

***FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS
SOCIALES. FLACSO
SEDE ECUADOR***

***PROGRAMA DE POLÍTICAS SOCIALES Y GESTIÓN DEL
DESARROLLO.***

***SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA PARA
LA ATENCIÓN DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN EL
DMQ.***

Autora: M. Lorena Vallejo Delgado.
Directora: Nildha Villacrés.

Quito-2005

***“Decide que puede hacerse y se hará,
y entonces hallarás la manera”.***

Abraham Lincoln

**SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA PARA LA ATENCION
DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN EL DMQ.**

INDICE	Pág.
<i>CAPITULO I.</i>	6
Introducción.	6
Antecedentes.	8
Objetivos	10
Justificación.	11
Metodología	11
<i>CAPITULO II</i>	13
<i>Adolescencia y Salud</i>	13
2.1 Aspectos generales.	13
2.1.1 La Adolescencia	16
2.2 Ciclo de vida y Capital Social.	17
2.3 Determinantes en la salud de los adolescentes	23
2.4 Salud Sexual y Reproductiva de las adolescentes.	23
2.4.1 Embarazo y paternidad adolescente.	24
2.4.2 Embarazo y parto en la adolescente y sus consecuencias.	26
2.4.3 Planificación familiar	28
2.5 Políticas Sociales para adolescentes.	30
<i>CAPITULO III</i>	33
<i>Sistemas de Salud y Sistema de Servicios de Salud.</i>	33
3.1 Sistemas de Salud.	33
3.1.1 Sistema de Salud y Servicios de salud en el Ecuador.	38
3.1.2 Modelo de atención.	40
3.1.3 Calidad en los Servicios de Salud.	44
3.1.4 Accesibilidad en los Servicios de Salud.	46
3.1.5 Equidad en los Servicios de Salud.	47

3.1.6	Sistema de Referencia Contrarreferencia	48
3.1.6.1	Esquema del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.	49
<i>CAPITULO IV.</i>		50
<i>Servicios de Salud y Atención de Salud para Adolescentes</i>		50
4.1	Servicios de Salud en el Ecuador.	50
4.1.1	Servicios de Salud Sexual y Reproductiva en el Ecuador.	51
4.2	Políticas de Salud para adolescentes.	55
4.3	Servicios de Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes.	58
4.3.1	Tipos de servicios de Salud sexual y Reproductiva.	59
4.3.1.1	Servicios Públicos.	59
4.3.1.2	Servicios Privados.	60
<i>CAPITULO V.</i>		62
<i>Situación de salud de las adolescentes del DMQ.</i>		62
5.1	Contexto Socioeconómico del DMQ.	62
5.2	Situación actual de las adolescentes del DMQ.	64
5.2.1.	Situación de salud.	65
5.2.1.1	Salud sexual y reproductiva.	66
5.2.2	Situación de Salud de las embarazadas adolescentes.	67
5.2.2.1	Criterios Éticos de la Investigación.	69
5.2.3	Características Generales.	69
5.2.4	Apoyo a las adolescentes embarazadas.	73
5.2.5	Referencia y Contrarreferencia.	73
5.3	Complicaciones, terminación del embarazo y edad.	74
5.4	Prestación de servicios de salud sexual y reproductiva a adolescentes.	77
<i>CAPITULO VI</i>		83
<i>Conclusiones y Recomendaciones</i>		83
6.1	Conclusiones	83
6.2	Recomendaciones.	88
Anexos.		91
Bibliografía.		96

RESUMEN.

Los acelerados cambios que se producen en la sociedad actual, donde el modelo económico dominante, enfatiza los comportamientos competitivos, han dado lugar a la incertidumbre y a crisis de valores, que han incidido en la aparición de una serie de problemas de salud en los adolescentes. Dentro de estos problemas de salud propios de los adolescentes, los más frecuentes son los derivados de las relaciones sexuales no protegidas como es el caso de el embarazo precoz o no deseado, El embarazo y la maternidad adolescente se consideran experiencias muy complejas, que afectan la salud integral tanto de las madres adolescentes como la de sus hijos, porque a los riesgos que existen para su salud, se suman también consecuencias psicosociales, derivadas de la deserción escolar, las pérdidas de oportunidad de empleo, rechazo, abandono, estigmatización y otras formas de exclusión social.

