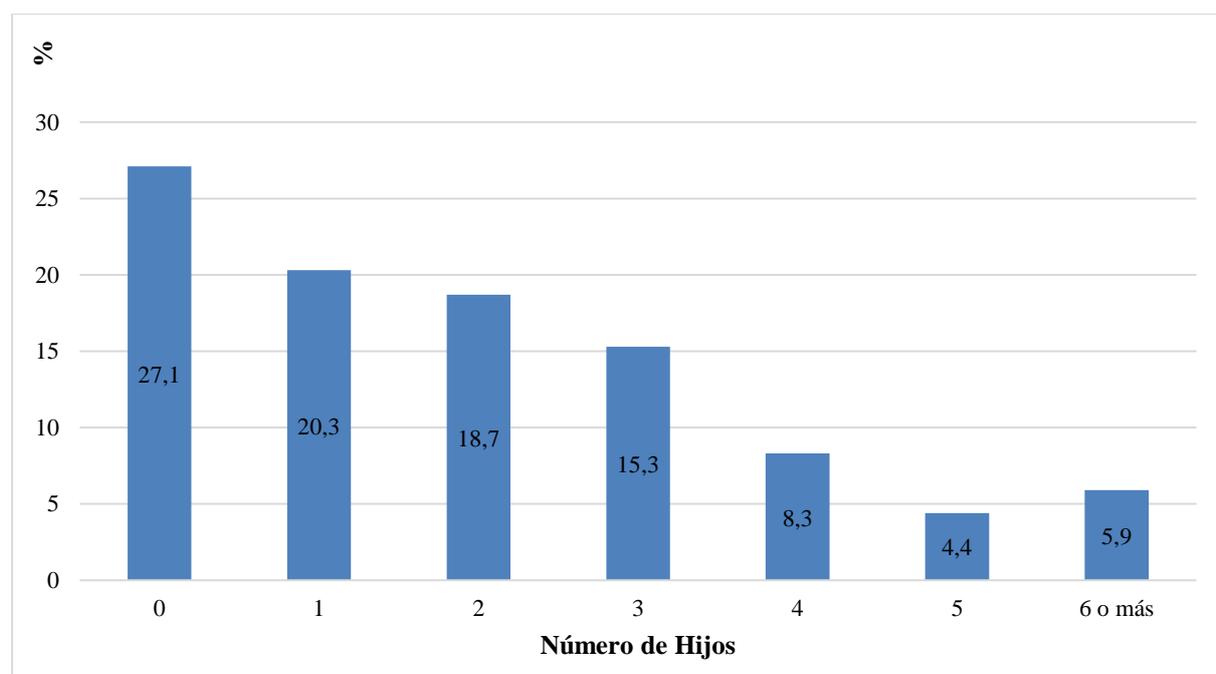


Fuente: (MSP, 2013)

Elaborado por: Pamela Olalla

Por otra parte, en la actualidad existen más mujeres que no han tenido hijos (as), 27.1%, y menos mujeres que han tenido 6 o más hijos (as), 4.4%, como bien se muestra en el gráfico 5, ello viene dado fundamentalmente por factores de emigración y económicos; es decir, la proporción de mujeres disminuye a medida que el número de hijos e hijas aumenta.

**Gráfico 5: Mujeres en Edad Fértil de 15 a 49 años según el número de hijos e hijas vivos**



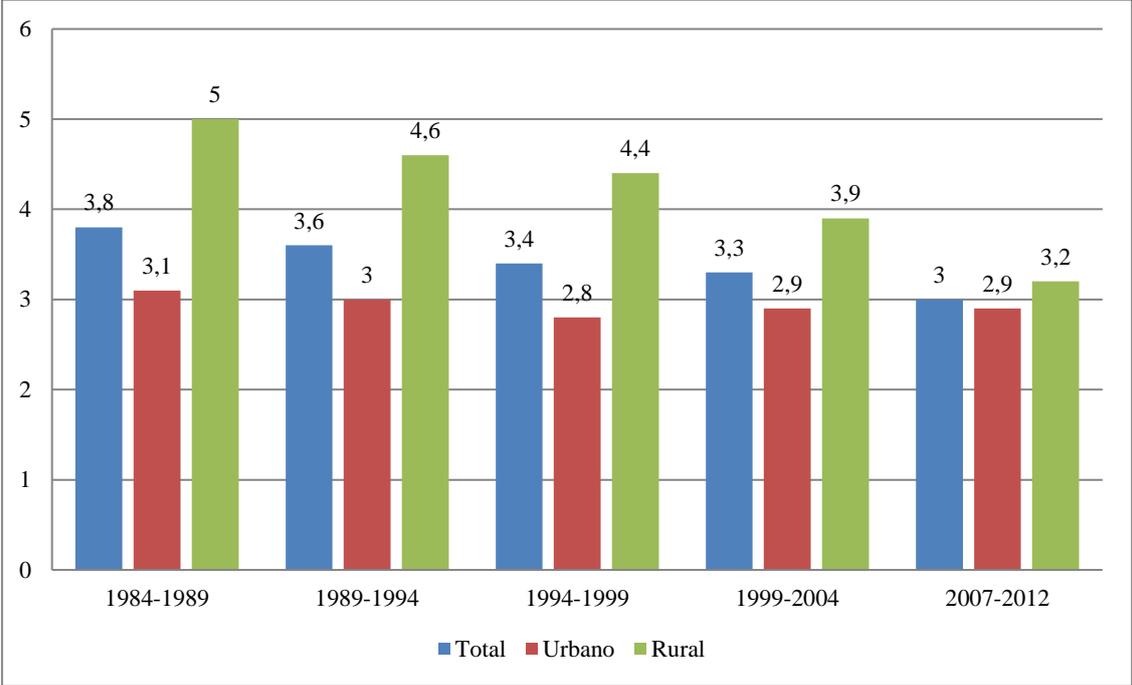
Fuente: (MSP, 2013)

Elaborado por: Pamela Olalla

Entre las provincias con una menor tasa de fecundidad están Tungurahua, El Oro, Galápagos, Chimborazo y Cotopaxi. En cambio, Morona Santiago se ubica como aquella con una mayor tasa de fecundidad con 5,5 hijos por mujer.

Considerando el área geográfica de residencia de las mujeres en edad fértil, la fecundidad (el número de hijos por mujer) en el área rural, ha disminuido en mayor magnitud en el transcurso de los años, sobre todo determinado por la extensión de las políticas públicas para incidir en los pueblos, etnias y comunidades más desfavorecidas socioeconómicamente (Véase el gráfico 6).

**Gráfico 6: Evolución de la tasa global de fecundidad, por área**



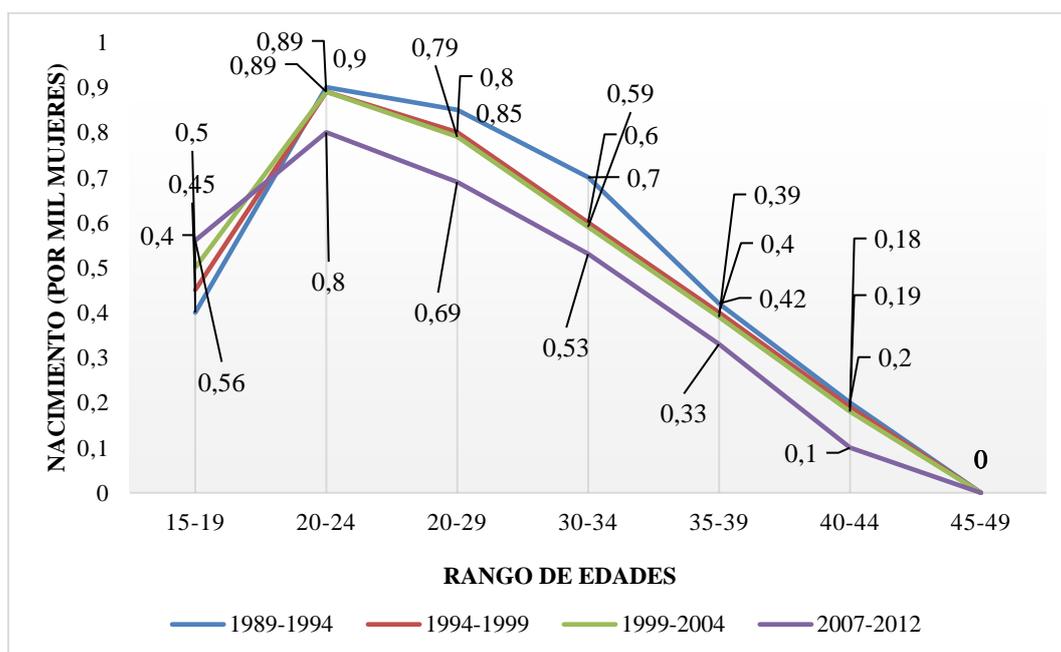
Fuente: (MSP, 2013)

Elaborado por: Pamela Olalla

Sin embargo, en el caso de la fecundidad adolescente (15 a 19 años) se registró un aumento de 11% entre el periodo 1999- 2004 y el 2007-2012. Como se puede apreciar, Ecuador se cuenta entre los países de la región andina en los cuales existe una proporción más alta de nacimientos de madres adolescentes: uno de cada 5 partos corresponde a mujeres menores de 19 años (Véase gráfico 7). En 2010 el índice de partos adolescentes en el país fue de un 20,3%, esto quiere decir que de 219.162 nacidos vivos, 44.435 fueron hijos de mujeres que tenían hasta 19 años al momento del parto.

La representación en el siguiente gráfico (Véase Gráfico 7) evidencia que las políticas públicas a favor de la prevención no han tenido todo el impacto deseado, pues el embarazo en la adolescencia sigue en aumento y supera considerablemente la maternidad en otras edades; causado en su mayoría por la ignorancia respecto a los temas de salud sexual y reproductiva, y los riesgos que impone una conducta sexual activa desde tempranas edades, que se realiza de forma desprotegida.

**Gráfico 7: Estructura de la fecundidad por edad**



Fuente: (MSP, 2013)

Elaborado por: Pamela Olalla

En Ecuador el 21% de las mujeres entre 20 y 24 años tuvieron un hijo antes de cumplir los 18 años, situándose en la posición más alta para Sudamérica, y un punto porcentual por encima del promedio de América Latina y el Caribe. Solo en 2010 se registraron 11.870 partos adolescentes adicionales, lo cual está relacionado con la herencia de marginalización, exclusión y pobreza (Anda & Castellanos, 2014).

## Contexto psicosocial predeterminante del embarazo en la adolescencia en el Ecuador

Las investigaciones dedicadas a las causas y consecuencias que genera el embarazo en la adolescencia en Ecuador se centra fundamentalmente en el punto de vista individual y psicosocial. Y es que a criterio de González (2011: 10), la sexualidad dentro de la percepción y el imaginario de los y las jóvenes está dada por las construcciones sociales basadas en principios biológicos, lo que podría implicar dos cosas: una relación directa con el sentido de la reproducción o una aceptación del placer sexual compartido entre hombre y mujer.

El artículo del diario ecuatoriano El Telégrafo (2012), titulado *Los factores emocionales detrás de los embarazos adolescentes*, hace referencia a la experiencia de las jóvenes que transitan por esta etapa y explica los obstáculos a los que son sometidas las mujeres desde la pérdida de la virginidad. En primer lugar, cuando no existe nexo matrimonial, la familia induce al adolescente a una unión, casi siempre no deseada, debido a la creencia de que las relaciones sexuales fuera del matrimonio deshonran a la mujer. Las opciones de las mujeres se reducen a salir embarazadas e inmediatamente abandonan los estudios, y esa especie de aislamiento en el que cae la joven respecto a las muchachas de su edad, por lo general las sumerge en un estado depresivo.

Por otra parte, como el cuerpo adolescente no está desarrollado por completo, existen casos en los cuales los médicos indican tratamientos que trastornan el estado sano de los bebés, lo cual también lacera la salud mental de la joven madre. Esto, unido a que la chica deberá asumir responsabilidades que no se

corresponden con las actividades propias de su edad ni con el grado de madurez alcanzado, y la frustración profesional que siente la o el adolescente, desestimula la calidad de vida de esos jóvenes.

En su investigación López (2012) señala que estudios previos han encontrado que una autoestima baja suele predecir una gama de comportamientos riesgosos. Por lo que se concibe como factor potencial a tomar en consideración en el asunto que ocupa a la presente investigación. Sin embargo, Sáenz (2012), secretario del Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia, contradice la anterior afirmación, alegando que la baja autoestima no determina en un estado emocional deteriorado postparto, excepto cuando existe violencia de por medio.

En la mayoría de las ocasiones el matrimonio joven en Ecuador, después de haber transitado por un embarazo, termina tempranamente; en otros casos la joven madre no es apoyada por su pareja, lo cual genera el desamor de la mamá hacia el niño, por culparla de todos sus males; y esta carencia sentimental que sufre el bebé hace que cuando se convierta en adolescente repita la misma historia, muy relacionada con el estigma y la desigualdad de género.

Los embarazos en Ecuador podrían ser atribuidos a una falta de confianza entre padres e hijos (Ardila y Arango, 2014: 34). También juega un papel importante en la regeneración del fenómeno de estudio la violencia sexual y la presión ejercida por familiares, amigos, personas cercanas a las jóvenes mujeres, y por otro lado, como consecuencia de los procesos de conflictos intrafamiliares; por ello son frecuentes los cambios de ánimo y de autoestima, que eleva la posibilidad del embarazo en la adolescencia.

Tendencias culturales importadas de otras sociedades o determinadas por condiciones precarias de la economía del país como son el abuso del consumo de alcohol y el consumo de drogas, conducen a los jóvenes a tener conductas sexuales desprotegidas.

Es importante mencionar que el tema del embarazo está asociado al enamoramiento. Enamorarse o dar la prueba de amor son respuestas que obedecen también a situaciones de orden cultural en el Ecuador (MSP, 2007).

Para Sáenz (2012), los adolescentes están informados del tema y hablan con total libertad sobre ello, aunque eso no signifique que cuenten con la mejor información y la madurez suficiente para tomar decisiones. La directora de la Agencia de Comunicación de Niñas, Niños Adolescentes, Cueva(2012), opina que este grupo etario se encuentra bajo presión y por tanto el embarazo adolescente tiene relación con factores psicológicos de afecto y exploración.

Por otro lado, por el ambiente que genera la herencia de un pasado inapropiado respecto a los derechos sexuales y reproductivos, en el Ecuador generalmente la práctica sexual también se interpreta como posible acto de riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS), y en este sentido se puede comprobar cierto impacto de las estrategias de promoción y educación dirigidas a regular el comportamiento de la sexualidad para prevenir las ITS y sobre todo el VIH/SIDA.

El sector educativo, en un escenario como el ecuatoriano donde la fe y las creencias religiosas resulta la base del pensamiento para sus pobladores, casi siempre se encuentra relacionado con las instituciones eclesásticas, por lo cual para muchos jóvenes evitar las relaciones sexuales constituye otra vía para la anticoncepción.

En cuanto a la igualdad de género que ha sido otras de las líneas de trabajo en las que se han centrado las políticas públicas implementadas en los últimos años, se muestran puentes de avance. En encuestas

realizadas, los adolescentes manifiestan que la responsabilidad respecto a la salud sexual y reproductiva es de los dos miembros de la pareja; no obstante, estudios más exhaustivos advierten que aún existe una mirada machista del asunto, se percibe una opinión negativa contra la mujer, prevalece el deseo de encontrar placer del hombre sin prever la consecuencia del posible embarazo, o sencillamente se culpa a las mujeres de los posibles resultados del encuentro sexual (Sáenz, 2012).

Y si bien la responsabilidad de un embarazo adolescente no debería recaer en terceros, la sociedad: la comunidad y la familia, comparten este compromiso debido fundamentalmente a la falta de madurez que caracteriza a la etapa adolescente; de ahí la importancia de las instituciones escolares y del subcentro de salud como espacios para la búsqueda adecuada de información, pero en el país latinoamericano aún se encuentra débil este sistema de orientación a los jóvenes.

La tendencia indica que:

De manera significativa los jóvenes responden que la mayor causa para que se presente el embarazo en adolescentes es la falta de información. Lo que demuestra que existen débiles programas educativos en la parroquia vinculados a la sexualidad. Ello se evidencia en situaciones prácticas como el tener relaciones sin preservativos, no utilizar correctamente los preservativos, no saber las consecuencias de quedarse embarazada, por falta de información (González, 2011: 43).

Los datos disponibles corroboran la existencia de una demanda educativa insatisfecha en el campo de la educación sexual, ya que los adolescentes carecen por lo general de los conocimientos, actitudes y habilidades indispensables para tomar decisiones responsables respecto al inicio de su vida sexual, prevenir el embarazo, negociar las relaciones sexuales y el uso de métodos anticonceptivos, entre otros.

Los programas educativos, no obstante, han posibilitado que los jóvenes conozcan que utilizar métodos anticonceptivos es importante para evitar el embarazo, y asumen el uso del condón como el más importante, posiblemente porque es el que mayormente se ha universalizado (Blázquez, 2012).

Aun cuando no se aconseja por las instancias de salud, la esterilización femenina es otro método utilizado para evitar tener hijos. Este tipo de práctica se incrementó en alrededor de 8 puntos porcentuales entre el 2004 y el 2012 al pasar del 24,2% al 32,3%. Otros modos de anticoncepción que crecieron en casi cinco puntos fueron la inyección y el implante. Mientras tanto, se redujo el uso de métodos como las pastillas anticonceptivas, el dispositivo intrauterino (DIU) y el método del ritmo.

Más del 90% de los adolescentes conocen de algún método anticonceptivo moderno, aunque hay vías como la anticoncepción de emergencia que no son conocidos ni por la mitad de los y las adolescentes. La vasectomía, el condón femenino y los implantes también son opciones que una buena parte de adolescentes desconoce.

La mayoría de las adolescentes que viven en matrimonio no usan actualmente ningún método anticonceptivo, ni siquiera aquellas que no desean tener hijos, la situación se agrava cuando las formas de anticoncepción que utilizan, no son los más adecuados (UNFPA, 2007: 23).

¿Cómo obtienen los y las adolescentes ecuatorianos información y orientación si no es en los colegios, con sus amigos y su familia? A criterio de Valdivieso (2013: 56) en Ecuador persiste una debilidad institucional a la hora de enfrentar el campo de la sexualidad de los jóvenes con renovadas estrategias educativas.

La educación, además de ampliar las aspiraciones de los y las adolescentes y de potenciar sus posibilidades de inserción productiva, contribuye a la preparación para la vida sexual y reproductiva y al ejercicio de sus derechos. En este aspecto, Ecuador cuenta con políticas públicas que protegen el derecho de los adolescentes a recibir información e instrucción sobre la sexualidad y la salud sexual y reproductiva, pero existen importantes brechas en su implementación en las escuelas y mediante las vías no formales.

Los medios de comunicación juegan aquí un rol importante, sin embargo, existe una paradoja: la propaganda que realiza la prensa resulta superficial y se encuentra sujeta a intereses económicos de empresas que utilizan a los medios como plataformas para vender sus productos. Pero mientras más información obtienen los adolescentes y jóvenes al respecto, resulta más pobre la calidad y veracidad de la misma, y ello determina la confusión y se afecta la toma de decisiones autónomas.

Resulta evidente que la fecundidad adolescente no disminuye y, al contrario, mantiene una tendencia creciente. Por lo tanto, cabe la duda sobre si el enfoque de las acciones se concentran hacia la atención del embarazo adolescente en lugar de la prevención y si las acciones, como la organización de los servicios, responden a concepciones adulto céntrico, sin considerar las diversas necesidades de los jóvenes en diferentes contextos socio-culturales (UNFPA, 2007: 8).

Los subcentros de salud escasamente generan espacios de acercamiento a los jóvenes; las instalaciones sanitarias, como parte del sistema nacional, obedece a ciertas políticas en las que no se encuentra como prioritario el tema de la sexualidad y el embarazo en adolescentes, es a partir de la presión de la sociedad civil que este fenómeno se convierte en una preocupación del sistema de salud (Villacrés, 2000: 8).

Anda y Castellanos (2014:14), definen el embarazo en la adolescencia como “un problema de salud pública, económico y social, que forma parte de un círculo vicioso, siendo la pobreza una de las causas de la maternidad adolescente, la cual a su vez se convierte en un agravante de la pobreza”.

## **Consecuencias del embarazo en la adolescencia en Ecuador**

Las implicaciones que tiene el embarazo en adolescentes son de distinta índole. El primer aspecto que se ve afectado es el de la salud de los jóvenes que directamente se relacionan con esta problemática. Una vez ocurrido el embarazo, las adolescentes hacen mínimo uso de los controles prenatales y atención institucional del parto, lo que reduce la posibilidad de una maternidad responsable, comienza a ponerse en riesgo no solo la vida de la joven madre sino de la criatura.

Luego de un estudio realizado en el país, Anda y Castellanos (2014:14) aseguran que:

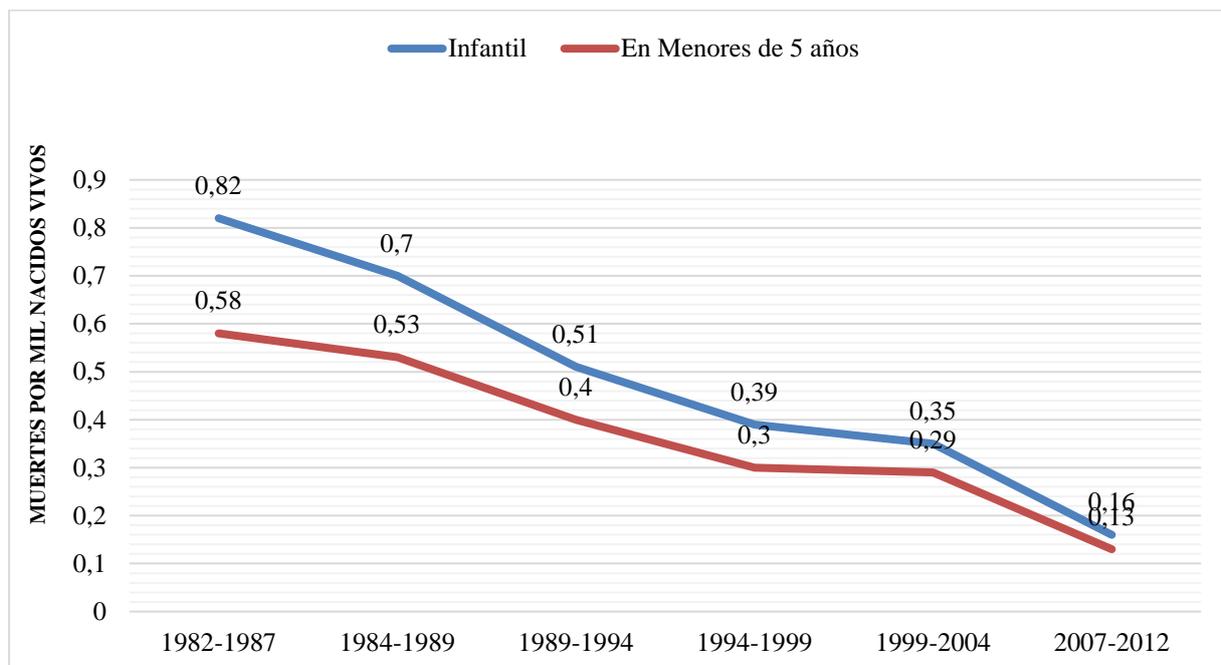
Cuando una niña queda embarazada o tiene un hijo, su salud, su educación, su potencial de obtener ingresos y todo su futuro pueden estar en peligro, y puede quedar atrapada en una vida sumida en la pobreza, la exclusión y la impotencia. El efecto que sufre la madre joven se suele transmitir a su hijo.

Embarazarse en la adolescencia es un factor de riesgo para embarazos subsecuentes y para infecciones de transmisión sexual, por lo general resulta más frecuente en mujeres que en varones, es aquí donde se demuestra la desigualdad de género en la región.

En el caso de la mortalidad infantil existen evidencias claras respecto a que ésta se asocia al embarazo en la adolescencia. La tasa de mortalidad infantil es mayor en adolescentes que en el resto de los grupos etarios. En el caso de la mortalidad post-neonatal y en la niñez, lamentablemente viene con los mismos resultados (Rodríguez, 2013).

En este sentido, las cifras de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (MSP, 2013), realizada a nivel de hogares, muestra que existe una reducción en la tasa de mortalidad infantil; es decir, niños menores de un año (Véase gráfico 8). Esta cifra pasó de 29 por cada mil nacidos vivos en el período de 1999-2004 a 13 por cada mil nacidos vivos en el 2007-2012. Igual comportamiento ocurre con la mortalidad en niños menores de 5 años que pasa de 35 por cada mil nacidos vivos en el primer período a 16 por cada mil nacidos vivos en el segundo período.

**Gráfico 8: Evolución de la tasa de mortalidad infantil y en menores de 5 años**



Fuente: (MSP, 2013)

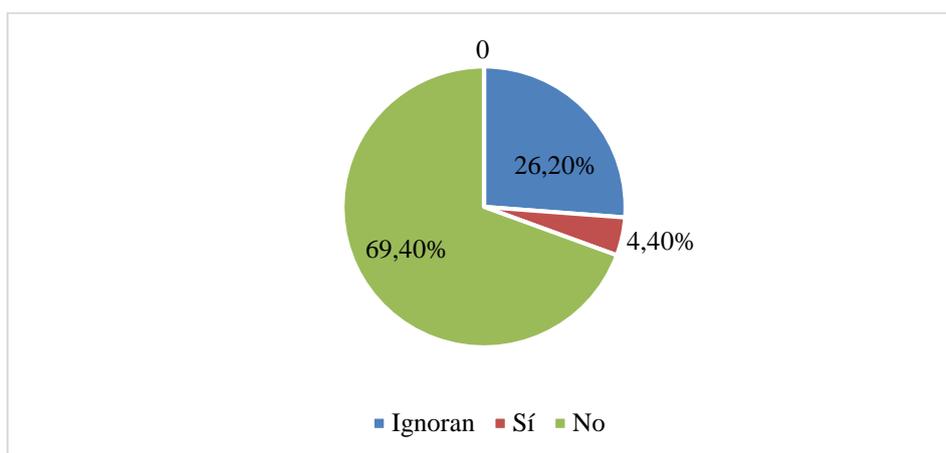
Elaborado por: Pamela Olalla

La disminución de la tasa de mortalidad de hijos de madres jóvenes y de adolescentes embarazadas se debe en gran medida al impulso que en los últimos años el Gobierno ha ofrecido a los programas educativos (dígase cobertura docente y universalización de los niveles de enseñanza), así como al aumento de las políticas públicas para extender la promoción de la salud sexual y reproductiva, lo cual elevaron en las adolescentes las competencias cognitivas para cuidar de su embarazo y proteger a su hijo.

Además de esa disminución de fallecimientos de niños, la correlación entre mortalidad y embarazo en la adolescencia sigue siendo de gran incidencia en el Ecuador. Existe un consenso en que los riesgos para la vida aumentan considerablemente en adolescentes menores de 15 años. Aunque el porcentaje de mujeres adolescentes que tuvieron su primer hijo antes de esta edad es bajo, no se debe subestimar el problema por su disminuida incidencia.

Autores como Rodríguez (2008: 33) defienden la tesis de que “las complicaciones obstétricas durante el embarazo en adolescentes se deben no tanto a la edad sino a otros factores asociados como un menor acceso a servicios y la pobreza”. Tales causas sustentan el comportamiento que se muestra en el gráfico siguiente:

**Gráfico 9: Defunciones de adolescentes que estuvieron embarazadas cuando fallecieron**



Fuente: (INEC, 2010)

Elaborado por: Pamela Olalla

Otra de las implicaciones del embarazo adolescente en Ecuador tiene que ver con los casos de aborto inducido. Este fenómeno es frecuente entre mujeres adolescentes no unidas matrimonialmente que no planeaban sus embarazos. Según ENSANUT (MSP, 2013: 3), “en el país el 10% de las mujeres entre 15 y 24 años que tuvieron su embarazo antes de los 15 años, dijeron que este terminó en aborto. Sin embargo, la cifra resulta más baja en los otros grupos de edad”.

La pobreza se presenta como causa y consecuencia del embarazo adolescente, al igual que la falta de educación. Los resultados de ENEMDU (INEC, 2012) revelan que una adolescente que pertenece a alguno de los quintiles de ingresos más bajos tiene entre 2,4 y 2,9 veces más probabilidad de quedar embarazada que una adolescente de nivel socioeconómico alto. Además, una adolescente cuya educación solo llega a haber completado la primaria tiene entre 6,3 y 12,9 veces más probabilidad de quedar embarazada que una adolescente con educación superior.

Respecto a las consecuencias, se encontró, entre otras, que una mujer que ha tenido un embarazo en la adolescencia tiene 1,3 veces más probabilidad de estar en el quintil económico más bajo (Véase Tabla 2) y alcanza casi dos años menos de educación que una mujer de similares características que no tuvo esa experiencia. Estos efectos, en diferentes magnitudes, se pueden transmitir también a los hijos.

**Tabla 2: Ámbito económico de las adolescentes embarazadas en Ecuador**

| ÁMBITO ECONÓMICO                              |                 |
|---|-----------------|
| 75,2% Población Económicamente Inactiva (PEI) |                 |
| 24,8% Población Económicamente Activa (PEA)   |                 |
| Desocupados 5.094                             | Ocupados 25.223 |

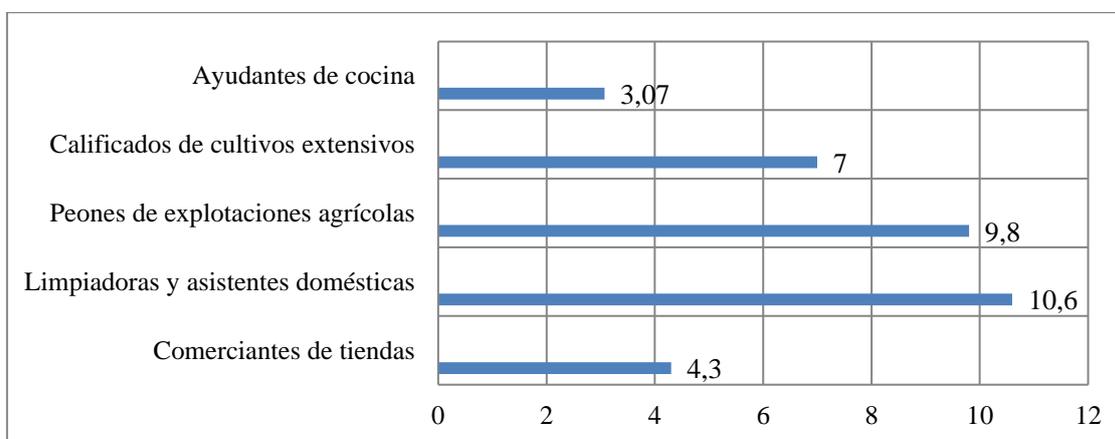
Fuente: (INEC, 2010)

Elaborado por: Pamela Olalla

Las evidencias demuestran que el embarazo y la fecundidad adolescente es un problema tanto a nivel individual como social y económico, lo cual resulta evidente en la estrecha cantera de opciones de trabajo en los cuales invierten los mejores años de su vida las personas que experimentaron el embarazo

en la adolescencia, lo cual se evidencia en las principales ocupaciones de las adolescentes (Véase gráfico 10).

**Gráfico 10: Cinco principales grupos de ocupación**



Fuente: (INEC, 2010)

Elaborado por: Pamela Olalla

Este fenómeno se relaciona directamente con la falta de oportunidades para el ejercicio de los derechos y para el desarrollo educativo y laboral. Resulta causa y producto importante de las desigualdades socio-económicas, generacionales y de género. La mayoría de las madres adolescentes se encuentra en una perspectiva de exclusión y marginación, y sus hijos e hijas tienen altas probabilidades de continuar inmersos en esta dinámica.

De esta manera, el embarazo adolescente es un problema que impide el avance relativo a la reducción de la pobreza, el aumento del nivel educativo, la promoción de la equidad de género, el empoderamiento de las mujeres y el mejoramiento de la salud y calidad de vida materna e infantil de Ecuador, de ahí la necesidad de avanzar en estrategias que disminuyan su incidencia negativa para la prosperidad nacional.

## **Marco legal para prevenir el embarazo en la adolescencia en Ecuador**

Las últimas estructuras gubernamentales del Ecuador determinaron el proceso de reforma democrática del Estado, impulsado desde la promulgación de la Constitución de la República del Ecuador (Asamblea Nacional, 2008), la cual impulsó transformaciones en las políticas públicas para proteger integralmente a grupos humanos específicos, incluyendo las niñas, niños, adolescentes y jóvenes.

La norma constitucional se sustentaba a su vez en otras estructuras como los Consejos Nacionales para la Igualdad, que son los que llevarían en su espalda la responsabilidad de ejecutar las políticas públicas que aseguraran la vigencia y el ejercicio de los derechos constitucionales y los instrumentos internacionales de derechos humanos, en relación a los enfoques de género, generacional, movilidad humana, discapacidad, y pueblos y nacionalidades (Asamblea Nacional, 2008).

Dentro de las responsabilidades del Estado se establece el aseguramiento del derecho a la salud, que a su vez se manifiestan en las acciones del Ministerio de ese sector, dentro de las cuales se incluye elaborar y poner en ejecución las políticas, planes y programas que favorezcan el goce de ese derecho elemental (Asamblea Nacional, 2008).

Por un lado se deberán fomentar las iniciativas necesarias para ampliar la cobertura y calidad de los servicios sanitarios, particularmente la atención primaria; desarrollar programas de educación dirigidos a los progenitores y demás personas a cargo del cuidado de los niños, niñas y adolescentes, y por otra parte, establecerá instituciones de salud, públicos y privados, cualquiera sea su nivel.

La erradicación de la violencia de género hacia niños, niñas y adolescentes; la prevención del embarazo adolescente; la institucionalización de la educación sexual en los establecimientos de Educación Básica y Bachillerato; combatir la trata, la explotación sexual, laboral y por otros medios; la no discriminación por género, etnia, edad, orientación sexual, discapacidad, condición socioeconómica; el respeto a los derechos sexuales y reproductivos, han sido desde hace mucho tiempo en Ecuador, los objetivos y metas estipuladas por la Política del Ministerio de Salud Pública.

Dentro del Plan Nacional del Buen Vivir (SENPLADES, 2013) se plantea el Objetivo 3, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de las personas, que incluirá la promoción de prácticas de vida saludable; la atención integral de salud por ciclos de vida, que sea oportuna y sin costo para las y los usuarios, con calidad, calidez y equidad, y con enfoque de género.

Asimismo estableció entre sus metas con respecto al embarazo adolescente, la disminución en un 25% del mismo al 2013. Según los datos publicados por SENPLADES (2013), el porcentaje de adolescentes entre los 15 y 19 años que estaban embarazadas fue del 20,3% en 2009 y se estimó que para el año 2013 dicho porcentaje se encontraría en el 14,5%, lo que implica una disminución de 5,8 puntos porcentuales, los mismos que suponían una reducción de 1,45% de adolescentes embarazadas cada año para poder cumplir la meta al 2013.

Sin embargo, a pesar de que los Ministerios involucrados en el proyecto tenían identificadas las problemáticas que causan el embarazo en la adolescencia en Ecuador, a las que se ha hecho referencia anteriormente en esta investigación, la falta de planificación y previsión de una propuesta de trabajo interconectada entre todos los sectores para incidir integralmente en la población adolescente, hizo que algunos sectores como el de Educación y Salud participarán más que otros.

Mientras las acciones de orientación acerca de los temas de salud sexual y reproductiva, y la atención biológica y psicológica de los adolescentes relacionados, o no, con situaciones de embarazo, iban en avanzada, otras actividades dirigidas hacia el cambio de conciencia en la familia y la sociedad ecuatoriana respecto a estos temas, así como propiciar las oportunidades de desarrollo de estos jóvenes continuaban rezagadas, por lo que aspectos como la desigualdad de género y social persistían. La transformación de las detonantes del embarazo en la adolescencia resultó limitada, de ahí el fracaso de estas políticas públicas.

Por su parte, el Código de la Niñez y Adolescencia (Congreso Nacional, 2003) establece la protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes, y en particular dispone el derecho a que se respete su integridad personal, física, psicológica, cultural, afectiva y sexual.

Una iniciativa que estaría incorporada también es la Ley Orgánica de Salud (Congreso Nacional, 2012), que prescribe que el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública, así como la obligatoriedad de implementar acciones de prevención y atención en salud integral, sexual y reproductiva dirigida a mujeres y hombres, con énfasis en adolescentes sin costo, esto además de otras disposiciones que constan en el capítulo de la salud sexual y salud reproductiva.

En el Ministerio de Salud Pública desde que se implantó el Programa de Atención a Adolescentes en 1992, sus normas estuvieron encaminadas a dar una atención integral a este importante grupo de edad, teniendo en consideración que la problemática que le envuelve es multicausal y si no hay una intervención intersectorial coordinada difícilmente podría ser solucionada.

La sociedad en su conjunto es de gran influencia en la prevención del embarazo adolescente, por lo cual se necesita de la participación de la sociedad civil, medios de comunicación y proveedores de salud, solo el trabajo asociado podría solucionar el fenómeno del embarazo en la adolescencia.

El Plan Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente de Ecuador, implementado a raíz del Plan Andino de carácter regional, se dispuso a la eliminación de las barreras legales, reglamentarias y sociales para tener acceso universal a la salud en general y a la salud sexual y reproductiva, en particular; con enfoque de derechos y sin discriminación por motivos de género, edad, etnia, religión, cultura y orientación sexual, discapacidad, condición de salud, condición socioeconómica, tipo o actividad (MSP, 2007).

No obstante, numerosos medios de prensa, entre los que se encontraba El Universo (2012), explicaban que tras el interés de obtener mejores resultados también se proyectó durante el marco temporal del actual estudio la Estrategia Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo Adolescente (ENIPLA), con la cual se pretendía garantizar los derechos sexuales y reproductivos, el acceso a servicios integrales y especializados de salud, así como la promoción de la equidad en cuanto a la responsabilidad sexual compartida.

Tomando en consideración la planificación y ejecución de estas propuestas y los objetivos del actual estudio, se detallan a continuación las premisas e intereses de estos proyectos, pues ese conocimiento permitirá exponer análisis posteriores sobre su incidencia en la disminución del embarazo en la adolescencia en Ecuador.

## **Fundamentos estratégicos para la prevención del embarazo adolescente**

### **Plan Nacional de prevención del embarazo adolescente de Ecuador.**

Los fundamentos estratégicos del Plan Nacional de prevención del embarazo en la adolescencia de Ecuador (MSP, 2007) se corresponde a los planteados en la Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (SDSR) y otras disposiciones gubernamentales implementadas durante la segunda mitad de la década de 2000.

Entre los postulados que disponía este plan se encontraba el ejercicio de Derechos sexuales y derechos reproductivos, teniendo en cuenta precisamente el avance en esta materia que alcanza el Gobierno ecuatoriano y que consta en los diferentes cuerpos legales como: la Constitución, códigos, leyes, y ha ratificado los acuerdos internacionales relacionados con el tema.

Existía eco de las disposiciones del Plan Nacional de prevención del embarazo adolescente ya que se trataba de incidir en el trabajo de las instituciones y de la sociedad civil en general, de manera tal que el ejercicio y el goce pleno de estos derechos se reflejase en la vida cotidiana de los y las adolescentes del país, lo que sin dudas traería como consecuencia realizar mayores variaciones en la legislación nacional y los acuerdos internacionales, ampliar los derechos sexuales de grupos poblacionales tradicionalmente discriminados, erradicar la explotación sexual, el tráfico de personas, el turismo sexual y la pornografía infantil, así como el ejercicio más seguro del derecho a la reproducción (MSP, 2007).

Concebir el embarazo en la adolescencia como una problemática exclusivamente de salud pública determinó durante años el fracaso de los programas que pretendían darle solución al fenómeno, de ahí que el Plan de Prevención al que se hace referencia llamaba a la Intersectorialidad; es decir, en primer lugar, considerar que el embarazo en adolescentes es una problemática social multicausal; por tanto, resultó imprescindible trabajar desde los múltiples sectores e instancias gubernamentales, no gubernamentales y sociedad civil para juntar esfuerzos, evitar su duplicación y hacer realidad la salud y los derechos sexuales y reproductivos, y que los adolescentes participasen activamente en el proceso de conformación de una sociedad más saludable, autónoma y libre (MSP, 2007).

Otras de las premisas que tomaba en consideración dicho programa era la promoción de la igualdad entre hombres y mujeres mediante el cual se consideraba a un “marco de equidad de género”; sin embargo, debido a la situación de discriminación de las mujeres que imperaba, el accionar debió dar prioridad a ese género, como manifestaban todas las naciones en Convenciones, Pactos y Conferencias Internacionales.

Uno de los principales retos que presentaba el documento oficial era el fortalecimiento de la autonomía de la mujer como condición fundamental para el logro de un desarrollo humano sostenible:

El mejoramiento de la salud sexual y reproductiva de todas y todos. La sexualidad y los cuerpos son el territorio por excelencia de las relaciones y la negociación de los intereses compartidos y opuestos de hombres y mujeres, y sus resultados se encuentran expresados en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la salud sexual y reproductiva de las mujeres (MSP, 2007: 14).

La concreción de una ciudadanía responsable de su sexualidad constituía otro de los fundamentos estratégico del Plan de 2007 porque hasta el momento se había enfatizado en la salud reproductiva, y se había hecho caso omiso a la salud sexual, por tanto era necesario incrementar acciones para el desarrollo de la sexualidad saludable en la población ecuatoriana (MSP, 2007).

Una de las mejores vías para lograr este objetivo era extender hacia todas las comunidades la educación sexual integral, científicamente fundamentada y que promoviera el crecimiento afectivo, personal, familiar, social y la calidad de vida en hombres y mujeres en cada una de las etapas de la vida. Para esta meta los medios de comunicación constituirían uno de los principales instrumentos, por su capacidad para promover imágenes femeninas y masculinas, positivas y diversas, que destaquen comportamientos en los que se comparten el poder, la práctica sexual responsable, segura y placentera, y las relaciones sexuales basadas en el respeto mutuo y la autonomía (MSP, 2007).

Por otra parte, solo la organización y participación de los adolescentes en las acciones del plan, en su ejecución, en la toma de decisiones y en los sistemas de vigilancia social posibilitaría evaluar con precisión la efectividad de esta estrategia.

Por último, un aspecto de extrema importancia durante el impulso de las líneas de acción sería el respeto a la diversidad cultural y étnica de todas las localidades, pues Ecuador es un estado social de derecho, soberano, unitario, independiente, democrático, laico, multiétnico y pluricultural, como bien prescribe su Constitución (Asamblea Nacional, 2008), por lo tanto la convivencia entre diferentes culturas en la sociedad ecuatoriana amerita la creación de conocimientos y actividades que permitieran el desarrollo de todos los grupos poblacionales que coexisten en el territorio nacional.

Teniendo en cuenta este grupo de premisas estratégicas, el Plan Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente en Ecuador determinó como objetivo general: generar progresivamente la disminución del embarazo en adolescentes basándose en el fortalecimiento institucional de los servicios de salud,

educación y protección social, a través de la sistemática coordinación interinstitucional e intersectorial con ayuda precisamente de la población ecuatoriana, en cada uno de sus diversos contextos, ya fueran rurales o urbanos (MSP, 2007: 14).

Asimismo para llegar a esta meta se requería en primer orden cumplir los siguientes pasos presentes en el gráfico 11:

**Gráfico 11: Objetivos específicos del Plan Nacional de Prevención del Embarazo en la Adolescencia**



Fuente:(Plan Nacional de Prevención del Embarazo en la Adolescencia, 2007: 14-16)

Elaborado por: Pamela Olalla

Para el feliz término de este plan era preciso el cumplimiento de las actividades en tres líneas estratégicas fundamentales. En primer, lugar se necesitaba de un análisis exhaustivo de la situación; es decir, establecer un sistema de monitoreo y evaluación con el objetivo de implementar un Sistema Nacional de Información sobre la situación del embarazo en adolescentes, que permitiera la construcción de políticas públicas integrales e intersectoriales acordes a la realidad nacional y local.

Para ello había que basarse en un estudio retrospectivo de historias clínicas y partes diarios en las unidades operativas de salud; elaborar y actualizar registros sobre población adolescente escolarizada, embarazadas asistiendo a colegios y valoración de los aspectos biológicos, psicológicos, familiares, sociales y pedagógicos; desarrollar investigaciones cualitativas y cuantitativas sobre aspectos relacionados con el embarazo en adolescentes (sectores salud, educación y otros), con representación provincial, cantonal en territorios de alta prevalencia y, a nivel urbano y rural.

Otros de los elementos de esta línea de acción proponía desarrollar proyectos de investigación sobre las brechas informativas que existen acerca del embarazo en adolescentes en situaciones de mayor vulnerabilidad (violencia y embarazo adolescente, embarazos subsecuentes, adolescentes menores de 15 años, embarazo en adolescentes y VIH/SIDA) y concretar un sistema de registro e información del Ministerio de Salud Pública sobre adolescentes.

Asimismo se hacía pertinente la implementación de proyectos de mejoramiento de la accesibilidad y calidad de la atención de los servicios de salud identificando barreras de acceso económicas, culturales, geográficas, de género; fortalecer las redes interinstitucionales e intersectoriales y de cooperación horizontal, los servicios de salud para una atención diferenciada para los adolescentes, los departamentos

de orientación y bienestar estudiantil-DOBE del sistema educativo; así como mejorar la promoción y aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

La tercera línea de trabajo estaría dirigida a incrementar la participación de adolescentes en la construcción de políticas públicas a nivel nacional y local, con énfasis en la prevención del embarazo en adolescentes, pero la participación de las y los adolescentes resultaría más cómoda con la instauración de una comunidad organizada para la promoción, defensa y vigilancia de los derechos de este grupo poblacional vulnerable a transformación individuales, sociales y económicas (MSP, 2007).

Las acciones encaminadas durante el plan, como la entrega de anticonceptivos de forma gratuita a los adolescentes, no lograron reducir el número de embarazos. Asimismo, si bien se crearon servicios especializados para atender a las adolescentes en el sistema público de salud, no se viabilizaron espacios para la educación sexual, dejando a los jóvenes a merced del escaso conocimiento sobre los peligros de tener una vida sexual activa.

La pretensión de reducir el embarazo a un 25 por ciento resultó demasiado ostentosa, al decir de algunos expertos en la temática, pues en aquel contexto no se tenían las condiciones para alcanzar esa cifra, en tanto no se dominaba la necesidad de reforzar las actividades de prevención del embarazo en la adolescencia.

La presencia de mitos en torno a la sexualidad, los prejuicios persistentes, los índices de pobreza, la inestabilidad familiar y escolar de este grupo etario, la escasa preparación de docentes, médicos y otros especialistas avocados a cambiar las mentalidades de los jóvenes y la sociedad, no fueron superados a tiempo, e hizo que los logros del Plan resultasen prácticamente inestimables; sin embargo, creó un antecedente para la conformación de una Estrategia con objetivos más austeros: la ENIPLA.

## **Estrategia Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo Adolescente.**

La Estrategia Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo Adolescente, (ENIPLA), fue la política que seguiría a la implementación del Plan Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente, con vistas a que en el periodo de 2012 a 2013 se consolidaran las medidas para en 2013 llegar a la disminución de un 25% del embarazo en los adolescentes en Ecuador (MDS, 2011).

Teniendo en cuenta la escasa información que persistía respecto a este fenómeno, el escaso acceso a los servicios de salud de este grupo etario, y los patrones que incidían en el embarazo en la adolescencia, el Estado ecuatoriano pretendía con esta estrategia garantizar los derechos sexuales y reproductivos, el acceso a servicios integrales y especializados de salud sexual y reproductiva, así como 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 tenía como principal objetivo:

Mejorar el acceso permanente y efectivo de los ciudadanos y ciudadanas del país a información, educación, consejería, inclusión, protección y servicios de salud para la toma de decisiones libres y responsables sobre sexualidad y reproducción, y el ejercicio pleno de sus derechos sexuales y reproductivos, a través de sinergias sectoriales (MDS, 2011:38).

¿Cómo extender y hacer eficaz la estrategia en todo el país? Entre los actores fundamentales para la implementación de esta estrategia se encontraban los servicios de educación, información y consejería

sobre sexualidad y reproducción pues se basaban en los conocimientos científicos y en los derechos de la población para llevar a cabo las decisiones a nivel nacional.

En este mismo grupo figuraban los medios de comunicación, idóneos para promover el cambio de patrones socioculturales sobre el ejercicio de la sexualidad y las relaciones equitativas entre géneros disponibles a nivel nacional.

Los servicios integrales de salud sexual y reproductiva de calidad basados en un enfoque de derechos disponibles para mujeres y hombres a nivel nacional, incluidos los servicios de planificación familiar y consejería, ayudarían a la toma de decisiones libres e informadas de la población adolescente, que del mismo modo debía responder a la estrategia a través del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

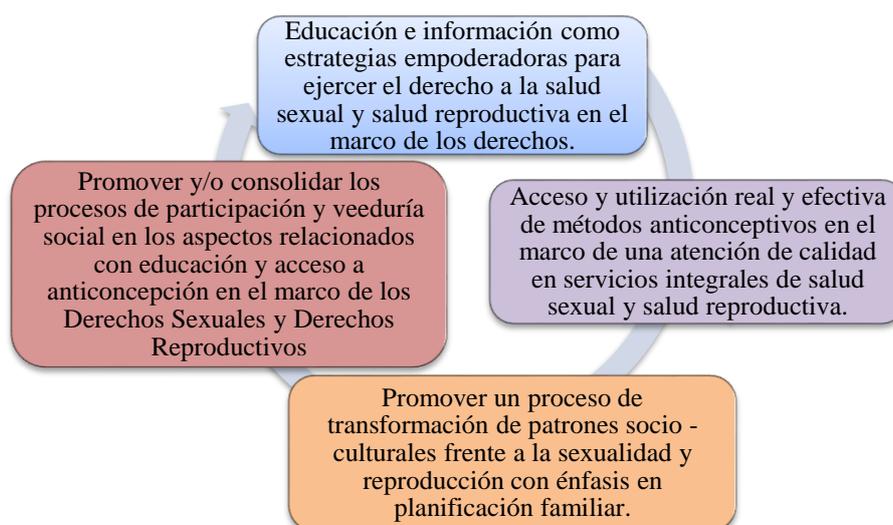
La ENIPLA se fundamentaba en cuatro enfoques esenciales: en primer lugar, el enfoque de derechos, teniendo como centro a atención al ser humano, con énfasis en los ciudadanos o grupos de atención priorizada del país. Otro enfoque defendido por la estrategia era el de entender a la sexualidad como una dimensión que forma parte del desarrollo humano, superando paradigmas reduccionistas-biologistas, concebir a la sexualidad además como esa posibilidad de decidir, sentir placer como un derecho, sin violencia ni discriminación.