Se ha observado que un problema fundamental en el embarazo adolescente constituye el tipo de atención que se está brindando. Los peligros para la salud y las consecuencias psicosociales a los que se enfrenta una madre joven, su hijo y su pareja pueden disminuir conforme las instituciones de Salud pongan en práctica programas tendientes al mejoramiento de la calidad de los servicios de salud existentes, logrando con esto la prevención de complicaciones que pudieran ser perfectamente prevenibles lo que constituye la forma más rápida y costo-efectiva de contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas.

El presente trabajo busca contribuir a la atención de la adolescente embarazada, a través de la formulación de reajustes al sistema de referencia y contrarreferencia que apoye a los servicios a brindar una atención continuada como parte de una atención de calidad

CAPITULO I.

INTRODUCCION.

La decisión de tener un hijo es una de las decisiones más importantes, y constituye una experiencia vital y de ineludibles cambios en la vida de una mujer. Los embarazos más saludables son los que se planifican y en los cuales la mujer inicia los cuidados respectivos desde antes de la concepción o bien desde el primer trimestre, y en un entorno favorable lo que contribuirá a que el niño tenga desde el principio un desarrollo sano y evitará el riesgo de patologías futuras tanto para la madre como para el niño. A más de esto es importante un control adecuado para evitar otro embarazo cuando apenas se está cuidando a un recién nacido.

Se considera que la edad ideal de una mujer para embarazarse es entre los 20 y 30 años, pues en esta etapa el organismo se encuentra en plenitud de sus funciones. Pero cuando ocurre a una temprana edad, puede dar lugar a complicaciones, derivadas de la falta de madurez tanto física como emocional para soportar la sobrecarga que implica un embarazo y el parto, y que incidirán en la mayor frecuencia de abortos en condiciones inseguras, mortalidad materna, morbi-mortalidad infantil, familias numerosas, escasa educación y reproducción intergeneracional de la pobreza.

El mejoramiento de la calidad de la salud y educación y por ende de la calidad de vida de una sociedad, requiere de invertir en la gente, especialmente en la niñez y adolescencia, para elevar su nivel de educación, capacitación y salud, y alcanzar el anhelado "Desarrollo Humano Sostenible".

Reconociéndose a los adolescentes y jóvenes como un grupo humano fundamental para el desarrollo social, económico y político de sus países es preciso reconocer también la importancia del mantenimiento de su salud, como eje fundamental de su adecuado desarrollo y en este marco, la búsqueda de estrategias para suplir las insuficiencias en la atención de las adolescentes embarazadas, y evitar a corto y largo plazo consecuencias para la Salud Pública. Lo anteriormente expuesto, con el fin de apoyar la formulación de políticas y programas tendientes a buscar el bienestar y desarrollo de las adolescentes y jóvenes, por lo que la calidad y el acceso a los servicios de salud en forma oportuna, ágil y adecuada a las necesidades de esta población es imperativo.

En este contexto, se ha observado que un problema fundamental en el embarazo adolescente constituye el tipo de atención que están recibiendo. Por lo general la mayor parte de la atención de la adolescente en los servicios de salud se efectúa en forma no diferenciada, incluyéndolos en la atención general del adulto. En estos casos la eficacia de la atención dependerá del grado de preparación del personal en actividades de promoción, prevención, identificación y tratamiento de los problemas de las adolescentes. Caso contrario las jóvenes pueden sufrir las consecuencias de la no identificación oportuna de factores de riesgo, y a la falla de no ser referidas a un nivel de atención de mayor complejidad donde reciba la atención apropiada a sus necesidades.