El enfoque intercultural era un punto de partida imprescindible en una nación como Ecuador donde se debe comprender la vivencia de la salud como un proceso que se construye desde las cosmovisiones, imaginarios y prácticas culturales diversas, en particular en la salud sexual y reproductiva.

Por último se establecía el enfoque de género donde se debía tomar en cuenta las diferencias entre los sexos y los mecanismos institucionales y culturales que estructuran la desigualdad entre la mujer y el hombre, y elaborar estrategias para corregir el desequilibrio existente.

Desde estas perspectivas, las líneas de acción de la política se muestran en el gráfico 12:

**Gráfico 12: Líneas de acción del ENIPLA**



Fuente: (MDS, 2011:38)

Elaborado por: Pamela Olalla

Con esta estrategia el Estado ecuatoriano no solo perseguía disminuir la incidencia del embarazo en la adolescencia; sino las graves consecuencias que traía como efecto, entre ellas la mortalidad materna, el número de abortos en condiciones de riesgo, y la mortalidad infantil o neonatal, como también se le conoce.

Con la ENIPLA se pretendía alcanzar una disminución del 6% de la tasa de mortalidad materna, la reducción de un 3% de la tasa de embarazo adolescente comprendido en las edades de 15 a 19 años y la disminución del 10% de la tasa de embarazos para el año 2013(MDS, 2011:38).

A su vez, generar oportunidades educativas o laborales dirigidas a las y los adolescentes ayudaría a reducir el círculo de pobreza que envuelve a este grupo poblacional, ya que un embarazo presenta repercusiones en cuanto a la continuidad de los estudios, que repercute negativamente en la ocupación laboral y ganancia salarial, sobre todo en las mujeres.

El Ministerio de Educación estaba encargado de fortalecer las capacidades de maestros y maestras, que directamente intercambiaban con los adolescentes, de manera que obtuvieran las herramientas para promover una salud sexual y reproductiva responsable. Mientras, el acceso a servicios de planificación y salud sexual y reproductiva estaba a cargo del Ministerio de Salud Pública(MDS, 2011:38). Pero estos no eran exclusivamente los organismos que implementaría la ENIPLA, sino que para el éxito de esta estrategia resultaba importante la participación también del Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, como responsable de la coordinación y ejecución intersectorial; el Ministerio de Inclusión Económica y Social, el Ministerio Coordinador de lo Social, los Gobiernos Autónomos Descentralizados y la ciudadanía.

La responsabilidad del Ministerio de Educación debía basarse en el diseño e implementación de estrategias metodológicas y materiales vinculados a derechos sexuales y reproductivos con adolescentes dentro y fuera del sistema escolar, para producir subsistemas de información y ferias locales sobre salud sexual y reproductiva a nivel nacional, como maneras de promover las vías para la prevención del embarazo. En esa labor también participaría e influirían los medios de difusión masiva.

Por su parte, el Ministerio de Salud Pública, como nunca antes debía dotar de equipamiento y adecuar los centros de atención a nivel nacional para prevenir el embarazo en la adolescencia. Asimismo incentivar otras acciones que acercasen los servicios sanitarios a la población, con énfasis en el grupo adolescente; por ejemplo, realizar el levantamiento de estudios de casos emblemáticos; implementar eventos y currículos de capacitación para potenciar los servicios de salud a nivel nacional; socializar, monitorear y evaluar los avances e implementación de la estrategia ENIPLA entre los propios especialistas y los gobiernos locales para incidir en la población progresivamente.

De ningún modo la ENIPLA sería eficaz sin la participación de las y los adolescentes, a los cuales habría que asegurarle el desarrollo de capacidades en talleres y eventos públicos para el fortalecimiento y orientación de la estrategia en lo local, así como la promoción, socialización y seguimiento de la participación social vinculada a la estrategia.

Así se ha partido del trabajo que vienen desarrollando el Ministerio de Salud, de Educación e Inclusión Económica y Social en promover la participación de la población en espacios de implementación de políticas públicas; por ejemplo, los Centros Integrales del Buen Vivir, los Centros Creciendo con Nuestros Niños, las Direcciones de Orientación y Bienestar Estudiantil, los comités de usuarias de la Ley de Maternidad Gratuita (MDS, 2011: 49).

Con todo ello se manifiesta la disposición del estado ecuatoriano de mejorar la calidad de vida de las ciudadanas y los ciudadanos del país, garantizando el ejercicio de los derechos y la salud sexual y reproductiva, especialmente de los grupos de atención prioritaria: “los adolescentes y 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” (MDS, 2011:38).

Los indicadores de resultados que preveía la ENIPLA se presentan en la Tabla 3:

**Tabla 3: Indicadores de resultados del ENIPLA**

|   |
|---|
| Al 2013, 100% de la comunidad educativa cuenta con 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 menos, el 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 |
| Al 2013, 1.375.633 mujeres de 10 a 49 años acceden a los servicios integrales de salud sexual y reproductiva del MSP  |

Fuente:(MDS, 2011:42)

Elaborado por: Pamela Olalla

Para este acometido, el proyecto se enfocaba en conseguir la toma de decisiones respecto a la sexualidad de manera consciente e informada; garantizar acceso efectivo a servicios integrales de salud que sean universales, gratuitos y de calidad; e implementar espacios de consejería, educación, protección e inclusión que faciliten la atención adecuada y coordinada entre las distintas instancias involucradas.

Sin embargo, para que la ENIPLA lograra alcanzar los objetivos propuestos era necesaria la participación conjunta de las instituciones del Estado, de modo que se pudieran reducir los problemas macro-sociales que persisten en la nación y que estimulan al embarazo en la adolescencia, ello a través de políticas públicas y micro-sociales con la participación y atención al individuo y a la familia.

A mediados de noviembre de 2014 la Estrategia Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del embarazo en la adolescencia fue adscrita a la Presidencia. Y algunos analistas opinan que a partir de ese momento las posturas conservacionistas incidieron negativamente en la política pública, al defender la idea de la abstinencia como método anticonceptivo (El Universo, 2015). La orientación sobre el resto de los métodos pasó a un segundo plano, sin tener en cuenta que, según la UNESCO(2008), la educación sexual debe abarcar todas las dimensiones de la sociedad para garantizar sus efectos positivos.

Para algunos expertos resultó una política pública que produjo resultados evidentes en acceso a servicios de salud preventivos; en actividades de promoción de la salud sexual y reproductiva desde una mirada integral; en brindar información oportuna, basada en evidencias y con una mirada de garantía de derechos.

Debido a ello, los programas que formaban parte de la estrategia debían extenderse hasta 2017, e incluso llegar a institucionalizarse, pues habían sido bien acogidos en la comunidad adolescente del país; sin embargo, en esa etapa no se produjo grandes cambios en la incidencia del embarazo en la adolescencia, y antes de que se cumpliera el primer trimestre de 2015, se generalizó una campaña mediática, con el propio Presidente Rafael Correa al frente, desacreditando la política en la que se habían invertido recursos humanos y materiales.

Publicaciones como El Universo (2015) citaban al mandatario ecuatoriano, diciendo que la ENIPLA había sufrido de infiltraciones de personas que establecieron medidas que no cumplían con las políticas nacionales, e incluso eran inconstitucionales, y por eso se registraron los excesos.

Los mecanismos publicitarios, tanto gráficos como en actividades públicas, se habían tornado banales y no aptos para las edades jóvenes; también participaban fundaciones de la nación que promueven el aborto legal y seguro, lo cual no concuerda con la legislación ecuatoriana; otro de los ejes estratégicos de esa Estrategia era la educación para la sexualidad, la enseñanza de valores, pero en la práctica no lo logró; la forma libre de entregar anticonceptivos, para algunos fomentaba el inicio temprano de las relaciones sexuales, para otros aumentó el comportamiento del riesgo.

Marta Hernández (2015), directora del programa público, dijo que “la ENIPLA hizo un buen trabajo, pero limitado. Solo se enfrascó en la parte corporal y biológica”. De esta manera comenzó a verse en pantalla un sustituto de la estrategia: el Plan Familia Ecuador, el cual reprogramaría las actividades que, según el mandatario ecuatoriano, fueron mal llevadas por la ENIPLA y enseñaría los valores a los adolescentes para retrasar el inicio de la vida sexual.

## **Conclusiones**

En este Capítulo se presentó un acercamiento a la situación que vivieron las y los adolescentes en Ecuador respecto a su vida sexual y reproductiva en los años en los que se enmarca la presente investigación (2010-2014), con énfasis en las consecuencias individuales, sociales y económicas que arrastra consigo el fenómeno del embarazo en la adolescencia, así como las estrategias que ha encaminado el Estado para mitigar sus efectos negativos en la vida ciudadana, casi siempre relacionado con la pobreza.

Sin lugar a dudas, el embarazo en la adolescencia es un problema de salud que preocupa al gobierno por los altos índices de incidencia que presenta el país, en tanto es, a su vez, generador de otros males como la mortalidad infantil y materna, y el bajo desarrollo educativo, por mencionar los más graves. Asimismo hereda generación tras generación la carga de la pobreza, reproduce una y otra vez el daño económico a nivel local y nacional.

Los estudios más actualizados respecto al embarazo en la adolescencia advierten sobre las repercusiones que genera, no solo en el individuo y su calidad de vida, sino en la sociedad y el estado en general. Partiendo, como dicen los analistas, de un cambio de pensamiento y una mirada cultural desprejuiciada, por parte de la sociedad, respecto al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, es primordial que se cuente con un trabajo interinstitucional e intersectorial, que garantice tratar al embarazo adolescente desde la raíz de sus causas.

Por tanto, tomando en consideración cada uno de los objetivos presentes en las estrategias implementadas por el estado ecuatoriano, seguidamente se realiza un análisis respecto al gasto económico que ha supuesto la atención de los adolescentes relacionados con el embarazo en el periodo

que se estudia (2010-2014), con el objetivo de determinar la dimensión monetaria que ha generado este fenómeno en el país, y evaluar la aplicación de las políticas públicas.

# ***Incidencia de las estrategias para la prevención del embarazo en la adolescencia en la economía de Ecuador en los años 2010-2014***

## **Introducción**

Este capítulo tiene como propósito demostrar que las estrategias de prevención del embarazo tienen un impacto económico que se refleja a las consecuencias del embarazo mediante una serie de indicadores como son el Producto Interno Bruto (PIB), las posibilidades laborales, los bajos salarios, la interrupción de los estudios, la fecundidad en las adolescentes, en el Ecuador.

Se realizará una proyección de la tendencia de los resultados de los programas en el embarazo en la adolescencia y su impacto en la economía del país.

Para las proyecciones se utilizará el programa Excel como apoyo para facilitar el cálculo por el método de regresión lineal o mínimos cuadrados.

En el caso de la variable independiente. Los indicadores a medir serán:

### Cursos de capacitación

- Material informativo
- Charlas
- Acciones multisectoriales, de desarrollo humano, género, derechos humanos e interculturalidad
- Programas creativos y de amplia cobertura
- Oferta de oportunidades para la madre adolescente
- Lugares para la capacitación y atención

Para la variable dependiente serán los siguientes:

- Alta tasa de fecundidad adolescente
- Posibilidades laborales
- Gastos público
- Producto Interno Bruto
- Dependencia económica de las adolescentes
- Interrupción de los estudios
- Bajos salario y condiciones laborales inadecuadas

El embarazo en la adolescencia está presente en todos los indicadores de la variable independiente, porque mientras mayor sea el número de embarazadas en la edad adolescente, mayores serán las estrategias a buscar, para disminuirlas consecuencias del mismo tal y como lo anuncia la variable dependiente.

Al incrementarse el número de las adolescentes gestantes, se incrementan los gastos públicos, destinados para este fin, así como un incremento de la interrupción de los estudios, la dependencia económica, así como otros factores.

## Análisis de resultados

Los datos que se tomaron como base, se obtienen del último Censo de Población y Vivienda de 2010, a los cuales se les aplica en el primer año un aproximado de crecimiento cerca del 1%, que es como se concibe en datos del censo, el incremento poblacional del Ecuador y después por la regresión lineal se estiman los demás resultados.

En primer lugar:

**Tabla 4: Cantidad de nacimientos por edades y años**

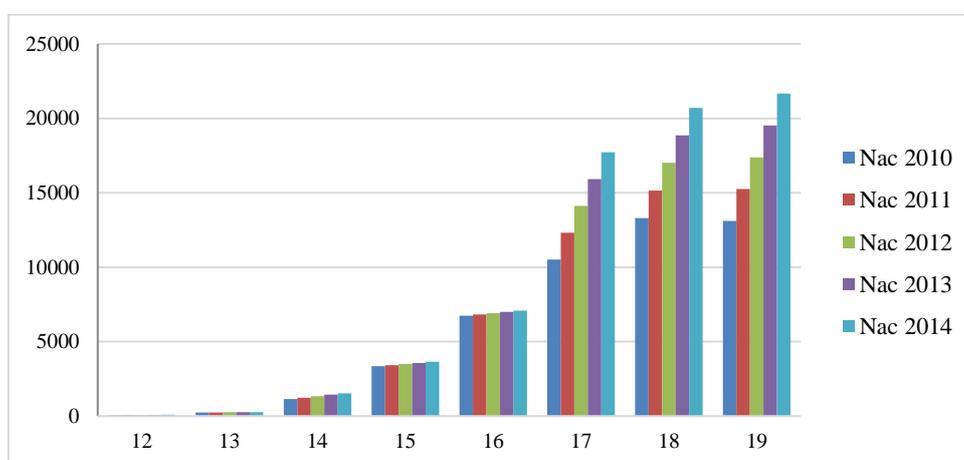
| Edad         | Nacimientos 2010 | Nacimientos 2011 | Nacimientos 2012 | Nacimientos 2013 | Nacimientos 2014 |
|--------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| 12           | 53               | 62               | 71               | 80               | 89               |
| 13           | 244              | 250              | 256              | 262              | 268              |
| 14           | 1.134            | 1.234            | 1.334            | 1.434            | 1534             |
| 15           | 3.349            | 3.425            | 3.501            | 3.577            | 3.653            |
| 16           | 6.739            | 6.823            | 6.907            | 6.991            | 7.075            |
| 17           | 10.526           | 12.325           | 14.124           | 15.923           | 17.722           |
| 18           | 13.312           | 15.158           | 17.004           | 18.850           | 20.696           |
| 19           | 13.118           | 15.253           | 17.388           | 19.523           | 21.658           |
| <b>Total</b> | 48.475           | 54.530           | 60.585           | 66.640           | 72.695           |

Fuente: (INEC , 2012)

Elaborado por: Pamela Olalla

En la Tabla 4 se percibe un incremento de los nacimientos por edades que se mantiene en todos los años del periodo analizado, las edades en las que más se manifiestan estos incrementos es desde los 17 años y hasta los 19, en el caso de los adolescentes de 17 años se incrementa de 10.526 en el 2010 hasta 17.722 en el 2014. Los adolescentes que tienen 18 años se incrementan de 13.312 que fue su comportamiento en el 2010 hasta 20.696 para el 2014, los de 19 años son los que tienen un comportamiento superior en los nacimientos, que van desde los 13.118 hasta 21.658 en el 2014.

**Gráfico 13: Nacimientos por edades y años**



Fuente: (INEC , 2012)

Elaborado por: Pamela Olalla

Como se puede observar en la Tabla 4 y en el Gráfico 13, los nacimientos de hijos de padres adolescentes se han incrementado hasta el 2014, teniendo la mayor incidencia los que se encuentran en la edad de 19 años, este comportamiento se prevé que continúe de esta forma, porque se sigue observando que los adolescentes ecuatorianos tienen una tendencia a procrear en edades prematuras.

**Tabla 5: Porcentaje del total de nacimientos por la edad de los adolescentes**

| <b>Edad</b>  | <b>2010</b>   | <b>%</b>   | <b>2011</b>   | <b>%</b>   | <b>2012</b>   | <b>%</b>   | <b>2013</b>   | <b>%</b>   | <b>2014</b>   | <b>%</b>   |
|--------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|
| 12           | 53            | 0,1        | 62            | 0,1        | 71            | 0,1        | 80            | 0,1        | 89            | 0,1        |
| 13           | 244           | 0,5        | 250           | 0,5        | 256           | 0,4        | 262           | 0,4        | 268           | 0,4        |
| 14           | 1.134         | 2,3        | 1234          | 2,3        | 1334          | 2,2        | 1.434         | 2,2        | 1.534         | 2,1        |
| 15           | 3.349         | 6,9        | 3.425         | 6,3        | 3.501         | 5,8        | 3.577         | 5,4        | 3.653         | 5,0        |
| 16           | 6.739         | 13,9       | 6.823         | 12,5       | 6.907         | 11,4       | 6.991         | 10,5       | 7.075         | 9,7        |
| 17           | 10.526        | 21,7       | 12.325        | 22,6       | 14.124        | 23,3       | 15.923        | 23,9       | 17.722        | 24,4       |
| 18           | 13.312        | 27,5       | 15.158        | 27,8       | 17.004        | 28,1       | 18.850        | 28,3       | 20.696        | 28,5       |
| 19           | 13.118        | 27,1       | 15.253        | 28,0       | 17.388        | 28,7       | 19.523        | 29,3       | 21.658        | 29,8       |
| <b>Total</b> | <b>48.475</b> | <b>100</b> | <b>54.530</b> | <b>100</b> | <b>60.585</b> | <b>100</b> | <b>66.640</b> | <b>100</b> | <b>72.695</b> | <b>100</b> |

Fuente: (INEC , 2012)

Elaborado por: Pamela Olalla

En la Tabla 5 se observa que el porcentaje mayor es de 2,8 correspondiente al grupo de adolescente de 19 años, aunque ya desde los 17 años se nota un incremento, es bueno señalar que, a pesar de los esfuerzos, existen niñas y niños de 12 y 13 años que se convierten en madres y padres, esta edad es muy inapropiada para ello. Esto demuestra que los programas no han tenido la efectividad que se esperaba, no se logra una disminución de los embarazos, ni tampoco la toma de conciencia por parte de las personas a las consecuencias que esto pueda traer tanto para los padres como para los hijos, como por ejemplo, en la mayoría de los casos se ven obligados a abandonar los estudios al tener que dedicarse a la crianza de los nuevos miembros de la familia y a trabajar para lograrlo, incrementando los problemas económicos y por ende de los niveles de pobreza. Obsérvese que en total aumentan de 48.475 en el 2010 a 72.695 en el 2014.

**Tabla 6: Cantidad de programas para prevenir el embarazo en la adolescencia**

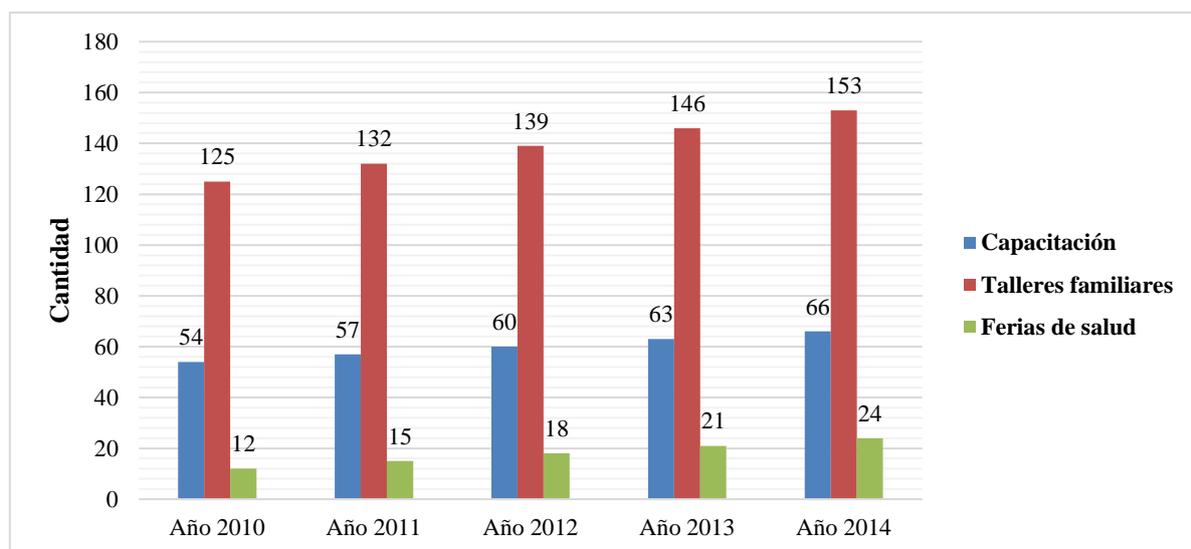
| <b>Programas</b>           | <b>Año 2010</b> | <b>Año 2011</b> | <b>Año 2012</b> | <b>Año 2013</b> | <b>Año 2014</b> |
|----------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| <b>Capacitación</b>        | 54              | 57              | 60              | 63              | 66              |
| <b>Talleres familiares</b> | 125             | 132             | 139             | 146             | 153             |
| <b>Ferias de salud</b>     | 12              | 15              | 18              | 21              | 24              |
| <b>Total</b>               | 191             | 204             | 217             | 230             | 243             |

Fuente: (INEC , 2012)

Elaborado por: Pamela Olalla

El país ha invertido tiempo y dinero para resolver la situación objeto de la investigación sin encontrar buenos frutos, los programas que más se utilizan son los talleres con la familia, seguidos de la capacitación, y las ferias de salud. Como se expone en la Tabla 6, el programa que más acciones tiene son los talleres familiares que se incrementan desde el 2010 que eran 125 a 153 en el 2014, el segundo programa; es decir, la capacitación se incrementa en 12 acciones desde al 2010 hasta el 2014, y por último las ferias de salud que, aunque no se incrementan en la misma proporción que los demás, si se elevan de 12 en el 2010 a 24 en el 2014, es decir el doble.

**Gráfico14: Programas a prevenir**



Fuente: (INEC , 2012)

Elaborado por: Pamela Olalla

En el Gráfico 14 se puede apreciar el comportamiento de los programas antes mencionados, los cuales ya han sido explicados en el párrafo anterior, sin embargo la representación gráfica ofrece una visión mucho más fácil para comprender el comportamiento de los programas en el tiempo de estudio.

**Tabla 7. Costo de los programas en USD**

| Programas                  | Costo 2010 | Costo 2011 | Costo 2012 | Costo 2013 | Costo 2014 |
|----------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| <b>Capacitación</b>        | 386.082,11 | 392.521,23 | 398.960,35 | 405.399,47 | 411.838,59 |
| <b>Talleres familiares</b> | 214.388,07 | 216.856,14 | 219.324,21 | 221.792,28 | 224.260,35 |
| <b>Ferias de salud</b>     | 257.388,07 | 260.587,23 | 263.786,39 | 266.985,55 | 270.184,71 |
| <b>Total</b>               | 857.858,25 | 869.964,6  | 882.070,95 | 894.177,3  | 906.283,65 |

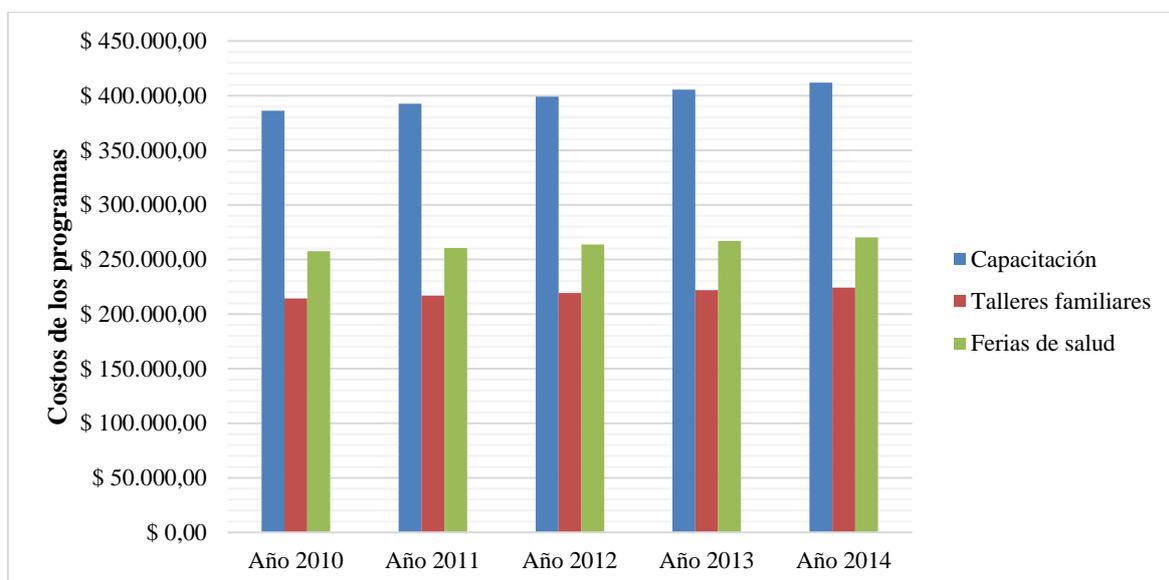
Fuente: (INEC , 2012)

Elaborado por: Pamela Olalla

Para el análisis de los costos de los programas de la Tabla 7 se toma como referencia un trabajo anterior, llamado “El embarazo en adolescente: un problema de salud pública”, del 2013, en esta investigación se mencionan datos de los costos de los programas, se escriben en el Excel y a partir de ellos se proyectan los comportamientos para los años siguientes en correspondencia con el incremento de los programas,

estos costos aumentan de un año a otro, de la siguiente forma, el programa llamado de capacitación se incrementa desde 386.082,11 en el 2010 hasta 411.838,59 para el 2014, en el caso de los talleres familiares los costos aumentan de 214.388,07 en el 2010 a 224.260,35 para el 2014, las ferias destinadas a la salud, tuvieron un incremento en este indicador de 257.388,07 en 2010 a 270.184,71 para el 2014, todos los costos de los programas son en USD. Los costos totales tienen un incremento de forma general debido al incremento por separado de los programas.

**Gráfico15: Costo de los programas**



Fuente: (INEC , 2012)

Elaborado por: Pamela Olalla

En el Gráfico 15 se demuestra el incremento de los costos según los programas puestos en marcha. La herramienta de los gráficos es muy apropiada para este tipo de análisis, porque es donde mejor se puede observar el comportamiento de determinado indicador de forma explícita, donde se observa que la capacitación es el programa que más incrementa sus costos, en la barra de color azul, seguido de las ferias de salud en color verde, y en rojo lo relacionado con los talleres familiares.

**Tabla 8: Costo de los materiales informativos y otros en USD**

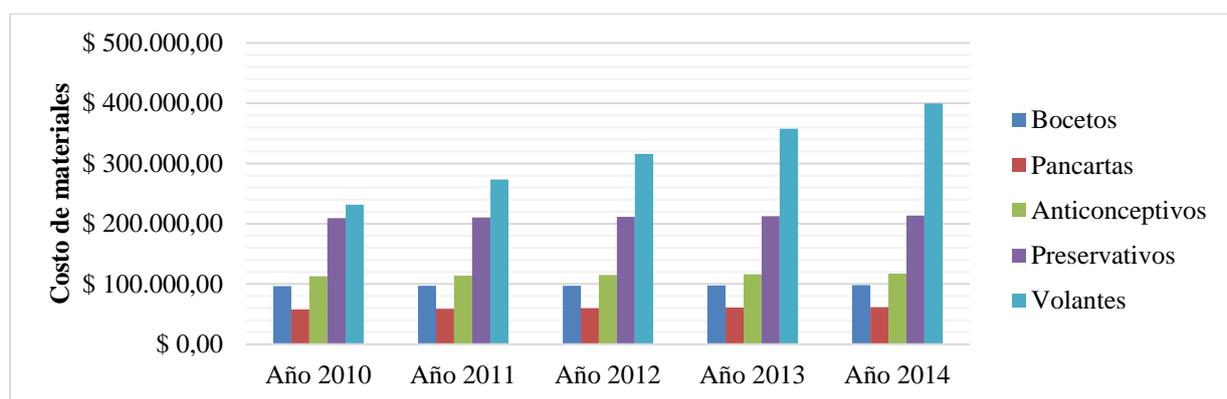
|                        | Costo 2010 | Costo 2011 | Costo 2012 | Costo 2013 | Costo 2014 |
|------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| <b>Bocetos</b>         | 96.520,53  | 96.865,12  | 97.209,71  | 97.554,3   | 97.898,89  |
| <b>Pancartas</b>       | 57.912,32  | 58.856,24  | 59.800,16  | 60.744,08  | 61.688,00  |
| <b>Anticonceptivos</b> | 112.607,28 | 113.701,56 | 114.795,84 | 115.890,12 | 116.984,40 |
| <b>Preservativos</b>   | 209.127,81 | 210.225,41 | 211.323,01 | 212.420,61 | 213.518,21 |
| <b>Volantes</b>        | 231.649,27 | 273.654,17 | 315.659,07 | 357.663,97 | 399.668,87 |
| <b>Total</b>           | 70.7817,21 | 75.3302,5  | 798.787,79 | 844.273,08 | 889.758,37 |

Fuente: (INEC , 2012)

Elaborado por: Pamela Olalla

En el caso de los materiales informativos y otros de igual manera continúan incrementando, de forma considerable, como se observa en la Tabla 8, teniendo la mayor incidencia los volantes, con un total de 399.668,87 USD, para el 2014 de 231.649,27 USD que tenía en el 2010, seguido de los volantes están los gastos en preservativos, que aumentaron de 112.607,28 del 2010 a 116.984,40 USD para el 2014. Los anticonceptivos son otros de los costos que se incrementan de 112.607,28 USD a 116.984,40 USD en el 2014, los bocetos por su parte, subieron sus costos de 96.520,53 USD en el año base a 97.898,89 USD en el 2014, por último y el de menor costo fueron las pancartas que se comportan de 57.912,32 USD a 61.688,00 USD, desde el 2010 hasta el 2014 respectivamente.

**Gráfico 16: Costo de los materiales informativos y otros**



Fuente: (INEC , 2012)

Elaborado por: Pamela Olalla

En el Gráfico 16 se representan los valores expresados de la Tabla 8, como en los demás casos para que se vea con diferencia de colores de una forma más resumida cómo ha sido el incremento de este indicador dentro de los materiales informativos a lo largo del período analizado en la presente investigación.

**Tabla 9: Costos de logística y otros en USD**

|                     | <b>Costo 2010</b> | <b>Costo 2011</b> | <b>Costo 2012</b> | <b>Costo 2013</b> | <b>Costo 2014</b> |
|---------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| <b>Movilización</b> | 173.736,95        | 174.589,25        | 175.441,55        | 176.293,85        | 177.146,15        |
| <b>Equipamiento</b> | 86.868,47         | 87.868,54         | 88.868,61         | 89.868,68         | 90.868,75         |
| <b>Logística</b>    | 318.517,73        | 328.647,32        | 338.776,91        | 348.906,50        | 359.036,09        |
| <b>Total</b>        | 579.123,15        | 591.105,11        | 603.087,07        | 615.069,03        | 627.050,99        |

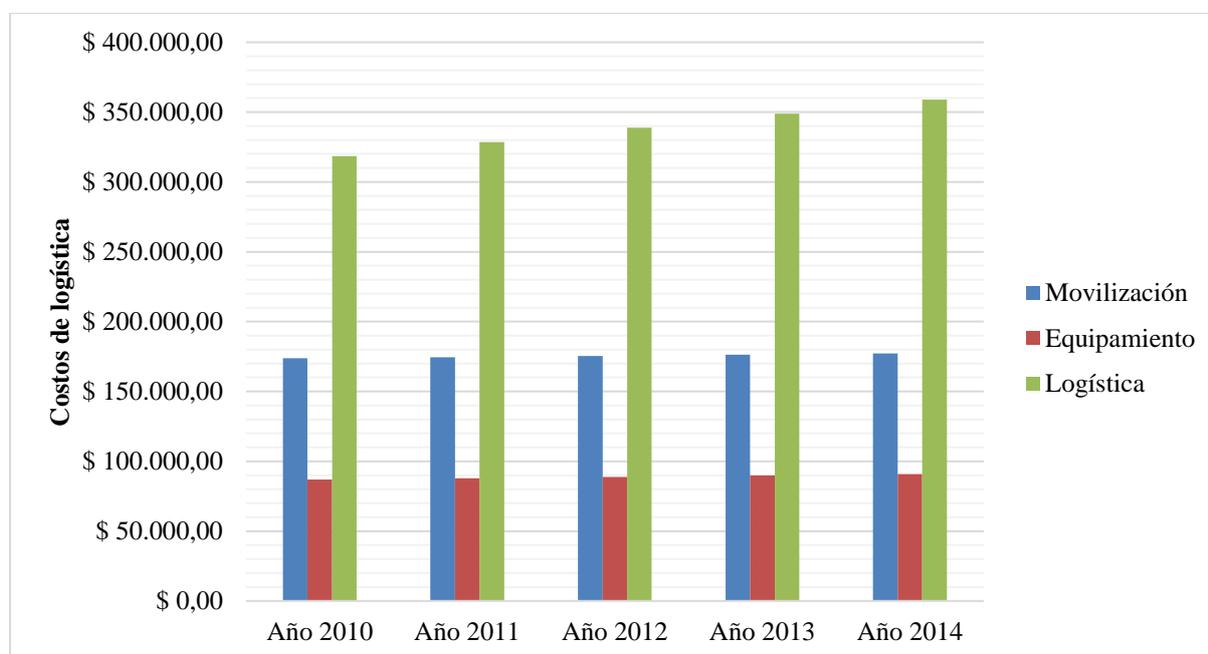
Fuente: (INEC , 2012)

Elaborado por: Pamela Olalla

La logística es un aspecto muy importante en cualquiera de los procesos que se desarrollen en el ámbito empresarial, cultural, económico, de la educación, la salud, entre otros. Es por ello que resulta indispensable llevar un control sobre sus costos para poder emitir criterios posteriores acerca de la efectividad o no de lo que se gaste en determinado sector o desarrollo de algo en específico. En este caso

tiene un gran costo incrementado de 318.517,73 USD en el 2010 a 359.036,09 USD en el 2014; en el caso de la movilización (se refiere a movimiento de personas, de activos, de equipos para el desarrollo de los programas) se incrementa de 173.736,95 USD en el año base a 177.146,15 USD en el 2014 (Véase Tabla 9).

**Gráfico17: Costo de logística y otros**



Fuente: (INEC , 2012)

Elaborado por: Pamela Olalla

Los costos de la logística se han elevado también (Véase Grafico 17), debido a los esfuerzos por lograr una disminución del embarazo en la adolescencia, porque para que estas estrategias se puedan efectuar, es preciso utilizar un número de recursos, tanto humanos como financieros, que permitan tratar de cumplimentar dichas estrategias.

**Tabla 10: Total de Costo en USD**

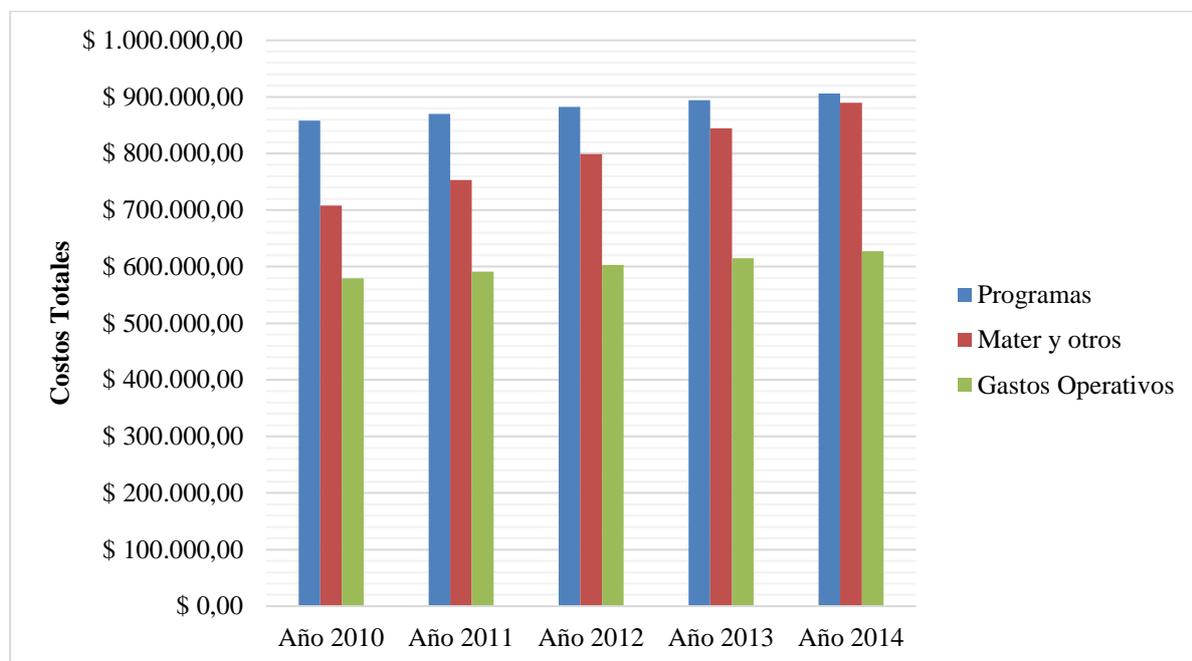
|                           | 2010         | 2011         | 2012         | 2013         | 2014         |
|---------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| <b>Programas</b>          | 857.858,25   | 869.964,60   | 882.070,95   | 894.177,30   | 906.283,65   |
| <b>Materiales y otros</b> | 707.817,21   | 753.302,50   | 798.787,79   | 844.273,08   | 889.758,37   |
| <b>Gastos Operativos</b>  | 579.123,15   | 591.105,11   | 603.087,07   | 615.069,03   | 627.050,99   |
| <b>Total general</b>      | 2.144.798,61 | 2.214.372,21 | 2.283.945,81 | 2.353.519,41 | 2.423.093,01 |

Fuente: (INEC , 2012)

Elaborado por: Pamela Olalla

Al incrementarse cada uno de los costos en los que se incurre con los programas para evitar el embarazo en la adolescencia, por supuesto los costos totales se incrementan, la suma de los costos de los programas, los materiales y otros y los gastos operativos, van desde 2.144.798,61 USD en el 2010 a 2.432.093,01 USD en el 2014 (Véase Tabla 10), sin ver resultados favorables en lo que inicialmente se pretendía lograr con todas estas estrategias.

**Gráfico18: Total del Costo**



Fuente: (INEC , 2012)

Elaborado por: Pamela Olalla

Como se puede observar el total de los costos incurridos en los programas se incrementa año a año (Véase Gráfico 18), siendo el de mayor incidencia el de los programas (capacitaciones, talleres familiares y ferias de salud). El presupuesto del país ha destinado grandes cantidades de dinero y de recursos, sin embargo los resultados siguen siendo similares, por lo que se dice que las estrategias no han sido productivas ni provechosas.

El orden de incidencia o impacto de las variables es como sigue:

- 1- Programas
- 2- Cursos de capacitación
- 3- Materiales informativos
- 4- Charlas
- 5- Acciones multidisciplinarias
- 6- Oferta de oportunidades
- 7- Lugares para capacitación

Un indicador macroeconómico importante es el PIB, donde influyen elementos como son el precio, la inflación, las exportaciones, la producción nacional, entre otros los cuales son factores importantes para poder establecer criterios en la economía global del país, el PIB constituye la magnitud

macroeconómica, que expresa monetariamente la producción de los bienes y servicios fundamentales, así como la demanda de un país en un tiempo dado, este tiempo generalmente se establece como un año.

El cálculo se realiza dentro de la Contabilidad Nacional y se estima teniendo en cuenta varios enfoques que se complementan, ajustando los resultados obtenidos. Sin embargo existen limitaciones para usar este indicador; como: el impacto social, el impacto ecológico de las diversas actividades que se puedan medir. Los métodos de cálculo del PIB, se realiza por medio del costo de los factores, donde no se incluye el impuesto directo y según los precios en el mercado donde se incluyen los impuestos directos.

El presente trabajo por consiguiente tiene una incidencia directa dentro del PIB del país pues se trata de estrategias que dependen del presupuesto aprobado y son gastos financieros que se traslucen como influencias dentro de los valores de dicho indicador. Los precios y el comportamiento de los mismos en el mercado son uno de los factores que se pueden mencionar, debido a que los programas que se establecen para evitar el embarazo en la adolescencia, también dependen de los precios de los productos en el mercado.

Los resultados generales del PIB del país en los períodos objeto de análisis son los siguientes (Véase Tabla 11):

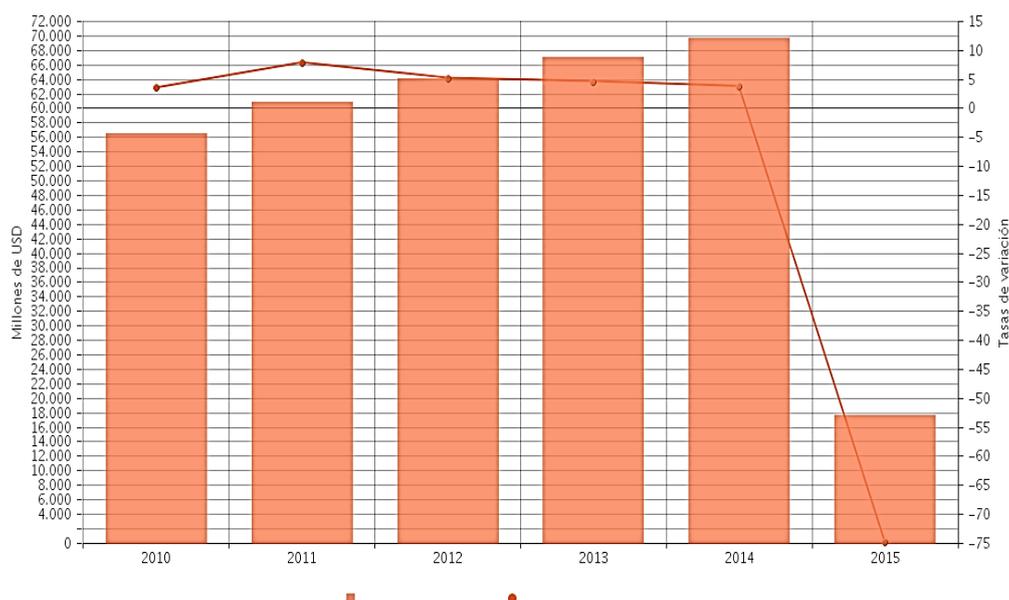
**Tabla 11: Producto Interno Bruto Anual**

|             | <b>PIB constantes</b> | <b>Tasa de variación</b> |
|-------------|-----------------------|--------------------------|
| <b>2010</b> | 56.481.055            | 3.525298669              |
| <b>2011</b> | 60.925.064            | 7.868140919              |
| <b>2012</b> | 64.105.563            | 5.220345768              |
| <b>2013</b> | 67.081.069            | 4.641572214              |
| <b>2014</b> | 69.631.545            | 3.802080137              |

Fuente: (Entorno macroeconómico Banco Central del Ecuador, 2015:S/N)

Elaborado por: Pamela Olalla

**Gráfico 19: Comportamiento del PIB**



Fuente: (Entorno macroeconómico Banco Central del Ecuador, 2015:S/N)

Elaborado por: Banco Central del Ecuador

El comportamiento PIB en el período 2010-2014, expresa un incremento 23.28%, lo cual ha generado mantener estándares concentrados en la producción local, mediante nuevas normas de calidad, esto trajo consigo la aparición de nuevas oportunidades para ampliar líneas de producción, y lograr el incremento de las capacidades productivas, así como nuevos emprendimientos que constituyen la generación de nuevos empleos, el comportamiento de los niveles de Ecuador en cuanto a economía se refiere, se expande con un ritmo superior que los demás países de América latina (Guzmán, 2014:21).

Durante el año 2014 el crecimiento económico se ha comportado de manera estable, con una tasa de variación de 3,8%, pero continúa siendo el sector petrolero el mayor impulsor del crecimiento de la producción nacional, de igual manera se puede decir que las principales acciones que dan como resultados estos valores, son los Otros Servicios, el Comercio, Manufactura, Petróleo y Minas, Construcción, y Agropecuario, pero para el año 2015 se puede decir que la economía del país baja en 17.575.675 con una tasa de variación del -74,76% lo cual quiere decir que las industrias o negocios en general están produciendo y vendiendo menos. (Entorno macroeconómico Banco Central del Ecuador, 2015:S/N).

Todo lo que se puede observar en el Gráfico 19. Para los análisis económicos uno de los indicadores más importantes es el PIB, ya que indica cuál es la producción total generada internamente durante un periodo determinado de tiempo (Chacón , 2005:35).

Todas las situaciones que se plantean en el análisis de la presente investigación, inciden directamente dentro de los resultados expresados en el indicador, por ser el que representa de forma resumida el incremento o decrecimiento económico, estas estrategias constituyen gastos para el país, a pesar de que en el 2014 se muestra un incremento las estrategias representan gastos y disminuciones de esos resultados monetarios.

Las acciones planteadas tienen incidencia directa en los análisis presupuestarios del país, ya que este es el documento financiero del Estado, que es el encargado de equilibrar los gastos y los ingresos públicos durante el año fiscal, es la expresión en cifras de las obligaciones de los gastos, así como de los ingresos que desean cubrir o liquidar.

Cuando se trata de aprobar el presupuesto hay que tener en cuenta todos los aspectos en los que se vayan a incurrir por parte del Estado, escrito mediante ley, la cual se establece en el año anterior y hay que considerar todas las partidas en las que se quieren establecer prioridades, o sea los gastos fundamentales, para mejorar las condiciones de vida de la población, así como los proyectos que se quieren hacer en infraestructuras y demás.

Estas estrategias de las cuales se habla en el trabajo, originan gastos, para ello el documento debe incluirlos dentro de sus planes para que luego se puedan llevar a cabo sin afectarse el presupuesto.

**Tabla 12: Ingresos del presupuesto 2014 por grupos de gastos**

|    | GRUPO DE GASTO                                     | INICIAL (a)      | CODIFICADO MARZO (b) | RECAUDADO MARZO (c) | % EFECTIVIDAD DE RECAUDACIÓN (c/b) |
|----|--|------------------|----------------------|---------------------|------------------------------------|
| 11 | IMPUESTOS  | 13,940.27        | 14,086.36            | 3,460.75            | 24.57%                             |
| 13 | TASAS Y CONTRIBUCIONES                             | 2,329.41         | 1,627.54             | 239.20              | 14.70%                             |
| 14 | VENTA DE BIENES Y SERVICIOS                        | 212.25           | 212.14               | 30.94               | 14.59%                             |
| 17 | RENTAS DE INVERSIONES Y MULTAS                     | 290.48           | 289.74               | 128.93              | 44.50%                             |
| 18 | TRANSFERENCIAS Y DONACIONES CORRIENTES             | 6,390.63         | 6,389.85             | 1,477.51            | 23.12%                             |
| 19 | OTROS INGRESOS                                     | 41.62            | 39.22                | 21.53               | 54.89%                             |
| 24 | VENTA DE ACTIVOS NO FINANCIEROS                    | 5.43             | 5.56                 | 0.29                | 5.17%                              |
| 27 | RECUPERACION DE INVERSIONES                        | 0.09             | 0.09                 | 6.80                | 7677.85%                           |
| 28 | TRANSFERENCIAS Y DONACIONES DE CAPITAL E INVERSION | 3,103.61         | 3,775.34             | 1,204.23            | 31.90%                             |
| 36 | FINANCIAMIENTO PUBLICO                             | 7,577.46         | 7,019.99             | 1,577.01            | 22.46%                             |
| 37 | SALDOS DISPONIBLES                                 | -                | 387.07               | -                   | 0.00%                              |
| 38 | CUENTAS PENDIENTES POR COBRAR                      | 9.38             | 1,497.78             | 281.23              | 18.78%                             |
| 39 | VENTAS ANTICIPADAS                                 | 400.00           | 400.00               | 200.00              | 50.00%                             |
|    | <b>TOTAL</b>                                       | <b>34,300.64</b> | <b>35,730.69</b>     | <b>8,628.43</b>     | <b>24.15%</b>                      |

Fuente: (Ministerio de Finanzas, 2015)

**Tabla 13: Ingresos del presupuesto 2014 por fuente de financiamiento**

| FUENTE DE FINANCIAMIENTO |   | INICIAL (a)      | CODIFICADO MARZO (b) | RECAUDADO MARZO (c) | % EFECTIVIDAD DE RECAUDACIÓN (c/b) |
|--------------------------|---|------------------|----------------------|---------------------|------------------------------------|
| 001                      | RECURSOS FISCALES                                 | 22,852.76        | 23,811.68            | 5,835.39            | 24.51%                             |
| 002                      | RECURSOS FISCALES GENERADOS POR LAS INSTITUCIONES | 2,660.01         | 2,019.96             | 308.99              | 15.30%                             |
| 003                      | RECURSOS PROVENIENTES DE PREASIGNACIONES          | 1,093.81         | 1,099.97             | 260.25              | 23.66%                             |
| 201                      | COLOCACIONES EXTERNAS                             | 400.00           | 132.20               | *                   | 0.00%                              |
| 202                      | PRESTAMOS EXTERNOS                                | 5,310.35         | 5,192.91             | 418.63              | 8.06%                              |
| 301                      | COLOCACIONES INTERNAS                             | 1,857.76         | 1,855.59             | 1,139.27            | 61.40%                             |
| 302                      | PRESTAMOS INTERNOS                                | 9.35             | 30.31                | 19.31               | 63.70%                             |
| 701                      | ASISTENCIA TECNICA Y DONACIONES                   | 116.60           | 105.15               | 0.95                | 0.90%                              |
| 996                      | OTROS RECURSOS                                    | *                | *                    | 1.89                | 0.00%                              |
| 998                      | ANTICIPOS DE EJERCICIOS ANTERIORES                | *                | 1,482.93             | 643.75              | 43.41%                             |
| <b>TOTAL</b>             |   | <b>34,300.64</b> | <b>35,730.69</b>     | <b>8,628.43</b>     | <b>24.15%</b>                      |

Fuente: (Ministerio de Finanzas, 2015)

En la Tabla 12 y Tabla 13 se muestran los principales ingresos que se tiene en cuenta para el año 2014, allí se puede observar que se dividen tanto como por fuentes de gastos como por fuentes de financiamiento y se expone la efectividad de la recaudación hecha.