El crecimiento económico sostenido, base fundamental para la reducción de la pobreza no es suficiente para el logro del mejoramiento de la situación de salud, requiere de acciones por parte del Estado que incidan en los determinantes de la salud como son: una nutrición adecuada, empleo, vivienda, educación, saneamiento ambiental, seguridad ciudadana, etc. Lo cual incidirá positivamente en el mejoramiento de la calidad de la vida de las personas, y por ende contribuirá al potencial económico de los países, por lo que la inversión en adolescentes debe hacerse priorizando la prevención y orientada hacia el incremento de la proporción de población educada, saludable y económicamente productiva.¹

Se debe tener presente que cuando se habla de reducción o atención a los problemas, hablamos de servicios enfocados hacia esos problemas, en tanto que la prevención tiene que ver con promoción del desarrollo sano del adolescente, apoyo y oportunidades.

Estas intervenciones, no pueden aislarse, sino que se necesitan esfuerzos conjuntos tanto para prevenir los problemas de salud de la niñez y adolescencia, como para responder a ellos cuando surjan, ya que la promoción de la salud, el mejoramiento de su salud reproductiva, y la adecuada atención del embarazo cuando éste se ha presentado, disminuirá las probabilidades de presentar problemas mayores en su salud y desarrollo.

Igualmente ninguna institución pública o privada por si sola puede promover la salud y el desarrollo de los jóvenes, es imprescindible la cooperación intersectorial, y de la sociedad en general para la construcción de un entorno social favorable, que brinde las oportunidades de corregir los problemas de salud y de colaborar en la adaptación de los y las adolescentes a un mundo cambiante y lleno de contrastes.

Las instituciones y organizaciones proveedoras de servicios de salud, deben trabajar interactivamente para fortalecer sus capacidades dentro de la organización de la red de

¹ OPS/OMS/FUNDACION W K KELLOGG. Proyecto de desarrollo y Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes de América Latina y el Caribe. 1997-2000.

servicios en los diferentes niveles de complejidad del sistema para brindar a los/as jóvenes una atención integral, continuada, y de calidad².

El presente trabajo busca contribuir a la atención de la adolescente embarazada, a través de la formulación de reajustes al sistema de referencia y contrarreferencia que apoye a los servicios a brindar una atención continuada como parte de una atención de calidad.

Uno de los centros más importantes de atención a la embarazada adolescente en el país está localizado en el Distrito Metropolitano de Quito (DMQ), el cual a su vez, tiene una de las tasas de embarazo adolescente más altas. Por esta razón, se decidió realizar este estudio en el DMQ. Primeramente se realizó una observación sobre el estado de salud de las adolescentes del DMQ, a través de un estudio analítico de corte transversal en el que el universo lo constituyeron las adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora (HGOIA) el año 2003, posteriormente se efectuó un análisis sobre el funcionamiento actual del sistema de referencia y contrarreferencia, con el fin de determinar los principales nudos críticos en la funcionalidad del sistema.

Los resultados de este análisis, constituyeron los elementos básicos para sugerir las correcciones más viables a éstos nudos críticos y lograr de esta forma una mayor operacionalización del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en la atención integral de las adolescentes embarazadas.

1.1 Antecedentes.

La adolescencia se considera como uno de los períodos más saludables de la vida; sin embargo los acelerados cambios que se vienen produciendo en la sociedad actual, donde el modelo económico dominante enfatiza los comportamientos competitivos, han dado lugar a la incertidumbre y a una crisis de valores, que han motivado a su vez una serie de problemas de salud en los adolescentes; problemas que no pueden ser atribuidos únicamente a aspectos relacionados con su conducta (“riesgos asumidos”)³, sino también a factores biológicos, sociales y ambientales (como lo examinaremos más adelante). Dentro de estos problemas de salud propios de los adolescentes, entre los más frecuentes, están los que se derivan de las relaciones sexuales no protegidas como el embarazo precoz o no deseado, que puede conducir a abortos sin garantías de seguridad, complicaciones durante el parto, y diversas enfermedades de

² OMS/FNUAP/UNICEF. Programación para la salud y el desarrollo de los adolescentes

³ Ibid. Pag. 11

transmisión sexual, inclusive el SIDA, entre otras consecuencias (WHO HOME/Reproductive Health Home/ Comunicación sobre planificación familiar en el marco de la salud reproductiva)