**Tabla 14: Gastos planificados en el presupuesto de gastos del 2014**

| SECTORIAL            |  | INICIAL (a)      | CODIFICADO (b)   | DEVENGADO (c)   | % EJECUCION (c/b) |
|----------------------|--|------------------|------------------|-----------------|-------------------|
| 0                    | TESORO NACIONAL  | 15,632.95        | 15,645.82        | 3,767.58        | 24%               |
| 1                    | SECTORIAL LEGISLATIVO.                                     | 81.77            | 88.04            | 13.75           | 16%               |
| 2                    | SECTORIAL JURISDICCIONAL                                   | 690.97           | 740.70           | 144.79          | 20%               |
| 3                    | SECTORIAL ADMINISTRATIVO                                   | 948.76           | 1,109.77         | 178.46          | 16%               |
| 4                    | SECTORIAL AMBIENTE   | 133.08           | 148.17           | 20.58           | 14%               |
| 5                    | SECTORIAL ASUNTOS INTERNOS                                 | 2,002.17         | 1,958.92         | 485.21          | 25%               |
| 6                    | SECTORIAL DEFENSA NACIONAL                                 | 1,898.20         | 1,951.62         | 375.36          | 19%               |
| 7                    | SECTORIAL ASUNTOS DEL EXTERIOR                             | 183.27           | 173.41           | 33.74           | 19%               |
| 8                    | SECTORIAL FINANZAS   | 189.32           | 201.37           | 42.41           | 21%               |
| 9                    | SECTORIAL EDUCACION  | 4,896.46         | 4,948.80         | 910.74          | 18%               |
| 10                   | SECTORIAL BIENESTAR SOCIAL                                 | 1,058.69         | 1,052.42         | 395.51          | 38%               |
| 11                   | SECTORIAL TRABAJO  | 118.17           | 121.20           | 18.93           | 16%               |
| 12                   | SECTORIAL SALUD  | 2,430.19         | 2,228.93         | 380.64          | 17%               |
| 13                   | SECTORIAL AGROPECUARIO                                     | 376.82           | 459.90           | 93.65           | 20%               |
| 14                   | SECTORIAL RECURSOS NATURALES                               | 1,283.86         | 1,334.19         | 406.20          | 30%               |
| 15                   | COMERCIO EXTERIOR INDUSTRIALIZACION PESCA Y COMPETITIVIDAD | 83.43            | 103.07           | 12.55           | 12%               |
| 16                   | SECTORIAL TURISMO  | 87.86            | 83.91            | 8.25            | 10%               |
| 17                   | SECTORIAL COMUNICACIONES                                   | 1,436.00         | 1,571.61         | 463.78          | 30%               |
| 18                   | SECTORIAL DESARROLLO URBANO Y VIVIENDA                     | 338.87           | 1,351.79         | 101.54          | 8%                |
| 22                   | ELECTORAL  | 141.61           | 136.22           | 38.96           | 29%               |
| 23                   | TRANSPARENCIA Y CONTROL SOCIAL                             | 288.17           | 320.83           | 48.92           | 15%               |
| <b>TOTAL GENERAL</b> |  | <b>34,300.64</b> | <b>35,730.69</b> | <b>7,941.54</b> | <b>22%</b>        |

Fuente: (Ministerio de Finanzas, 2015)

En el caso del monto destinado a la salud, se observa en la Tabla 14, cubre un total de 2.430,19 millones de dólares, sin embargo, un mal manejo de lo planificado puede traer consecuencias adversas para el

país, es por ello que hay que tener cuidado en las gestiones que se desarrollen para no afectar los indicadores económicos.

En el Ecuador en los años objetos de estudio, 2010 - 2014 se mantiene la tendencia creciente del presupuesto, lo cual se ha sustentado en las mejoras de las recaudaciones, uno de los principales factores es la venta del petróleo, el incremento del acceso al financiamiento externo para llevar a cabo proyectos de inversión, para el 2014, el presupuesto general aprobado es de 34.300,64 millones de dólares.

Constituyen el Gasto Público, el total de gastos realizados en el llamado sector público, lo mismo para la adquisición de bienes y servicios o para subsidios y transferencias. En las economías el principal objetivo del gasto público es solventar las necesidades crecientes de la población, también son los encargados de distribuir la renta y las riquezas.

Por lo tanto todas las acciones deben ser bien planificadas, para establecer mejores estrategias en la salud y en especial en el embarazo en la adolescencia debido a que trae consigo un incremento acelerado del gasto público.

## **Conclusiones**

Con todos los aspectos anteriormente estudiados acerca de la incidencia económica del embarazo en la adolescencia, en los principales indicadores del país, se puede llegar a la conclusión de que las estrategias no han sido efectivas, a pesar de que los costos de los programas se han incrementado al pasar de los años, no se logra disminuir la cantidad de embarazos y nacimientos en edades comprendidas entre los 14 y 19 años y siguen en aumento, por lo que las estrategias deben cambiar su estructura y la forma en la que se deben llegar hasta los jóvenes. Los gastos de presupuesto se incrementan y por tanto los gastos públicos, así como afectaciones al PIB en los años analizados.

Algunos de los aspectos que pueden hacer que existan problemas de embarazo adolescente puede estar determinado por la falta de educación en el seno de la familia, así como en otros espacios, como la escuela, el ambiente en que se desarrollan los jóvenes, entre otros aspectos sociales que son difíciles de controlar dado por la complejidad de los mismos.

En el siguiente capítulo se propone el diseño de nuevas estrategias para prevenir el embarazo adolescente, donde las mismas serán descritas de forma detallada, mediante las cuales se pueda realmente disminuir los riesgos por los embarazos en edades no apropiadas, al mismo tiempo que se evitarán gastos innecesarios y de gran amplitud para el Presupuesto General del Estado.

# *Propuesta de estrategia*

## **Introducción**

El embarazo adolescente viene determinado por muchas vías: factores estructurales de la sociedad, economía y la cultura de las naciones. Y aunque su prevención requiere ser tratada de manera integral desde diferentes sectores, nada evitará su elevada incidencia si no se logra transformar la conciencia y el conocimiento de los principales implicados y perjudicados en el asunto, es decir, los adolescentes. Mientras los jóvenes no tengan percepción del peligro luego de iniciada su actividad sexual, no nacerá en ellos la responsabilidad de protegerse.

La revisión de la bibliografía que existe sobre el tema y las estadísticas consultadas hacen evidente la falta de información, así como la ignorancia e ingenuidad de las que pecan los jóvenes en las edades comprendidas entre los 14 y 19 años. Estas características propias de ese periodo de la vida influyen en el desconocimiento sobre el peligro que supone para su desarrollo el embarazo en la adolescencia.

Tanto la niña que inicia tempranamente las relaciones sexuales, como la adolescente embarazada entrarán a un terreno desfasado respecto a su edad, a su psicología, y a su cuerpo. Su existencia toma un rumbo completamente distinto al imaginado, o sencillamente el que permitiría un adecuado proceso social y económico (Sáenz, 2012). La niña o adolescente empieza a ser presionada para que piense y actúe de una forma madura. Se le empiezan a exigir comportamientos de responsabilidad propios de la mujer adulta, lo que confunde a la joven y se contradice con el natural desarrollo de su vida.

Por otra parte, el estigma y la discriminación entrarán a rondar la convivencia social de la adolescente y el adolescente que esperan la llegada de un infante; y el rechazo no solo vendrá por parte de la sociedad, sino que puede incidir desde la propia familia, que no presenta las herramientas cognitivas para enfrentar un embarazo adolescente en casa. La falta de afecto conlleva a los jóvenes, y a sus hijos o hijas, a desvirtuar su normal desarrollo, que tarde o temprano repercute en la macro-sociedad.

Aún no es suficiente la preparación que se ha ofrecido a los adolescentes respecto de este fenómeno, por parte del sistema de salud, la familia y la escuela, de modo que pueda concebirse un embarazo en la edad apropiada y con el mínimo de factores negativos incidiendo desde su inicio. Luego del análisis econométrico se validó la incidencia de las estrategias en la economía nacional, sin lograr resultados distintivos en relación a las brechas que ocasiona el embarazo en la adolescencia.

Es decir, que la incidencia del fenómeno de estudio sigue siendo un problema de salud no solo en el mundo, sino también en Ecuador, por lo que a continuación se diseña una estrategia de prevención de embarazo en la adolescencia que parte de las acciones del sistema de salud e incide en la escuela, escenario donde se encuentran los adolescentes para consolidar no solo su formación profesional y vocacional, sino que es el lugar donde se perfecciona su personalidad y sus habilidades como ser social.

En la medida en que el adolescente tenga un conocimiento más profundo del proceso de maduración sexual, reciba una correcta orientación que le facilite la actitud responsable ante su sexualidad, que le haga ver las relaciones sexuales como algo hermoso, y no asociado a problemas de salud, sociales y económicos, también el Estado aliviará los males que arrastra el fenómeno que es objeto del presente estudio. Por tanto, la educación sexual se hace imprescindible en esta edad y debe estar dirigida al adolescente de manera tal que este se sienta identificado con lo que plantean los promotores de la salud.

## **Propuesta de estrategia para prevenir el embarazo en la adolescencia**

### **Marco conceptual.**

La prevención de problemas de salud como el embarazo en la adolescencia, constituye una responsabilidad inherente de los profesionales sanitarios, sin embargo, resulta imprescindible la participación de otras instituciones que pueden aportar en materia de salud como es el centro educacional y la casa. La escuela y la familia aportan valiosos medios para facilitar el trabajo del especialista sanitario en aras de promover y prevenir con educación estilos de vida plenos y saludables.

La presente propuesta se fundamenta en que la educación, como proceso a largo plazo, posibilita toda la experiencia histórica al individuo, con lo cual el ser humano y social adquiere las herramientas para el desarrollo de su vida en sociedad (UNESCO, 2008).

Desde edades tempranas se desarrolla la personalidad del ciudadano, que absorbe la experiencia que se imparte en el aula con el profesor; el individuo adquiere conocimientos y habilidades, modela acciones y conductas para relacionarse en sociedad, y al mismo tiempo va aprehendiendo los valores que deben adquirirse como ser humano. Es mediante la enseñanza y la educación, no solo la que se da en la escuela sino también en el hogar, que el joven desarrolla su psiquis y su comportamiento social.

Asimismo, los autores coinciden en que para que la educación y la enseñanza sean desarrolladoras deben cumplir una serie de condiciones:

- Evaluar el desarrollo ya alcanzado por los estudiantes, para trabajar en base al próximo nivel de conocimiento que se debe alcanzar.
- Delimitar lo que los alumnos desean aprender y lo que por norma y necesidad se requiere introducir dentro de la enseñanza.
- Poner en una balanza cómo quieren los niños y adolescentes aprender y cuál es el mejor método de enseñanza para las distintas edades.
- Se deben aprovechar las capacidades del desarrollo y las potencialidades del estudiante, pues no todos son capaces de asimilar el conocimiento al mismo ritmo y hay que trabajar en base a sus particularidades para no atrasar o adelantar los contenidos a aprehender de acuerdo a su competencia intelectual.
- Fomentar la superación (González A. , 2011).

Exigir una educación y enseñanza desarrolladoras, permite a los estudiantes adquirir nuevas capacidades, formas de actuación y motivaciones superiores a lo que estaban dispuestos a conquistar; y en una sociedad como la ecuatoriana que hereda diversas debilidades en el sistema escolar, este objetivo requiere de pedir apoyo y ejercitar sus conocimientos, a fin de que en algún momento pueda pensar y reflexionar de forma independiente (Alonso, 2010).

Cada nuevo paso vencido en la educación demanda de una educación posterior, pues cada etapa del desarrollo depende de un conjunto de condiciones del contexto social de las personas, al mismo tiempo incluye las particularidades psicológicas; que varían, pues se formaron bajo la influencia de las anteriores condiciones sociales, culturales y educacionales, así como de las características biológicas particulares que influyeron en su desarrollo.

Desde el punto de vista filosófico, se dice que son las confusiones internas las fuerzas motrices del desarrollo educacional y de la formación de las personas. Para la UNESCO (2008) cada período o etapa del desarrollo tiene sus propias contradicciones en el orden psíquico, pero es común en todas ellas que se presenten:

- Contradicciones entre las nuevas necesidades que surgen producto de la actividad y las posibilidades de su satisfacción.
- Contradicciones entre las crecientes posibilidades físicas, espirituales y las formas viejas de interrelación y tipo de actividad.
- Contradicciones entre las exigencias crecientes por parte del colectivo, la sociedad, los adultos y el nivel de desarrollo existente en el adolescente(UNESCO, 2008: 8).

Las nuevas necesidades cuando son satisfechas con nuevos tipos de actividades eliminan la contradicción, pero origina una nueva necesidad y así sucesivamente. Entonces “una contradicción se sustituye por otra, y el desarrollo continúa impulsado por ellas como sus fuerzas motrices”(UNESCO, 2008:17).

La tarea educacional consiste en orientar el desarrollo de los adolescentes, de tal manera que lo ya alcanzado en las etapas previas sea continuado de acuerdo a un plan para avanzar en cualidades que serán de una importancia decisiva en la próxima etapa.

De ahí que la propuesta de estrategia que se desarrolla a continuación ve en la educación sexual la mejor manera de dar solución a este problema de salud que es el embarazo adolescente, a partir de la discusión desde el punto de vista cognitivo de lo que da origen al fenómeno. Pero la implementación de las siguientes acciones tendrán en cuenta cuatro premisas fundamentales: lograr la participación del estudiantado, así como considerar los derechos sexuales y reproductivos, la igualdad de género y la diversidad cultural existente en el país.

## **Premisas de la propuesta de estrategia de prevención del embarazo en la adolescencia**

La esencia y fin supremo de esta propuesta es lograr la mayor participación de los sujetos involucrados de manera directa o indirecta con el fenómeno: adolescentes de ambos sexos, miembros de la familia, educadores. Para ello se requiere del personal que domine los conocimientos, métodos educativos asequibles, medios para enseñar y aprender, formas para organizar cada acción educativa y la evaluación de cada actividad. Solo haciendo atractiva la impartición de conocimientos a los participantes, se incrementará las posibilidades del éxito de la estrategia.

De ahí que la propuesta que se implementará utiliza técnicas de fácil entendimiento y asimilación, ello quiere decir que no se necesitan niveles elevados de competencias interpretativas para practicar las actividades propuestas y poder beneficiarse así con lo aprendido, por lo que se proyecta hacia dos factores: escuela y familia.

Y en este sentido, también se tendrá en cuenta la capacidad de aprendizaje propia de cada comunidad: para ello los trabajadores de la salud involucrados en esta propuesta de intervención deberán adoptar códigos y técnicas de transmisión de conocimientos a las que los pueblos diversos que conforman el Ecuador estén acostumbradas.

Luego de cada encuentro pueden evaluarse las fortalezas y debilidades de los participantes para trabajar en base a sus necesidades cognitivas, asimismo comprobar la asistencia de los participantes e indagar por cada ausencia, pues del grado de motivación de los estudiantes y familiares dependerá la efectividad de este programa.

La presente propuesta de estrategia de prevención del embarazo en la adolescencia, como todas las políticas públicas que hoy implementa el Estado ecuatoriano, tiene el objetivo de garantizar los derechos establecidos en la Constitución, tratados internacionales y Leyes Orgánicas.

Como se ha hecho referencia anteriormente el Ecuador es firmante de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (ONU, 1989), instrumento que es parte del ordenamiento jurídico ecuatoriano y establece la obligación del Estado de adoptar medidas y asignar recursos para el efectivo cumplimiento de los derechos reconocidos en la Convención.

La semilla de la desigualdad se sembró hace mucho tiempo en el seno de la cultura ecuatoriana. Por ello sensibilizar en cuanto a la igualdad de género en la conciencia de quienes son objeto de la presente estrategia constituye otra de las premisas de esta investigadora, en tanto el PNUD (2013: 2) ha señalado que las mujeres, de acuerdo con el derecho internacional, tienen los mismos derechos que los hombres; sin embargo, estos instrumentos aún resultan vanos en la práctica para responder a las necesidades de las féminas, y es evidente el contexto complejo de desigualdad.

Mejorar las oportunidades de las mujeres requiere un enfoque doble, esto es, programas destinados a satisfacer las necesidades básicas y las necesidades específicas de las mujeres, para el empoderamiento y organización de programas con enfoque de género, con el objetivo de proteger los derechos humanos y lograr una sociedad más igualitaria (OMS, 2014:9); como es el objetivo de las acciones a implementar en la presente estrategia que se propone.

Por otra parte, expertos han considerado que históricamente el Estado ecuatoriano ha confundido a todas las culturas en una sola y desconoció la diversidad, ignorando la memoria patrimonial de los pueblos que minoritariamente convivían en la nación. En la actualidad, por el contrario, se encaminan las políticas hacia la revalorización de la diversidad cultural.

La globalización se presenta como una oportunidad de intercambio y enriquecimiento entre naciones y personas, pero también introduce nuevas tensiones en la convivencia social. Advertimos el surgimiento de nuevas formas de intolerancia y agresión. Por un lado experimentamos la fascinante proximidad de múltiples culturas; pero por otro vemos cómo aumentan la xenofobia, el racismo y las discriminaciones, basadas en diferencias de color, sexo o rasgos étnicos (UNESCO, 2008: 8).

Temas como la inclusión; fomentar el diálogo entre las culturas diversas; disminuir la discriminación y la exclusión que por razones culturales y étnicas sufren los pueblos; desarrollar sus oportunidades de acceso a la educación, salud, medios laborales; reducir la situación de pobreza; fomentar el ejercicio de derechos de los ciudadanos, resultan temas recurrentes en el debate nacional y que son tenidas en cuenta para la aplicación de diversas políticas encaminadas a exterminar de raíz los males sociales.

Desde la educación se puede construir un nuevo individuo que contribuya a la construcción de una sociedad plurinacional e intercultural, y a la superación de desigualdades sociales garantizando el acceso universal de todas las personas a sus derechos y garantías constitucionales. Por ello otros de los fundamentos en los que se basa la presente estrategia es el de la reafirmación y fortalecimiento de la identidad nacional a partir de las identidades diversas, la plurinacionalidad y la interculturalidad que como refiere la Constitución de Ecuador (Asamblea Nacional, 2008) caracteriza al territorio ecuatoriano.

## **Marco legal**

Reconocida la importancia de las acciones educativas para mitigar el problema del embarazo en la adolescencia, la Constitución del Ecuador (Asamblea Nacional, 2008: 14) prescribió en su Art. 347 numeral 4, asegurar que todas las entidades educativas impartieran la materia de educación sexual. En el año 2010 se realizó la Actualización y Fortalecimiento del Currículo, que en su último eje transversal manifestó expresamente la obligación de todos los docentes de brindar educación sexual a los adolescentes, estableciéndose que al término de la Educación General Básica (EGB) “los jóvenes

estarían en capacidad de valorar y proteger la salud humana en sus aspectos sexuales” (Ministerio de Educación, 2010:28).

A partir de este momento los maestros tenían la obligación de ofrecer clases acerca del organismo humano, identidad sexual, consecuencias y responsabilidades. Se introducirían conocimientos sobre la sexualidad, y los derechos sexuales y reproductivos para la comprensión y ejercicio libre de los mismos.

En este mismo sentido, las temáticas de la sexualidad y la madurez sexual fueron incluidas como habilidades a evaluar a partir del octavo año de la EGB, para lo cual se solicitó a los docentes de ciencias naturales utilizar como estrategias preguntas sobre las prácticas sexuales, prevención del embarazo, enfermedades de transmisión sexual, algo que anteriormente eran considerado como temas tabúes en la sociedad (Ministerio de Educación, 2010).

Sin embargo, el estudio sobre el impacto de las estrategias educativas para prevenir el embarazo en la adolescencia, entre otros programas a los cuales se ha hecho referencia en la presente investigación, evidencia que ha faltado un tratamiento sistemático que permita un proceso de planificación, ejecución y evaluación de los resultados en esta materia.

Las pocas iniciativas existentes en pos de este tema como lo fue el Plan Nacional y la ENIPLA no estuvieron bien difundidas, así como tampoco fueron institucionalizados sus acciones, y los centros educacionales han quedado al margen de cualquier otro programa destinado a la educación para la salud sexual y reproductiva.

Por otra parte, los docentes que no recibieron una preparación en Ciencias de la Educación, nunca se familiarizaron con el tratamiento de la educación sexual en el aula, ni tampoco recibieron esta asignatura durante su formación académica, lo que constituye otra debilidad del sistema educativo para prevenir el fenómeno que ocupa a la presente investigación.

Tal como la UNESCO (2008: 8) ha reconocido, la formación de los docentes resulta clave para la educación sexual. Pero, diversos estudios han evidenciado que algunos docentes no consideran a la educación sexual como parte de su responsabilidad profesional, pues opinan que es tarea de la familia.

“La capacitación adecuada de los docentes es un elemento clave para el éxito y control de calidad de las intervenciones, dada su función de replicadores” (Cano, 2006: 10). De ahí que la realización de programas para preparar a los docentes en temas de la educación sexual son fundamentales, a su vez, los contenidos debe involucrar no solo los aspectos biológicos, sino las implicaciones psicológicas, socioculturales, éticas y jurídicas, entre otros.

En relación a la formación docente, estudios experimentales han demostrado que los estudiantes que recibieron educación sexual a través de docentes que habían sido capacitados, estuvieron más preparados para experimentar sus relaciones sexuales de manera saludable (Cano, 2006). Otra investigación demostró que la entrega y motivación que tiene el docente a la hora de impartir los conocimientos de educación sexual influye en el comportamiento sexual de los adolescentes. Por otra parte, la evaluación de los contenidos evidenció que el conocimiento acerca de la salud sexual puede evitar la actividad sexual a temprana edad (Alonso, 2010: 35).

Actualmente, Ecuador se encuentra en ventaja con respecto a periodos anteriores si se tiene en cuenta que la educación básica ha llegado casi a la universalización. Sin embargo, según datos de 2013, aproximadamente 88 mil niños, niñas y adolescentes, entre 5 y 14 años, no asistían a los centros educativos (Ministerio de Finanzas Ecuador, 2015).

En el tratamiento a las necesidades de los adolescentes entre 15- 17 años de edad, existen avances relevantes, gracias al fortalecimiento de las políticas públicas de inclusión, pero aún resulta imprescindible aplicar mecanismos que disminuyan las diferencias en este grupo etario (Velazco, Álvarez, Carrera, & Vázquez, 2014: 5). De la información mostrada en este estudio, se deduce además la necesidad de mejorar y fortalecer el diálogo y las relaciones entre adultos y adolescentes.

Las debilidades en el acceso a la salud de la niñez y adolescencia en el país andino están dadas porque la calidad de atención sanitaria está marcada por la desigualdad en la distribución de los profesionales del sector, entre los más importantes: los médicos y enfermeras; esta diferencia no solo aparece marcadamente entre las fronteras rurales y urbanas, sino que dentro de estas últimas se perciben brechas en las provincias.

La posibilidad de culminar estudios por parte de las madres ecuatorianas es la principal explicación a que haya disminuido la muerte infantil, y también porque el Estado ha ampliado la cobertura de la salud para toda la población.

Entre las preocupaciones del Comité de Derechos del Niño se encuentra el hecho de que en Ecuador son los niños indígenas y las adolescentes embarazadas los que menos logran culminar los estudios secundarios, lo que indica una deficiencia en la calidad de la educación y quienes dirigen sus actividades (Velazco, Álvarez, Carrera, & Vázquez, 2014: 5).

En cuanto a la relación educación y embarazo de las adolescentes señala que el total de los jóvenes directamente conectados con el fenómeno, estudiaban antes de embarazarse y luego de dar a luz solo el 30% de los muchachos volvió a las aulas, en este sentido las más perjudicadas siguen siendo las jóvenes. Estos datos alertan sobre la necesidad de adoptar condiciones y oportunidades para que las y los adolescentes no renuncien al sistema de enseñanza por esta causa.

Por otra parte resulta evidente el crecimiento de la cobertura y gratuidad de servicios de salud pública ambulatoria, en centros y subcentros de salud y hospitales. Pero permanece el reto de asegurar que ningún niño o niña o madre muera por causas prevenibles, como lo es el embarazo en la adolescencia.

Si bien la influencia de docentes y el sistema educativo es determinante en la conducta responsable de los adolescentes respecto a su sexualidad, para un adecuado impacto en los comportamientos de los estudiantes, resulta imprescindible la guía y orientaciones de los expertos y especialistas del sistema de salud y sus promotores, en tanto resultan los profesionales dotados de los saberes y herramientas metodológicas para hacer llegar el tema de la salud sexual y reproductiva de una manera más didáctica y amena a los alumnos.

## **Objetivos**

### **General.**

Contribuir a la modificación de modos de actuación de las y los adolescentes respecto a su salud sexual y reproductiva, mediante acciones de educación y promoción para la salud, dirigidas por especialistas de centros públicos de salud ubicados en la parroquia, instruyendo y orientando además a las familias y la escuela, en relación con temas para la prevención del embarazo en la adolescencia.

### **Específicos.**

1. Diagnosticar la situación que presentan los adolescentes que cursan estudios en centros de educación general básica y el bachillerato de cada comunidad en relación a su salud sexual y reproductiva.

No se puede implementar una nueva estrategia de prevención del embarazo en la adolescencia sin sondear el terreno que dejaron las anteriormente desarrolladas. Para acometer el primer objetivo, se llevará a cabo una exhaustiva investigación por parte de los especialistas de salud de cada parroquia, para precisar cuál es la situación de salud actual y las causas que inciden en la aparición de este problema de salud, específicamente el embarazo en la adolescencia; ello implicará conocer cuáles son los adolescentes con mayor vulnerabilidad de transitar por esa experiencia: adolescentes de madres adolescentes, adolescentes con una precaria condición económica, adolescente con una unión matrimonial temprana, adolescentes que hayan sido víctima de violencia intrafamiliar.

Los resultados se socializarán con los rectores de los centros escolares con el objetivo de que coincidan en la necesidad de implementar una mejor estrategia de orientación, instrucción, y educación sexual a sus estudiantes, teniendo en cuenta los criterios que acumulan sobre el tema de la sexualidad desprotegida y las implicaciones negativas que trae, así como las características culturales y de personalidad de los estudiantes que allí cursan estudios.

## 2. Identificar las opiniones de los adolescentes con relación al embarazo y sus complicaciones.

Para implementar el segundo objetivo se elabora una encuesta con el fin de conocer en primer lugar cuán profundamente ha sido tratado con los estudiantes el tema de la sexualidad, así como los riesgos que implica una práctica desprotegida e insegura de esta; y en segundo lugar, determinar el impacto de las anteriores estrategias de promoción de la salud sexual y reproductiva, específicamente las dirigidas a prevenir el embarazo en la adolescencia.

Las preguntas de la encuesta versarán en torno a dos ejes fundamentales: la sexualidad y la anticoncepción, en lo relacionado a cuándo y cómo empezar a tener relaciones sexuales, con quién, los métodos anticonceptivos que se deben usar, los riesgos que supone esta práctica como son las enfermedades de transmisión sexual, el VIH SIDA, y el embarazo, y sus consecuencias.

Antes de la aplicación de la encuesta, el instrumento se compartirá con los rectores de los centros educacionales para advertir su aprobación.

## 3. Aplicar la estrategia de promoción de salud y educación sexual para la prevención del embarazo adolescente en centros de educación general básica y el bachillerato, dirigida potencialmente a los estudiantes, con participación de los docentes y familiares, y otros factores de la comunidad.

Alcanzar el objetivo tres consta de dos etapas, primeramente se realizará una capacitación a los docentes de los centros de educación general básica y bachilleratos que estén ubicados en la parroquia; las clases serán impartidas por especialistas de los centros de salud que, a su vez, deberán actualizarse respecto a la metodología para enseñar sobre la salud sexual y reproductiva.

La preparación de la escuela y el personal docente que actúa con los adolescentes para la formación integral de la personalidad, a partir del conocimiento de las características psicológicas de la adolescencia, es un tema de vital importancia para la prevención del embarazo en esta etapa.

La segunda etapa de esta fase de la estrategia transcurre desde el inicio hasta el final del curso escolar, durante el cual, profesionales de la salud y la educación, en un trabajo de conjunto, programarán y llevarán a cabo actividades de prevención del embarazo en aras de favorecer una actitud sexual responsable.

Capacitar a los adolescentes y sus familias, ofrecerles orientación sobre el adecuado proceso de comunicación, la formación integral de la personalidad, sobre las causas, riesgos y complicaciones del

embarazo en la adolescencia, desde la óptica sanitaria, ayudará a reducir la incidencia de este fenómeno en la sociedad ecuatoriana.

4. Contribuir al desarrollo humano y ampliar las oportunidades laborales y educativas de las y los adolescentes en Ecuador.

La evidencia científica muestra que tanto la continuidad de estudios como las oportunidades laborales, están relacionados con el modo en que se manifiesta la fecundidad adolescente. Por tanto, con el cuarto objetivo, se pretende que desde la escuela, en este caso los centros de educación general básica y el bachillerato, se sensibilice a otras instituciones de educación superior con el fin de promover la continuación de estudios de los adolescentes, así como establecer relaciones con otros organismos sociales que puedan ser sedes de puestos laborales para estos jóvenes, en el caso de que así lo prefieran.

## **Líneas de acción**

Para desarrollar las siguientes líneas de acción y cumplimentar los objetivos propuestos se han de tener en cuenta que:

- La Estrategia se aplicará durante un curso escolar, programando las actividades de acuerdo a los intereses y características de cada centro educativo, y de acuerdo a las necesidades de información y disposición de los jóvenes y sus familiares.
- Tener una mirada integral de la Sexualidad: biológica, cultural, histórica y educacional.
- Tener en cuenta las características sociales y culturales que sirven de contexto a los jóvenes adolescentes, de manera que se identifiquen con el contenido que se imparte y el conocimiento penetre de manera agradable.
- Establecer un vínculo y comunicación sistemática entre escuela, familia y centros de salud para la transformación de las percepciones culturales que se tienen respecto a la sexualidad y construir una experiencia desprejuiciada del asunto.

## **Diagnóstico preliminar**

Considerar las opiniones de los jóvenes sobre las temáticas que se deseen abordar durante la estrategia, y planificar junto a ellos los programas que sobre educación sexual serán implementados en las instituciones educativas y en los subcentros de salud, constituye una de las premisas de la presente estrategia de prevención del embarazo en la adolescencia, por lo que se requiere señalar que cada uno de las actividades que se deben poner en práctica responde a las consideraciones que manifestaron los propios jóvenes respecto a este fenómeno en una prueba piloto.

La aplicación de un diagnóstico preliminar en la que 20 estudiantes del Colegio Nacional Experimental “Espejo”, respondieron a un cuestionario referido al tema de la sexualidad y la salud sexual y reproductiva, permitió reconocerlas carencias cognitivas sobre las cuales es preciso trabajar durante la puesta en marcha de la estrategia, pero ello mediante mejores métodos, para cambiar los modos de pensar y las conductas de estos jóvenes.

Para hacer más ilustrativo estos aspectos, a continuación se visualiza cada una de las preguntas y respuestas que aportaron los estudiantes durante la aplicación del instrumento, y posteriormente se

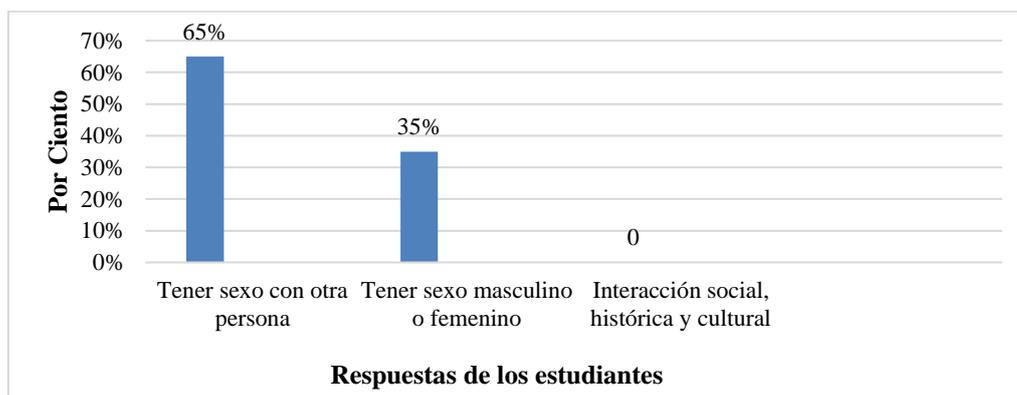
muestran las conclusiones a las que se arribó, para dar paso a las líneas de acción que componen la propuesta de estrategia de prevención del embarazo en la adolescencia.

**Pregunta 1:** ¿Qué se entiende por sexualidad?

- Tener relaciones sexuales con otra persona
- Tener sexo Masculino o sexo Femenino
- Interacción social, histórica y cultural

En las respuestas de las primera pregunta de la prueba de diagnóstico referida a *qué entiende el adolescente por sexualidad*, de los 20 estudiantes de Bachillerato encuestados, 13 de los alumnos relacionaron a la sexualidad con mantener relaciones sexuales con otra persona, 7 estudiantes la asociaron a tener sexo masculino o femenino, mientras que ningún alumno lo define como la manera en la que interactuamos social e históricamente según la cultura de cada pueblo, lo cual demuestra que los adolescentes circunscriben el tema de la sexualidad a factores biológicos y físicos y que aún existe una limitada comprensión sobre este concepto entre estos jóvenes.

**Gráfico 20: Qué se entiende por sexualidad**



Fuente: Encuesta de diagnóstico preliminar

Elaborado por: Pamela Olalla

## Conclusión

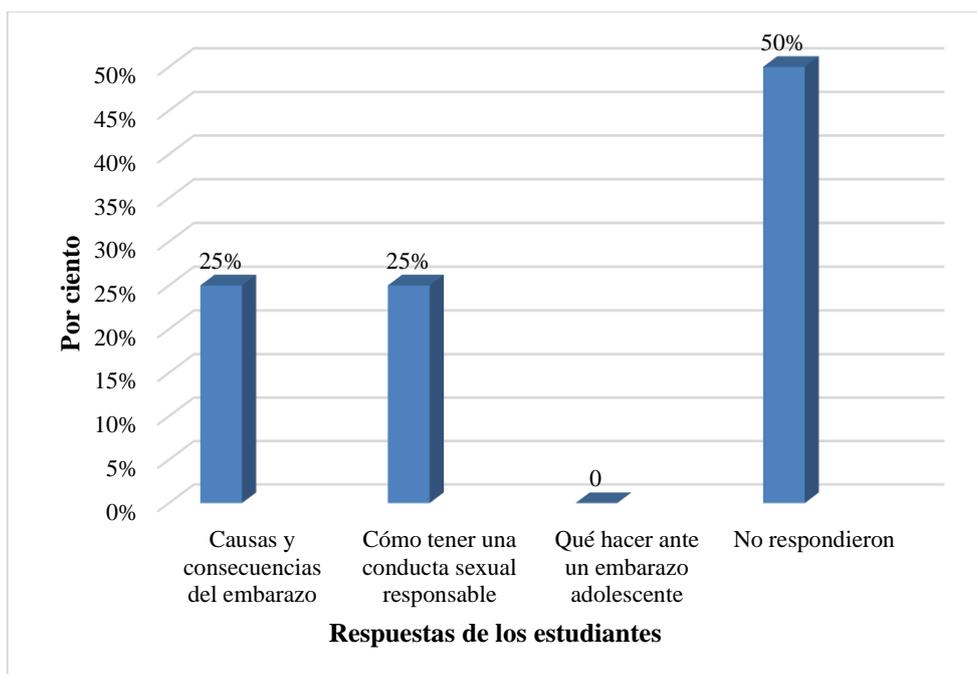
El hecho de que los alumnos desconozcan o solo comprendan de forma parcial el término Sexualidad, y sus componentes biológico, social, cultural e histórico, es señal también de la mínima discusión que han tenido con esta categoría en su contexto familiar, escolar y social. De ahí que, teniendo en cuenta además los estudios anteriormente señalados sobre las carencias pedagógicas para asumir la enseñanza respecto a estos temas, en la presente estrategia se propone, en primer lugar, capacitar a los docentes que directamente interactúan con los jóvenes, para a continuación llevar a cabo actividades que involucren al adolescente, la familia, la escuela y la comunidad, con la especial participación de los especialistas del subcentro de salud, que tienen como ventaja el conocimiento sobre estas temáticas.

**Pregunta 2:** ¿Qué temas han abordado en el colegio sobre sexualidad?

- Causas y consecuencia del embarazo en la adolescencia.
- Cómo tener una conducta sexual responsable y segura.
- Qué hacer ante un embarazo.

Respecto a la pregunta de *qué temas se han abordado en el colegio sobre sexualidad*, solo 10 alumnos de los 20 encuestados respondieron a esta pregunta. De los diez que respondieron, cinco dijeron que las causas y consecuencia del embarazo en la adolescencia es el tema más planteado en el colegio, y el resto, cinco estudiantes, expresaron que en la escuela se aconseja tener una conducta sexual responsable y protegida. De ello se entiende que aún en el centro escolar no se llega a toda la población adolescente, y cuando se hace, no se utilizan las mejores herramientas metodológicas para tratar estas temáticas y mucho menos se exponen los contenidos necesarios mediante los cuales los jóvenes adolescentes pueden enfrentar los retos de la sexualidad.

**Gráfico 21: Temas sobre el embarazo que se tratan en la escuela**



Fuente: Encuesta de diagnóstico preliminar  
Elaborado por: Pamela Olalla

## Conclusión

Hasta el momento la escuela no ha creado las oportunidades para que el alumno se interese por conocer acerca de los temas de sexualidad y salud sexual y reproductiva. Sin embargo, esta es la institución donde mayor parte del tiempo pasa el adolescente, en ocasiones, más que en el hogar. Por ello la presente propuesta de estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia propone implementar las actividades principales en los centros escolares, pues es allí el punto donde pueden confluir, en igualdad de condiciones, los adolescentes, la familia, y los factores de la sociedad como los subcentros de salud; y donde mejor se pueden controlar dichas actividades.

Estas respuestas también indican las carencias que tiene el estudiante respecto a los temas de la sexualidad, como se ha señalado durante todo el proceso de investigación, en los cuales se propone profundizar mediante las actividades que se adopten como parte de la estrategia de prevención del embarazo en la adolescencia.

**Pregunta 3:** ¿Cómo les gustaría que se trataran los temas sobre sexualidad y el embarazo adolescente?

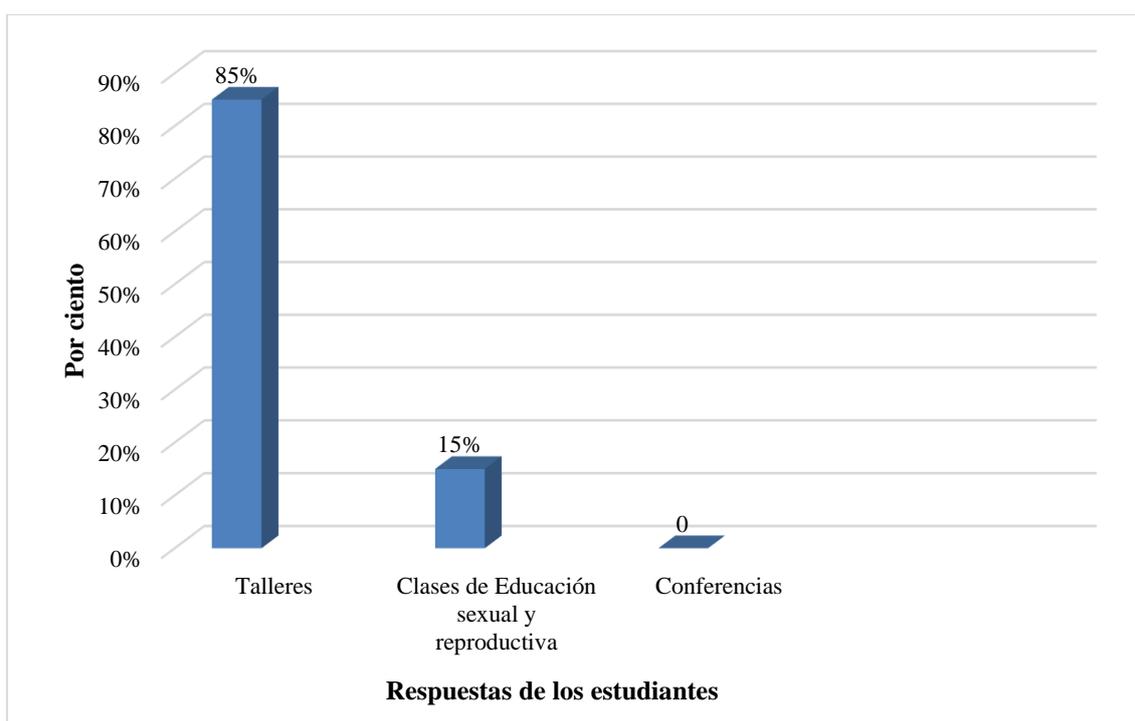
\_\_En las clases de Educación sexual y reproductiva

\_\_En conferencias impartidas por maestros y especialistas sanitarios.

\_\_En talleres de maestros y especialistas sanitarios pero en los que puedan participar los adolescentes haciendo preguntas y comentando.

En respuesta a la pregunta de *cómo les gustaría que se tratasen los temas sobre sexualidad y el embarazo adolescente*, 17 alumnos prefieren conocer de ese asunto por intermedio de los talleres, a diferencia de otros tres estudiantes que eligen que se le impartan los contenidos como tradicionalmente se realiza en las clases de Educación sexual y reproductiva.

**Gráfico 22: Cómo les gustaría que se tratasen los temas sobre sexualidad y el embarazo adolescente**



Fuente: Encuesta de diagnóstico preliminar

Elaborado por: Pamela Olalla

### Conclusión

Los resultados de esta pregunta permite validar los primeros objetivos y líneas de acción que se plantea la presente estrategia: estudiar el contexto individual, familiar y social en el que se encuentra insertado el adolescente, para posteriormente conocer sus opiniones respecto a los temas de sexualidad, pues solo conociendo los gustos de estos jóvenes se podrá actuar sobre sus necesidades.

Respetando las respuestas de los estudiantes, la presente propuesta de estrategia de prevención del embarazo en la adolescencia propone como principal método educativo de trabajo la práctica de los talleres, pues casi siempre para realizar estos, la directiva de la escuela busca espacios fuera del aula y promueve iniciativas dentro de estos, en los cuales los jóvenes se sienten más libres para opinar o preguntar acerca de sus inquietudes.

También se propone utilizar métodos más dinámicos mediante los cuales el alumno preste atención a los contenidos que se le brindan. Asimismo el taller propicia la visita a centros especializados en

consultas de sexología, lo cual incentiva la curiosidad del joven en el intercambio directo con los especialistas en el tema.

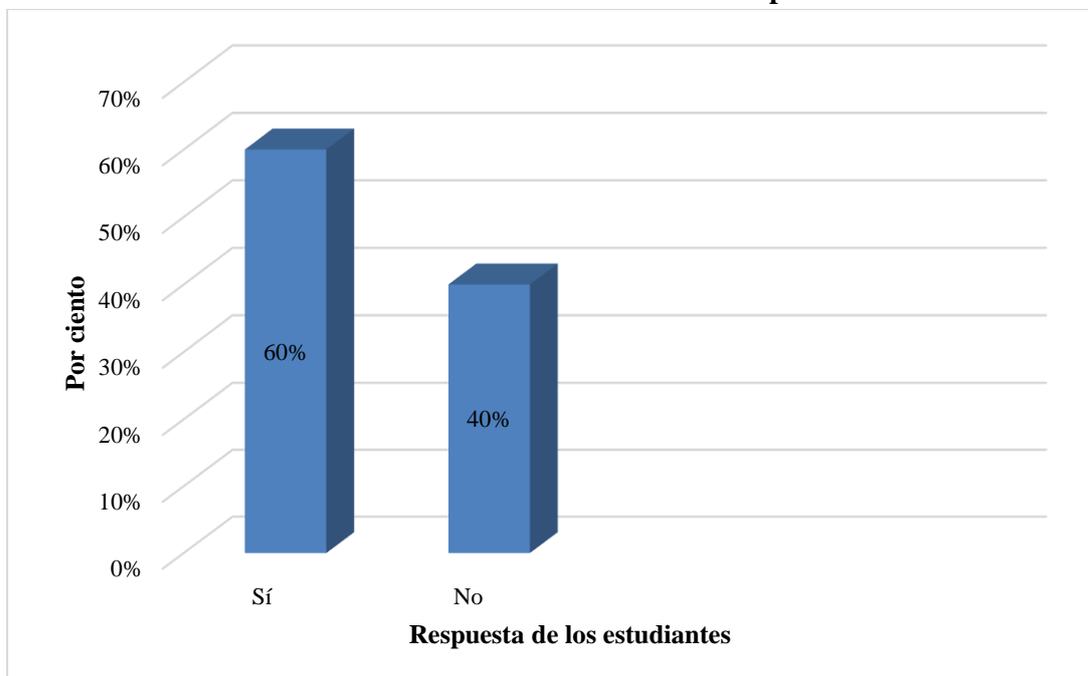
En otros estudios se ha demostrado cómo a partir de los talleres, en intercambio con las familias y los maestros, el adolescente mejora su comunicación con ambas instituciones, lo cual podría influir positivamente en un cambio de comportamiento.

**Pregunta 4:** ¿Las adolescentes tienen las condiciones físicas para quedar embarazadas?

Sí                       No

A la pregunta de *si las adolescentes tienen las condiciones físicas para quedar embarazadas*, la mayoría, es decir 12 de los muchachos concordaron en que sí se puede, mientras el otro grupo (8 alumnos) comprendía que No, esto porque en torno a la sexualidad se generan mitos, como el hecho de que hasta que no se es adulto no se puede salir embarazada.

**Gráfico 23: Presentan las adolescentes condiciones físicas para salir embarazadas**



Fuente: Encuesta de diagnóstico preliminar  
Elaborado por: Pamela Olalla

### Conclusión

Aún existen adolescentes que desconocen que desde que la joven tiene la primera experiencia menstrual y practica relaciones sexuales con el sexo opuesto, existen grandes posibilidades de quedar embarazada. Por lo que uno de los principales temas que se propone impartir durante los talleres de la presente estrategia, son las condiciones físicas, psicológicas y económicas que deben poseer las personas para gestar un embarazo, con lo cual la estrategia se propone indicar al adolescente cuál es la mejor edad, y bajo qué circunstancias, procrear.

**Pregunta 5:** Identifica la principal causa que produce el embarazo en la adolescencia

No usar métodos anticonceptivos como el condón durante las relaciones sexuales.

No haber recibido orientación sobre el tema del embarazo.

Tener relaciones sin consentimiento del joven.

En cuanto a las repuestas a la pregunta de *cuáles son las causas del embarazo en la adolescencia*, la mayoría de los jóvenes, 15 en total, respondieron que el embarazo está dado por no haber recibido orientación sobre este tema alguna vez en la vida, tres respondieron que sucede cuando no se usan métodos anticonceptivos como el condón, y dos lo relacionan a hechos de violencia. De esto se puede interpretar dos cosas, en primer lugar, la idea que tiene el estudiante de que al recibir información y orientación respecto al embarazo en la adolescencia, existen menos posibilidades de quedar embarazadas a temprana edad, precisamente por el hecho de que el uso de métodos anticonceptivos evita este fenómeno; sin embargo, de las repuestas a esta pregunta se puede inferir además que pocos jóvenes reconocen el uso de métodos anticonceptivos como principal vía para evitar el embarazo.

**Gráfico 24: Causas que producen el embarazo en la adolescencia**



Fuente: Encuesta de diagnóstico preliminar

Elaborado por: Pamela Olalla

## Conclusión

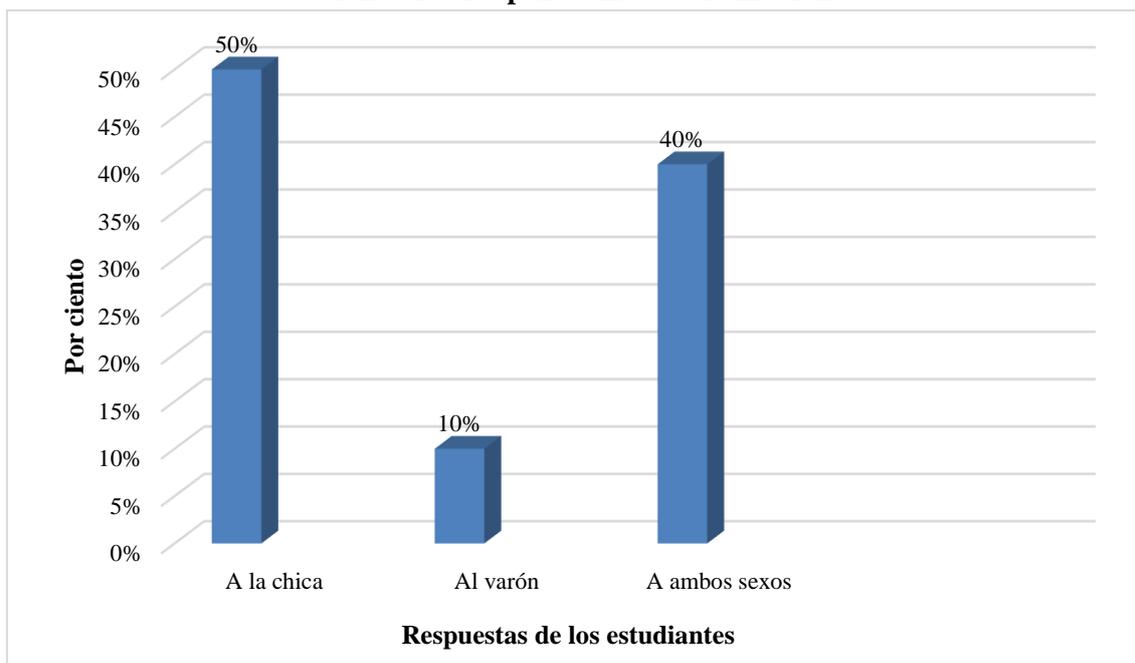
De acuerdo con los resultados de esta pregunta, la presente estrategia de prevención del embarazo en la adolescencia propone entre otras de las temáticas a tratar durante los talleres: dejar esclarecidos las causas del embarazo adolescente, con lo cual el joven comenzaría a pensar cómo evitar esos factores de riesgo que pueden determinarlo.

### Pregunta 6: ¿A quién atribuyes la responsabilidad del embarazo?

a la chica       al varón       a los dos sexos

En respuesta a la pregunta *A quién atribuyen estos jóvenes la responsabilidad del embarazo: a la chica, al varón o a los dos sexos*, 10 muchachos respondieron que a la chica, 8 alumnos lo atribuyeron a los dos sexos, mientras que dos alumnas marcaron la respuesta de varón. Ello patentiza el fenómeno de la desigualdad de género, que entre otras consecuencias, genera que se catalogue a la mujer como el sexo débil, culpable de los errores que se cometen al interior de la pareja y por ende, la hace víctima de discriminación, marginación, explotación, sobre todo cuando se habla de relaciones sexuales.

**Gráfico 25: Responsabilidad del embarazo**



Fuente: Encuesta de diagnóstico preliminar

Elaborado por: Pamela Olalla

### **Conclusión**

Teniendo en cuenta estas respuestas, dentro de los temas a tratar en la siguiente estrategia también se incluye la igualdad de género como derecho y reto de la humanidad.

**Pregunta 7:** ¿Qué métodos anticonceptivos se conocen?

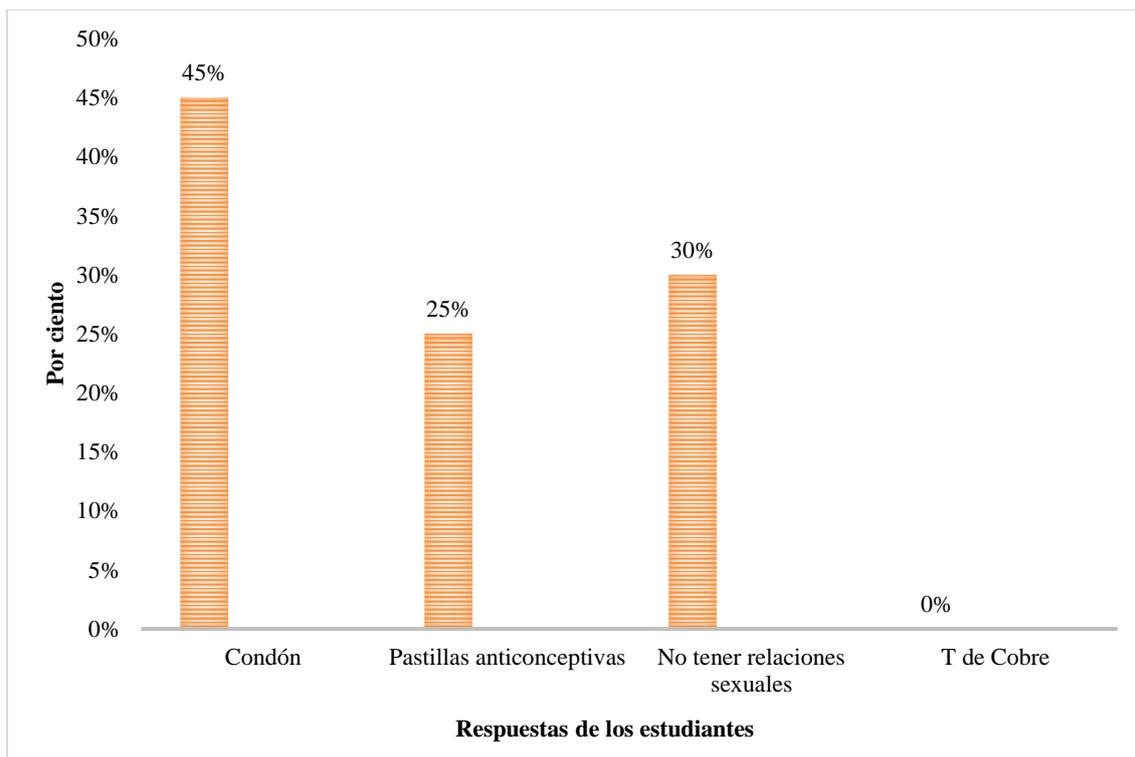
Condón

T de Cobre

Pastillas anticonceptivas  No tener relaciones sexuales

Respecto a la pregunta de *qué métodos anticonceptivos se conocen*, la mayoría de los encuestados, 9 alumnos, asumen al condón como principal método para evitar el embarazo, 5 estudiantes marcaron las pastillas anticonceptivas como la vía para evitar que la adolescente se embarace, otros 6 alumnos expresaron que no tener relaciones sexuales es la única manera de evitar el embarazo. Ninguno de los jóvenes supo identificar a la T de Cobre como un método anticonceptivo, lo cual evidencia, en primer lugar, que aún los alumnos del colegio demoran en identificar la amplia gama de métodos anticonceptivos que en la actualidad existen, y por otro lado, la creencia que existe en una parte de la sociedad adolescente, sobre todo la vinculada a centros católicos, de que si se tienen relaciones sexuales necesariamente se sale embarazada.

**Gráfico 26: Métodos anticonceptivos conocidos por los adolescentes**



Fuente: Encuesta de diagnóstico preliminar

Elaborado por: Pamela Olalla

## Conclusión

Teniendo en cuenta tales respuestas, la presente estrategia de prevención de embarazo en la adolescencia propone dedicar más de una sesión de talleres al tema del uso de métodos anticonceptivos, esto de manera teórica y también práctica.

**Pregunta 8:** ¿Por qué vías has recibido información sobre el uso de métodos anticonceptivos?

con la familia

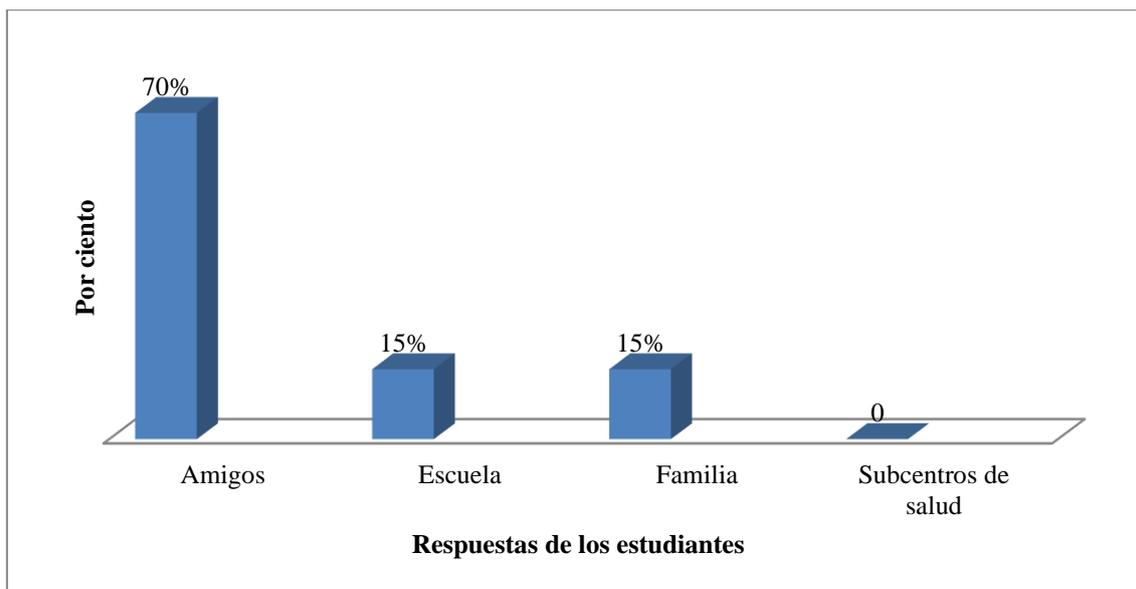
con amigos

en el colegio

en el centro de salud

En cuanto a la pregunta *Por cuáles vías los adolescentes reciben información sobre el uso de anticonceptivos*, la mayoría de los estudiantes del centro educativo, o sea 14 estudiantes, respondieron que de los amigos es de donde más reciben orientación sobre el uso de anticonceptivos, tres mencionaron a la escuela como promotora de la actividad sexual protegida, y otros tres han recibido orientación desde el interior de la familia, ninguno recibió información del Subcentro de salud; lo cual demuestra, en primer lugar, la influencia que en la edad de la adolescencia tienen el grupo de amigos a la hora de conducirse en la vida y en segundo lugar, el poco impacto dejado por las políticas públicas que han pretendido intervenir en la población para un cambio en la conducta sexual.

## Gráfico 27: Vías de información sobre el uso de métodos anticonceptivos



Fuente: Encuesta de diagnóstico preliminar  
Elaborado por: Pamela Olalla

### Conclusión

Estas respuestas hacen a la presente estrategia de prevención del embarazo en la adolescencia proponer apoyarse en todo momento en la familia, el colegio y el subcentro de salud, para evitar la influencia de los criterios ingenuos e inmaduros que aporta el grupo de amigos en la comunidad adolescente, sobre el uso de métodos anticonceptivos pero también sobre otros temas de la Sexualidad.

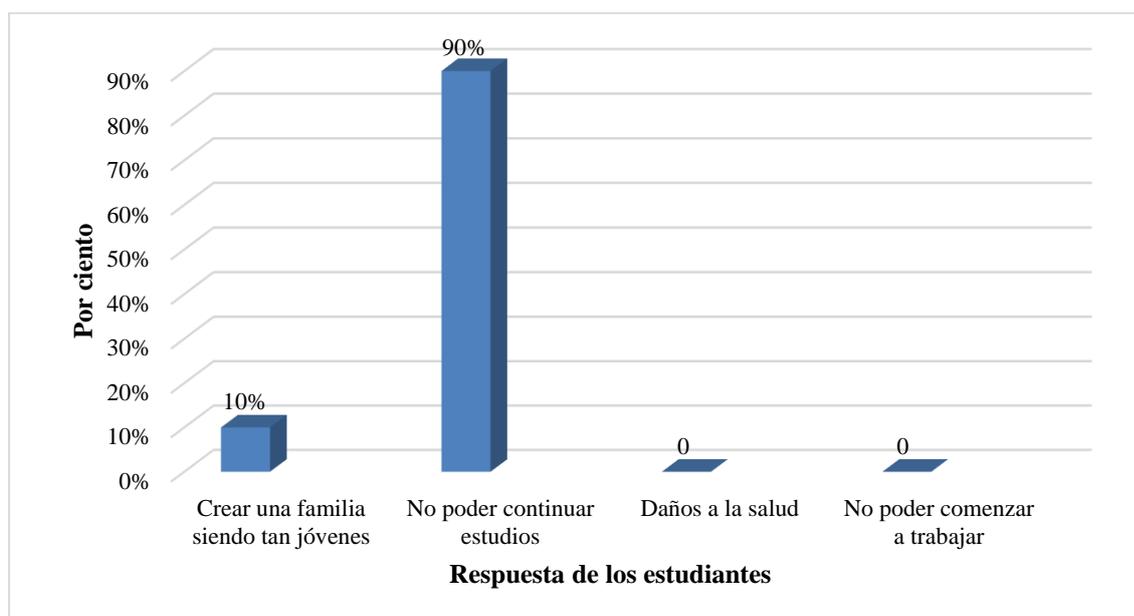
Se propone además incluir en la estrategia actividades comunicativas entre los adolescentes, con su familia, los docentes y los especialistas sanitarios, con los cuales comparta inquietudes. Generar el debate redundante en educar a los jóvenes en pos de una salud sexual y reproductiva responsable y segura.

**Pregunta 9:** ¿Cuáles son las consecuencias negativas del embarazo en la adolescencia?

- Daños a la salud
- Crear una familia siendo muy joven
- No poder continuar los estudios.
- No poder comenzar a trabajar (sobre todo en el caso de las mujeres)

Al responder a la pregunta de *cuáles son las consecuencias negativas del embarazo en la adolescencia*, 18 alumnos respondieron la tercera opción, o sea, su preocupación o miedo de no poder continuar los estudios, y solo dos señalaron su inquietud a la hora de crear una familia siendo muy jóvenes. Ello constata cómo los estudiantes adolescentes rara vez se preocupan por su futuro laboral, es decir, por no poder comenzar a trabajar. Asimismo relacionan el hecho de quedar embarazadas con el de no poder continuar estudios, como en efecto ocurre en el país, según los resultados de la presente indagación; y por otro lado, el hecho de que muy pocas veces los adolescentes se angustian ante el reto de comenzar una familia a temprana edad, pues el matrimonio precoz en Ecuador sigue siendo un fenómeno visto como natural. De las respuestas se infiere la escasa percepción del riesgo de lo que significa gestar un embarazo en la adolescencia para la salud de la madre y del niño, pues no es hasta después de los 20 años en que el organismo de la mujer está preparado para un embarazo sin riesgos para la vida.

**Gráfico 28: Consecuencias negativas del embarazo en la adolescencia**



Fuente: Encuesta de diagnóstico preliminar  
Elaborado por: Pamela Olalla

### **Conclusión**

Precisamente el desconocimiento de las consecuencias que trae consigo el embarazo en la adolescencia, desde el punto de vista social y económico, determina que exista baja percepción del peligro mientras se realizan relaciones sexuales, por lo que se convierte en uno de los factores que tributa a la alta incidencia del fenómeno en Ecuador.

Por ello, resulta imprescindible que esta estrategia de prevención del embarazo en la adolescencia, se proponga tratar entre los temas de los talleres las consecuencias que genera un embarazo, y en caso de que suceda, cómo enfrentar la situación, para evitar los daños en la salud de la madre y del niño.

Asimismo se propone promover la continuación de estudios de los adolescentes, o en caso de que este lo prefiera, viabilizar oportunidades laborales, desde los propios centros en los que se encuentran estudiando, pues como se ha demostrado durante el transcurso de la investigación, la permanencia del adolescente en centros escolares o de trabajo los motiva a planificar su vida con mayor responsabilidad y madurez, donde casi nunca un embarazo está incluido.

### **Conclusiones generales del diagnóstico**

Luego de aplicado el cuestionario de diagnóstico preliminar se puede concluir que los estudiantes del colegio presentan escasos o muy parciales conocimientos sobre las causas y consecuencias sociales y económicas que trae aparejado el embarazo adolescente, es decir, no existe la percepción de un fenómeno que les acecha en su propio contexto, lo cual demuestra una vez más el precario efecto de las estrategias de prevención del embarazo en la adolescencia que ha implementado el gobierno ecuatoriano, así como las campañas de propaganda al respecto.

La realidad detectada luego de la validación metodológica de la encuesta conduce a la necesidad de determinar cuáles son en Ecuador las consecuencias sociales y económicas que trae aparejado el embarazo adolescente, para con esa evaluación proponer la implementación de una efectiva estrategia de prevención del embarazo en la adolescencia, centrada en la educación sexual y reproductiva, con la

complicidad de familiares, maestros y especialistas sanitarios, con el objetivo principal de mitigar las secuelas en los adolescentes de un embarazo.

Asimismo, se incluirán otras líneas de acción determinadas por los resultados que anteriormente a este diagnóstico preliminar se han expuesto en el informe de la presente investigación.

**Tabla 15: Planeación de la estrategia**

| Objetivos  | Líneas de acción  | Ejecutores  |
|--|---|---|
| <p>Diagnosticar la situación que presentan los adolescentes que cursan estudios en centros de educación general básica y el bachillerato de cada comunidad en relación a su salud sexual y reproductiva.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inquirir sobre las edades en que generalmente las y los adolescentes que estudian en los centros de educación general básica y el bachillerato de cada localidad inician la práctica de las relaciones sexuales.</li> <li>• Investigar sobre el índice de casamientos tempranos que ocurren en cada parroquia.</li> <li>• Conocer el comportamiento de los embarazos en la adolescencia de cada parroquia.</li> <li>• Conocer el acceso de las y los adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva, así como a la información y la educación.</li> <li>• Indagar por el contexto familiar y social en el que se desenvuelven las y los adolescentes.</li> <li>• Realizar un diagnóstico psicológico de cada estudiante, haya estado, o no, relacionado con el embarazo en la adolescencia, con el objetivo de valorar las condiciones emocionales que experimenta: autoestima, percepción del fenómeno, sentido de la responsabilidad.</li> <li>• Determinar si existen víctimas de violaciones en los centros educativos.</li> <li>• Definir los nombre y apellidos de aquellos adolescentes que se incluyen en el grupo de los de mayor vulnerabilidad de quedar embarazadas:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Adolescentes que ya han estado embarazadas;</li> <li>b. Adolescentes de ambos sexos con padres o hermanos que fueron padres adolescentes;</li> <li>c. Adolescentes que viven en hogares temporales, refugios;</li> <li>d. Adolescentes que viven en la calle, que no estudian ni trabajan;</li> <li>e. Adolescentes sexoservidores;</li> <li>f. Adolescentes que sufren de violencia.</li> </ol> </li> </ul> | <p>Ministerio de Salud Pública a través de los centros públicos insertados en la comunidad y en los que sea viable un acercamiento a los centros de educación general básica y el bachillerato.</p> |
| <p>Identificar las opiniones de los</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar un cuestionario a las y los adolescentes que cursan estudios en</li> </ul>   | <p>Ministerio de Salud Pública a través de los centros públicos</p>   |

|   |  |   |
|---|--|---|
| <p>adolescentes con relación al embarazo y sus complicaciones.</p>  | <p>centros de la educación general básica y el bachillerato.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La encuesta pretende conocer qué entiende el adolescente por sexualidad; qué es importante para evitar el embarazo; a quién atribuyen estos jóvenes la responsabilidad del embarazo: a la chica, al varón o a los dos sexos; qué causas producen el embarazo; qué métodos anticonceptivos conocen; en qué lugar han recibido información sobre el uso de métodos anticonceptivos: en la familia, en el colegio, en el centro de salud; qué temas han tratado en su colegio sobre sexualidad; cómo y qué temas les gustaría que se tratasen sobre sexualidad y embarazo adolescente.</li> <li>• Luego de diagnosticadas las debilidades cognitivas que persisten en las y los adolescentes sobre el tema de su salud sexual y reproductiva, en un segundo momento los resultados de este cuestionario se socializarán con los rectores y docentes de los centros de educación general básica y el bachillerato.</li> </ul>  | <p>insertados en la comunidad y en los que sea viable un acercamiento a los centros de educación general básica y el bachillerato.</p>  |
| <p>Aplicar la estrategia de promoción de salud y educación sexual para la prevención del embarazo adolescente en centros de educación general básica y el bachillerato, con participación de los docentes y familiares, y otros factores de la comunidad.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Los docentes y rectores de los centros de Educación General Básica y los Bachilleratos transitarán por un proceso de capacitación respecto a la metodología a utilizar para la enseñanza a sus estudiantes acerca de los temas de la sexualidad.</li> <li>➤ Se elaborará y aplicarán un programa de actividades durante el curso escolar con el objetivo de trabajar en las debilidades cognitivas que presentan las y los adolescentes, y sus familiares sobre el tema de su salud sexual y reproductiva.</li> <li>➤ Los principales protagonistas son los adolescentes de ambos sexos, pero deberán participar la familia y factores de la comunidad parroquial que la escuela y los especialistas de salud crean pertinente invitar.</li> <li>➤ Las actividades se deberán ejecutar con preferencia en la escuela o en el centro de salud más cercano a esta.</li> <li>➤ Método educativo de trabajo: los talleres, también se pueden emplear otras actividades de participación, grupos de debate, experimentación de situaciones de la vida real.</li> <li>➤ Medios de enseñanza y aprendizaje: Se proyectarán videos, documentales y</li> </ul> | <p>Ministerio de Salud Pública a través de los centros públicos insertados en la comunidad y en los que sea viable un acercamiento a los centros de educación general básica y el bachillerato. Ministerio de Educación a través de los docentes y rectores de los centros de educación general básica y el bachillerato.</p> |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  | <p>filmes relacionados con el tema, se facilitará el acceso a libros de ciencia o literatura que traten sobre la sexualidad segura, se compartirán plegables y otras herramientas publicitarias del programa de educación y promoción para la salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Las actividades deben realizarse por temas, teniendo en cuenta los objetivos de cada jornada.</li> <li>➤ Temas dirigidos a los adolescentes:       <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Causas, riesgos y complicaciones del embarazo en la adolescencia.</li> <li>2. Cómo tener una conducta sexual responsable y segura.</li> <li>3. Transformaciones físicas y mentales durante el tránsito de la niñez a la adolescencia que conlleva a una conducta sexual activa.</li> <li>4. Qué condiciones y actitudes establecer ante un embarazo en la adolescencia.</li> <li>5. Comunicación de los adolescentes con la familia y la escuela, y con los especialistas sanitarios para recibir información y orientaciones.</li> <li>6. Igualdad de género y diversidad sexual.</li> </ol> </li> <li>➤ En las actividades no podrán faltar la orientación sobre el uso adecuado de los métodos anticonceptivos.</li> <li>➤ Culminar cada encuentro con las acciones que elijan los participantes.</li> <li>➤ La evaluación de cada encuentro debe realizarse con técnicas participativas grupales en los que se propicie el debate y comunicación de los adolescentes entre sí, con la familia y la escuela.</li> <li>➤ Luego de los talleres resulta imprescindible reforzar las vías para la consejería en la escuela y en el centro de salud.</li> <li>➤ Los padres, por su parte, deberán hablar con sus hijos sobre el tema de la sexualidad y sus implicaciones en la salud, y asimismo exigir que en el centro escolar se traten también esos asuntos.</li> <li>➤ Responder a las preguntas de los hijos sin reservas ni prejuicios, teniendo en cuenta las vivencias de la vida sexual propia.</li> <li>➤ Conocer cómo emplea el tiempo los hijos, con quiénes se reúne, que actividades les gusta realizar, qué lugares frecuenta, qué medios tecnológicos y sitios de Internet utiliza para comunicarse, etc.</li> </ul> |  |
|--|--|--|

|   |   |  |
|---|---|--|
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Para ayudar a lo anteriormente previsto, independientemente de las actividades desarrolladas de conjunto con los adolescentes, se crearán Escuelas para padres en cada centro educativo.</li> <li>➤ Temas dirigidos a los familiares: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comunicación con los adolescentes.</li> <li>2. La formación integral de la personalidad de los adolescentes en casa.</li> <li>3. Preparación para responder a los cuestionamientos que hacen los jóvenes sobre sexualidad.</li> <li>4. El embarazo en la adolescencia, sus causas y consecuencias para la salud.</li> <li>5. Orientación vocacional y laboral de los padres a sus hijos.</li> <li>6. Qué postura adoptar ante el embarazo en la adolescencia en casa.</li> </ol> </li> <li>➤ Realizar intercambios con padres de adolescentes embarazadas, para conocer qué significa transitar por esa experiencia y cómo prevenirla.</li> <li>➤ Realizar ejercicios de comunicación con los hijos y socializar las experiencias en el aula.</li> </ul> |  |
| <p>Contribuir al desarrollo humano y ampliar las oportunidades laborales y educativas de las y los adolescentes en Ecuador.</p> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Asegurar desde la escuela que las y los adolescentes finalicen cada curso escolar y continúen estudios o inicien su vida laboral. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indagar sobre las causas del abandono escolar de adolescentes, para idear estrategias que eviten la deserción escolar.</li> <li>• Disponer de becas para adolescentes hasta el nivel medio superior, con la finalidad de evitar la deserción escolar, aumentando la reinserción y permanencia en los estudios.</li> <li>• Facilitar modalidades educativas para el cumplimiento de la obligatoriedad escolar en comunidades rurales.</li> <li>• Llevar a cabo programas escolares y comunitarios de orientación vocacional para sustentar proyectos de vida para las y los adolescentes en educación básica y media superior.</li> <li>• Implementar acciones para ayudar académicamente a estudiantes con bajo rendimiento escolar en los centros de educación básica secundaria y el</li> </ul> </li> </ol>  | <p>Ministerio de Educación a través de los docentes y rectores de los centros de educación general básica y el bachillerato. Ministerio de Educación a través de los docentes y rectores de los centros de educación general básica y el bachillerato.</p> |

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | <p>bachillerato, a fin de evitar el retraso y el abandono escolar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exigir a los docentes y tutores de las escuelas el apoyo a las y los estudiantes en la solución de los problemas que obstaculicen su transición de secundaria a bachillerato, y del bachillerato a la educación superior.</li> <li>• Aplicar disposiciones para garantizar la retención o reincorporación escolar de las madres adolescentes y estudiantes embarazadas, en un ambiente de no discriminación en secundaria y nivel medio superior.</li> </ul> <p>2. Generar oportunidades laborales para la población adolescente acorde a su edad y en el marco legislativo preestablecido.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Posibilitar la dualidad de ocupación en estudio y trabajo.</li> <li>• Generar mecanismos de relación entre el sector productivo y el educativo para la creación del empleo juvenil.</li> <li>• Impulsar proyectos laborales con oportunidades para la población de 18 años o más, con énfasis en adolescentes embarazadas o con hijos.</li> <li>• Promover programas de voluntariado y servicio social que incluyan retribuciones económicas para las y los adolescentes.</li> </ul> |  |
|--|---|--|

Fuente: Pamela Olalla

Elaborado por: Pamela Olalla

## Ejecutores de la estrategia

### Ministerio de Salud

El equipo de salud del subcentro más cercano a la parroquia resulta el adecuado para rectorar la presente estrategia, en tanto el embarazo en la adolescencia es visto fundamentalmente como un problema de salud pues trae consigo el riesgo para la continuidad de la vida, así que son las instituciones de salud las que dominan las causas de tal efecto, así como las debilidades que ha presentado el sistema sanitario para contrarrestar este fenómeno; de ahí que el sector tenga en sus manos las herramientas para dirigir las acciones; cuenta con el recurso humano (psicólogos, médicos, obstetras) con el conocimiento adecuado para desarrollar las actividades, así mismo el equipamiento e insumos que le son suministrados a sus instituciones deberán estar a disposición de acercar los servicios de orientación y atención a las y los adolescentes del Ecuador.

### Ministerio de Educación

Las escuelas, a partir del accionar de superación de los docentes, desarrollarán las acciones de acuerdo con las competencias y responsabilidades que se le atribuye, pero esta vez, teniendo en cuenta las necesidades educativas de la población que les rodea. La escuela es el mejor escenario para materializar la puesta en práctica de la propuesta, ya que esta institución moviliza los tres factores: adolescentes, educadores y familia. La elaboración de un material docente que facilite la preparación de los profesores

en torno al tema estaría entre las sugerencias, y también hacer sistemáticas las acciones de promoción y prevención de salud.

## Propuesta de evaluación

La evaluación se hará en forma sistemática a partir de la participación y ejecución de tareas individuales y colectivas en las actividades (talleres, paneles, mesas redondas, grupos de debate). Se aplicarán otras técnicas como la encuesta y las entrevistas en profundidad, que faciliten al especialista de la salud comunitaria identificar las fortalezas y debilidades en las escuelas, las y los adolescentes y sus familias, durante la implementación de la estrategia.

El proceso de evaluación se debe realizar a nivel del subcentro de Salud por la dirección de asistencia médica, de forma periódica y sistemática. Para su ejecución primeramente se determinarán los indicadores a medir, evaluar y comparar después de implementada la estrategia, de acuerdo a la situación actual de la incidencia del embarazo en la adolescencia de cada área de salud.

## Indicadores de Estructura y de Proceso de implementación de la estrategia

### Indicadores de Estructura.

**Tabla 16: Indicadores de la estructura**

|   |   |
|---|---|
| Cobertura para la implementación.           | <ul style="list-style-type: none"> <li>Número de subcentros de la salud, y otras instituciones de salud con las acciones realizadas.</li> <li>Número de escuelas con las acciones realizadas.</li> <li>Número de los centros de producción vinculados a las actividades de vocación de los colegios.</li> </ul> |
| Cobertura de la consulta multidisciplinaria | <ul style="list-style-type: none"> <li>Existencia de una consulta multidisciplinaria en el subcentro de salud para atender a los adolescentes.</li> </ul>   |
| Capacitación                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>Número de adolescentes, familias, profesores y otros factores de la comunidad que participan en las actividades.</li> <li>Número y tipo de actividades de capacitación realizadas.</li> </ul>  |
| Control y seguimiento                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Consultas, encuestas y entrevistas realizadas a los adolescentes y sus familiares.</li> </ul>  |

Fuente: Pamela Olalla

Elaborado por: Pamela Olalla

### Indicadores de Impacto.

- Número de nuevas adolescentes con riesgo de quedar embarazadas.
- Número de adolescentes que emplean anticonceptivos antes y después de implementada la estrategia.
- Adolescentes no embarazadas antes y después de implementada la estrategia.

- Adolescentes embarazadas antes y después de implementada la estrategia

## **Conclusiones**

Luego de diagnosticada la incidencia de las estrategias de prevención en la mitigación de las consecuencias del embarazo adolescente en Ecuador, se elaboró una estrategia que se centra en la educación sexual esencialmente, tomando en consideración, los resultados del estudio econométrico.

La propuesta es clara y oportuna en su definición, no obstante, se requiere de una investigación para conocer el impacto que alcanza este programa en los conocimientos de los jóvenes y sobre todo en la modificación de sus actitudes ante su sexualidad.

La estrategia se aplicará en un breve plazo de tiempo, solo durante un curso escolar, de forma tal que se puedan evaluar los resultados alcanzados y el impacto en la transformación del carácter del estudiantado, y así poder rectificar errores respecto a las líneas de acción implementadas y actividades desarrolladas en cada centro educativo.

El vínculo escuela, familia y subcentro de salud deberá permanecer intacto luego de implementada la estrategia, de modo que se institucionalicen las acciones y poder incidir en las próximas generaciones de adolescentes que arriben a la Educación General Básica y el Bachillerato, en caso de que la Educación Sexual sea aún una asignatura pendiente en los centros de donde provienen.

## *Conclusiones*

Las carencias que en el sector de la salud y la educación sufren los adolescentes, se encuentran entre las principales causas del embarazo en la adolescencia en el Ecuador, el cual durante el marco temporal del actual estudio aumentó en los primeros años y luego disminuyó discretamente, por lo tanto continuó representando un problema de salud para el país

La pobreza, discriminación y marginalidad resultan fenómenos directamente proporcionales a la población adolescente que experimenta el embarazo. También se comprobó que presentan menores oportunidades educativas y laborales.

El Plan Nacional de Prevención del Embarazo en la Adolescencia instauró un precedente en el impulso de políticas públicas dirigidas a resolver el problema del embarazo en la adolescencia en tanto propuso el debate y participación de todos los sectores en el intento de disminuir la incidencia de esta problemática.

La Estrategia Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo Adolescente, (ENIPLA), logró comprometer a las instituciones sociales para iniciar un proceso de transformación de patrones socio - culturales y conductas respecto a la sexualidad y la reproducción.

El incremento de los costos ha provocado un incremento de los Presupuestos, los Gastos Públicos, así como afectaciones al Producto Interno Bruto en los años analizados, debido al incremento de los costos por los programas y estrategias implementados para que disminuya el embarazo en la adolescencia.

Luego de diagnosticado la incidencia de las estrategias de prevención en la mitigación de las consecuencias del embarazo adolescente se propone implementar una estrategia que se centre en la educación sexual y reproductiva esencialmente, tomando en consideración además, los resultados del estudio econométrico.

La estrategia se aplicará en un breve plazo de tiempo, solo durante un curso escolar, de forma tal que se pueda evaluar los resultados alcanzados y el impacto en la transformación del carácter del estudiantado, y así poder rectificar errores respecto a las líneas de acción implementadas y actividades desarrolladas en cada centro educativo.

El vínculo escuela, familia, subcentro de salud deberá permanecer intacto luego de implementada la estrategia de modo que se institucionalicen las acciones y poder incidir en las próximas generaciones de adolescentes que arriben a la Educación General Básica y el Bachillerato, en caso de que la Educación Sexual sea aún una asignatura pendiente en los centros de donde provienen.

De manera general, la incidencia de la estrategia de prevención del embarazo adolescente en Ecuador solo ha proporcionado de escasos recursos cognitivos a los adolescentes acerca de ese fenómeno, como es el conocimientos de sus derechos sexuales y reproductivos; pero no ha logrado transformar la conducta sexual de este grupo etario, ni proveerlos de una actitud responsable y segura ante el acto sexual, y mucho menos afianzar la percepción del peligro de los jóvenes respecto a los riesgos que suponen las relaciones sexuales desprotegidas. Tampoco resultan notorios los cambios en las condiciones sociales y económicas en los que se engulle la juventud adolescente y que repercuten en su comportamiento sexual; sobre todo en el escenario escolar y de las instituciones sanitarias, que no proporcionan las vías de acercamiento al joven para ayudar en la toma de decisiones correctas sobre su cuerpo y su sexualidad.

Los programas de prevención del embarazo en la adolescencia han supuesto gastos exorbitantes para el país, sin tener en cuenta los fundamentos de la economía para la salud, que hace corresponder el costo con beneficios como la calidad de vida, para evitar las enfermedades y las muertes. Esta desproporcionalidad entre lo planificado y lo logrado requiere de una propuesta de estrategia ajustada a las condiciones actuales de la sociedad ecuatoriana, que redunde en menores gastos y mayores efectos para la salud del adolescente, del cual, a su vez, se alimenta el capital humano que proporciona riquezas a un país.

## ***Recomendaciones***

Implementar la estrategia para prevenir el embarazo adolescente que propone la presente disertación, que se centre en la educación sexual y reproductiva esencialmente, tomando en consideración un diagnóstico actualizado de la comunidad adolescente y los resultados del estudio econométrico más reciente.

Luego de aplicada dicha estrategia se requiere de un estudio que determine el impacto alcanzado en la modificación de las conductas de adolescentes, familias y escuelas respecto a una sexualidad responsable, y en caso de que se detecten debilidades en la comunidad de jóvenes aplicar nuevas estrategias teniendo en cuenta los resultados de la primera.

Incentivar nuevas políticas públicas que reproduzcan nexos y convenios entre las instituciones estudiantiles y de trabajo con la finalidad de incrementar las oportunidades laborales y educativas de los grupos más vulnerables entre los adolescentes.

Invitar a la familia ecuatoriana a ser partícipe de la estrategia de prevención del embarazo adolescente que aquí se propone, así como ser defensora y al mismo tiempo cumplidora de los derechos sexuales y reproductivos de sus hijos, proporcionándole a los adolescentes los conocimientos y las condiciones de seguridad sentimental y económica que se requiere en esa etapa de la vida.

## **Referencias bibliográficas**

- Albert , María José. (2007). *La Investigación Educativa. Claves Teóricas*. España: Mc Graw Hill.
- Alonso, Yisel. (2010). *Propuesta de intervención educativa para prevenir el embarazo en la adolescencia* Obtenido de Cienfuegos:<http://www.odiseo.com.mx/propuesta-intervencion-educativa-para-prevenir-embarazo-adolescencia>
- Anda , María, y Castellanos, Alexandra. (2014). El país en el que vive la Megan. *Revista Gestión*. Quito: Universidad de las Américas
- Ardila, Armando, y Arango, Santiago. (2014). *Estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre los 6 y 19 años*. Bogotá, Colombia: UNICEF.
- Arredondo, Armando. (1999). *La economía de la salud*. Obtenido de Revista de Ciencias Económicas: <http://economia.unmsm.edu.pe/servicios/publicaciones/revistas/Articulos/REV013/REV13-ART10.PDF>[Consulta: 12/04/2012]
- Asamblea Nacional. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Quito: GAP.
- Asociación Pro Bienestar de la Familia Ecuatoriana. (2014). Recuperado el 2015, de [www.aprofe.org.ec](http://www.aprofe.org.ec).
- Banco Central del Ecuador. (23 de Febrero de 2014). *Boletines estadísticos*. Obtenido de Banco Central del Ecuador: <http://www.bce.fin.ec/index.php/boletines-estadisticos>
- Barbón, Olga. (2012). Algunas consideraciones sobre comunicación, género y prevención del embarazo adolescente. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 34-45.
- Blázquez, María (2012). Embarazo Adolescente. *Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad*, 3-6.
- Bonilla, Elssy y Rodríguez, Penélope. (2005). *Más allá del Dilema de los Métodos*. Colombia: Norma.
- Burak, Donas. (2001). *Adolescencia y Juventud en América Latina*. Costa Rica: Libro Universitario Regional.
- Campero, Carlos. (22 de 05 de 2002). *VET-UY*. Recuperado el 28 de 12 de 2015, de [http://www.veterinaria.org/asociaciones/vet-uy/articulos/artic\\_bov/018/bov018.htm](http://www.veterinaria.org/asociaciones/vet-uy/articulos/artic_bov/018/bov018.htm)
- Cano, M. (2006) *Técnicas educativas para la promoción de Salud*. La Habana. ENSAP
- Cartes, Rolando, y González, Carlos. (23 de Junio de 2010). *Estrategias para la prevención del Embarazo Adolescente*. Comité de Redacción Científica de la Sociedad Iberoamericana de Información Científica. Obtenido de Revista Gineco.
- CEPAL. (2013). *Observatorio Fiscal* . Obtenido de <http://www.cepal.org/cgi-bin/getprod.asp?xml=/ofilac/noticias/paginas/2/42022/P42022.xml&xsl=/ofilac/tpl/p18f.xsl&base=/ofilac/tpl/top-bottom.xsl>
- Chacón , Fernando. (2005:35). *Introducción a la Macroeconomía*. Quito: Tercera edición.
- Cisterna, Antonio. (2009). Economía de la salud. *Preparadores de oposiciones para la enseñanza*.

- CAN. (2007). *Comunidad Andina de Naciones*. Obtenido de <http://www.comunidadandina.org/Seccion.aspx?id=189&tipo=QU&title=somos-comunidad->
- Congreso Nacional.(2003). *Código de la Niñez y Adolescencia ecuatoriano*. Quito: Jurídica
- Congreso Nacional. (2012). *Ley Orgánica de la Salud*. Quito: Jurídica.
- CNNA (2007). Plan Nacional de prevención de embarazo en la adolescencia. Quito, Ecuador.
- Consejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia. (2004). *Plan Nacional Decenal de Protección Integral a la Niñez y la Adolescencia*. Quito.
- Convención Iberoamericana de los Derechos de la Juventud. (2008). Obtenido de [http://www.unicef.org/lac/CIDJpdf\(3\).pdf](http://www.unicef.org/lac/CIDJpdf(3).pdf)
- Cueva, Rebeca. (24 de Diciembre de 2012). Embarazo adolescente. (E. Telégrafo, Entrevistador)
- Culyer , Anthony, y Newhouse, Joseph. (2008). *Handbook of Economics* . Holanda: ELSEVIER NORTH HOLLAND.
- Egas, Andrés. (2013). *Evolución del gasto público en el sector salud en el Ecuador: Análisis de su contribución en el mejoramiento de la calidad del servicio otorgado. Periodo 2007-2012*. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- El Telégrafo. (24 de Diciembre de 2012). Los factores emocionales detrás de los embarazos adolescente. *El Telégrafo*, p. 7.
- El Universo. (2 de Abril de 2015). En Enipla hubo una ‘agenda abortista y gay’, dice Rafael Correa. *El Universo*, p. 6.
- El Universo. (18 de Marzo de 2012). Una nueva promesa para bajar tasa de maternidad adolescente. *El Universo*, p. 5.
- Entorno macroeconómico Banco Central del Ecuador. (2015). [///C:/Users/P2/Downloads/ENTORNO%20MACROECONOMICO.doc.pdf](http://C:/Users/P2/Downloads/ENTORNO%20MACROECONOMICO.doc.pdf). Obtenido de <http://sintesis.bce.ec:8080/BOE/BI/logon/start.do?ivsLogonToken=bceqsappbo01:6400@133027JEIBS3PbEuahtnQRT5tWh3X133025J1c4hPCQtvBtyZREAE4KUd1>
- Evans, Arthur. (2007). *Manual de Obstetricia*. Barcelona: Editorial - Lippincott Williams & Wilkins .
- Gamboa, Claudia. (2013). *El embarazo en adolescentes*. México: Dirección General de Servicios de Documentación y Análisis.
- García, Armando. (2002). La Honestidad de un científico. *La matemática en sus personajes*(11).
- Garzón, Alejandro. (2013). *Análisis y evolución de la inversión en el sector salud, en el Ecuador, en el período comprendido entre el año 2002 y en el año 2010*. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- González, Alejandra. (2011). *Diseño e Implementación de Estrategias de promoción de salud para la prevención del embarazo adolescente*. Quito.
- Guzmán, Rodrigo. (2014:21). *El crecimiento económico y productivo de Ecuador es inclusivo y democrático*. Quito.

- Hernández, Roberto. et al. (2006) *Metodología de Investigación*. México: MacGraw Hill
- Hernández, Marta. (24 de Diciembre de 2012). Embarazo adolescente. (El Universo, Entrevistador)
- INEC. ( 2000-2012). *Registro de Administración de nacimientos*. Quito: INEC.
- INEC. (2010). *Censo de población y vivienda*. Quito: INEC.
- INEC. (2012). *Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo, ENEMDU*. Quito: INEC.
- INEC. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, Demografía, salud materna e infantil y salud sexual y reproductiva*. Quito.
- Issler, Javier. (2001). Embarazo en la adolescencia. *Revista de Postgrado de la Cátedra de Medicina*, 11.
- Jáuregui, Natalia. (2012). *Impacto del embarazo adolescente y su efecto en la acumulación del Capital humano*. Santiago de Chile.
- Klepinger, Daniel; Lundberg, Shelly y Plotnick, Robert. (1997). Adolescent fertility and the educational attainment of young women, *Family Planning Perspectives*, 27
- Lead, Liam (8 de Junio de 2014). *Estrategia Nacional para la prevención del Embarazo Adolescente de Honduras, ENAPRAH*. Obtenido de <http://www.agaliprogram.org>
- Lesky, Erna. (1984). *Medicina Social. Estudios y testimonios históricos*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Let Girls Lead. (8 de Junio de 2014). *Estrategia Nacional para la prevención del Embarazo Adolescente de Honduras, ENAPRAH*. Obtenido de <http://www.agaliprogram.org>
- Llano, Juan. (2010). *Eficiencia, equidad, prioridades y objetivos de política sanitaria, Gestión clínica y sanitaria*. España: Editorial V12.
- López, Gerardo. (2010). *Métodos e hipótesis científicas*. México: McGraw Hill.
- MDS. (2011). *Estrategia Intersectorial de Prevención del Embarazo Adolescente y Planificación Familiar*. Quito: Ministerio Coordinador de Desarrollo Social.
- Ministerio de Educación. (2008) *Actualización y Fortalecimiento Curricular de la Educación General Básica*. Obtenido de <http://educacion.gob.ec/curriculo-educacion-general-basica/>
- MINFIN. (2015). *Presentacion de Informe sobre la distribución de la Proforma*. Obtenido de <http://lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101881639#.VxA67jDhDIU>
- MPS. (2007). *Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos*. Quito: Directorio del Consejo Nacional de Salud.
- MSP. (2009). *Manual de Normas y Procedimientos para la atención integral al adolescente*. Quito: Editora Galaxy.
- MSP. (2013). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Ecuador ENSANUT*.
- OMS. (29 de Julio de 2014). *Salud Sexual*. Obtenido de [http://www.who.int/topics/sexual\\_health/es/](http://www.who.int/topics/sexual_health/es/)

- OPS. (2004) *Embarazo en la adolescencia*. Washington D. C.: OPS
- OPS. (2007). *Guía de Evaluación Económica en Promoción de la Salud*. Washington: OPS.
- ORAS. (2008). *Políticas públicas y embarazo adolescente*. Lima: ORAS.
- ONU (1994) *Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*. El Cairo: ONU
- ONU. (1989) *Convención Internacional sobre los Derechos del Niño*. ONU
- ONU. (1948) *Declaración Mundial de los Derechos Humanos*. ONU
- ONU. (25 de Junio de 1948). *Declaración Americana de los Derechos y Deberes de los hombres*.  
Obtenido de <http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/declaracion.asp>
- ONU. (1976). *Pacto Internacional de los Derechos económicos, sociales y culturales*. ONU
- Ortún, Volaños, y del Llano, Juan. (2000). *Sistema sanitario y estado de bienestar ¿todo para todos?*  
Barcelona, España.
- Osteba. (1999). Servicio de Evaluación de tecnologías sanitarias. En *Guía de evaluación tecnológica en el sector sanitario*. Barcelona. España
- ICESCR (1976). International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights Obtenido de  
<http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>
- Paganini, Martín. (21 de Junio de 2000). *La salud y la Equidad: fundamentos conceptuales, definiciones, propuestas de acción*. Obtenido de  
[http://www.inus.org.ar/documentacion/Documentos%20Tecnicos/La\\_salud\\_y\\_la\\_equidad.pdf](http://www.inus.org.ar/documentacion/Documentos%20Tecnicos/La_salud_y_la_equidad.pdf)  
[Consulta: 20/04/2012]
- Pagot, Mauricio. (2010). *Metodologías inductivas y deductivas en técnicas de investigación*. Madrid,  
España: Prana.
- Palencia, María Luisa. (2006). *Metodología de Investigación*. Madrid
- Paschoal, Rosetti. (2005). *Introducción a la economía*. México: Imcorporados S. A.
- Pecheny, Mario, y Dehesa, Rafael. (25 de junio de 2005). *Sexualidades y políticas en América Latina: un esbozo para la discusión*. Obtenido de <http://www.sxpolitics.org/ptbr/wp-content/uploads/2009/10/sexualidades-y-politicas-en-america-latina-rafael-de-la-dehesa-y-mario-pecheny.pdf>
- PNUD. (2013). *Informes sobre desarrollo humano*. Obtenido de <http://hdr.undp.org/es/estadisticas/idg>
- Polimeni, Ralph, Fabozzi, Frank, Adelberg, Arthur, y Kole, Michael. (1998). *Contabilidad de Costos*. Chile: McGraw-HILL.
- Ramírez, Helio. (2012). *Finanzas Públicas*. Bogotá: Universidad Libre .

- Restrepo, María. (2004). *Lineamientos de política pública en salud para mejorar la calidad y cobertura de los servicios en salud en mujeres de acuerdo al análisis de la Parroquia de Quito*. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Rodríguez, Carlos, y Hopenhay, Martín. (2008). *La Fecundidad Alta en América Latina y el Caribe: un riesgo en transición*. Santiago de Chile.
- Rodríguez, Viviana. (2013). *Incidencia del embarazo en la adolescencia en mujeres de 12 a 18 años en Maternidad "Mariana de Jesús"*.
- Rosen, Georgia. (1984). *Análisis histórico del concepto medicina social*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ruíz, Ramón. (2009). *El método científico y sus etapas*. México: CECSA.
- Sáenz, Álvaro. (24 de Diciembre de 2012). Embarazo adolescente. (E. Telégrafo, Entrevistador)
- SENPLADES. (2013). *Plan Nacional del Buen Vivir*. Quito, SEMPLADES
- Stiglitz, Joseph. (2002). *La economía del sector público*. Barcelona: Antoni Bosh editor.
- UNESCO. (2008) *Educación y diversidad cultural. Lecciones desde las prácticas innovadoras de América Latina*. Obtenido de <http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001626/162699s.pdf>
- UNFPA. (2007). *Plan Andino de prevención del Embarazo en la Adolescencia*.
- UNICEF. (26 de Junio de 2008). *Convención Iberoamericana de los Derechos de la Juventud*. Obtenido de [http://www.unicef.org/lac/CIDJpdf\(3\).pdf](http://www.unicef.org/lac/CIDJpdf(3).pdf)
- UNICEF. (2014). *Vivencias y relatos sobre el embarazo adolescente*. Panamá: UNICEF.
- Valdivieso, Carla. (2013). *El embarazo adolescente: un problema de salud pública*. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Vassallo, Carlos, Sellanes, Matilde y Freylejer, Valeria. (3 de Junio de 2003). *Salud, mercado y Estado. Apunte de economía de la salud*. Obtenido de [http://www.isalud.org/htm/site/documentos/12\\_Archivo\\_Economia-Salud.pdf](http://www.isalud.org/htm/site/documentos/12_Archivo_Economia-Salud.pdf)
- Velazco, Margarita; Álvarez, Soledad; Carrera, Gioconda; Vázconez, Alison. (2014). *La niñez y la adolescencia en el Ecuador contemporáneo: avances y brechas en el ejercicio de los derechos*. Quito: Editor Álvaro Campuzano
- Villacrés, Nilda. (2000). *Economía de salud y gerencia en salud*. Quito: El Universo.

## *Anexos*

### **Anexo 1. Encuestas realizadas a los estudiantes de colegio “Espejo”**

**Pregunta 1:** ¿Qué se entiende por sexualidad?

- Tener relaciones sexuales con otra persona
- Tener sexo Masculino o sexo Femenino
- Interacción social, histórica y cultural

**Pregunta 2:** ¿Qué temas han abordado en el colegio sobre sexualidad?

- Causas y consecuencia del embarazo en la adolescencia.
- Cómo tener una conducta sexual responsable y segura.
- Qué hacer ante un embarazo.

**Pregunta 3:** ¿Cómo les gustaría que se tratasen los temas sobre sexualidad y el embarazo adolescente?

- En las clases de Educación sexual y reproductiva
- En conferencias impartidas por maestros y especialistas sanitarios.
- En talleres de maestros y especialistas sanitarios pero en los que puedan participar los adolescentes haciendo preguntas y comentando

**Pregunta 4:** ¿Las adolescentes tienen las condiciones físicas para quedar embarazadas?

- Sí
- No

**Pregunta 5:** Identifica la principal causa que produce el embarazo en la adolescencia

- No usar métodos anticonceptivos como el condón durante las relaciones sexuales.
- No haber recibido orientación sobre el tema del embarazo.
- Tener relaciones sin consentimiento del joven.

**Pregunta 6:** ¿A quién atribuyes la responsabilidad del embarazo?

- a la chica
- al varón
- a los dos sexos

**Pregunta 7:** ¿Qué métodos anticonceptivos se conocen?

- Condón
- T de Cobre
- Pastillas anticonceptivas
- No tener relaciones sexuales

**Pregunta 8:** ¿Por qué vías has recibido información sobre el uso de métodos anticonceptivos?

- con la familia
- con amigos
- en el colegio

\_\_en el centro de salud

**Pregunta 9:** ¿Cuáles son las consecuencias negativas del embarazo en la adolescencia?

\_\_Daños a la salud

\_\_Crear una familia siendo muy joven

\_\_No poder continuar los estudios.

\_\_No poder comenzar a trabajar (sobre todo en el caso de las mujeres)