A pesar de que en América Latina y el Caribe la fecundidad en general ha descendido en los últimos decenios como resultado del mayor uso de anticonceptivos, la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, una mayor escolaridad, cambio de valores culturales; en muchos de estos países sin embargo, y a pesar de los múltiples esfuerzos que se han realizado a través de programas orientados a la prevención del embarazo y maternidad adolescentes, este constituye un problema que va en aumento. Así tenemos que un 33% de los nacimientos, ocurren en mujeres menores de 20 años. En nuestro medio, 20 de cada cien mujeres embarazadas son jóvenes entre 15 y 19 años, porcentaje que se eleva en el área rural.^{4 5} Siendo la tasa de fecundidad de las adolescentes en nuestro país de 71,9 (por 1.000 mujeres de 15 a 19 años.- FNUAP 2001), mientras que la tasa general de fecundidad general de 121.3 (por 1000 mujeres de 15 a 49 años- INEC 2001).

El embarazo y la maternidad adolescente se consideran experiencias muy complejas, que enfrentan a las jóvenes a nuevas responsabilidades para las que aún no se sienten ni están preparadas y que afectan a la salud integral tanto de las madres adolescentes como la de sus hijos, a más de alterar la vida de sus familiares y a la sociedad en general, porque a los riesgos que existen para su salud,^{6 7} provenientes del escaso o nulo control del embarazo, y la no identificación de factores de riesgo perinatal, que contribuyen al mantenimiento de las tasas de morbi-mortalidad materna e infantil; se suman también las consecuencias psicosociales, derivadas del rechazo, abandono, estigmatización, la deserción escolar, y las consecuentes pérdidas de oportunidad de empleo, entre otras formas de exclusión social, con un gran impacto adverso en la economía de los países.

Los adolescentes constituyen un recurso esencial para el desarrollo de sus países tanto en el presente como en el futuro, y la salud integral de los mismos es un elemento básico para el desarrollo social y económico, conforme se lo ha expresado por parte de representantes de todos los países en numerosas asambleas realizadas sobre el tema. Pero más importante aún es que los jóvenes tienen el derecho humano básico a los servicios de salud según se manifiesta en la Constitución en el Código de la Niñez y la Adolescencia, en su Cap. II, Art. 27.

⁴ Ley de Maternidad Gratuita. MSP. Unidad de Gestión del PMGYAI. 2001.

⁵ FLACSO. Diagnóstico de la Problemática de niños y adolescentes de 6 a 18 años en situación de riesgo y de los Programas Existentes: Análisis de Programas de atención al embarazo en adolescentes. Quito, Abril 2002.

⁶ Para 1995, las defunciones por aborto como proporción de las defunciones maternas en mujeres de 15 a 44 años era del 14%. (CEPAL)

⁷ FLACSO. Diagnóstico de la Problemática de niños y adolescentes de 6 a 18 años en situación de riesgo y de los Programas Existentes.: Análisis de Programas de atención al embarazo en adolescentes. Quito, Abril 2002.

Por todos estos aspectos, la atención a la problemática del embarazo y la maternidad en adolescentes es fundamental; de ahí la necesidad de enfocar acciones hacia un tipo de atención más integral, que privilegie la atención de calidad y continuada, que le permita a las jóvenes asumir el cuidado de su salud y evitar futuras patologías para ella o para su hijo/a, con el objetivo de disminuir el impacto negativo ocasionado por la persistencia de condiciones de pobreza.

El análisis de esta problemática es la que nos ha conducido a buscar para el presente estudio los siguientes objetivos:

a) *Objetivo general.*

- a. Contribuir a mejorar la calidad de la atención de la embarazada adolescente a través de la continuidad de la atención especializada proponiendo ajustes al Sistema de Referencia y Contrarreferencia que mejore la organización de los Servicios de Salud, y permita responder a las reales necesidades y expectativas de este grupo poblacional en las unidades operativas del MSP en el DMQ.

b) *Objetivos específicos.*

- a. Identificar el perfil sociodemográfico de las adolescentes embarazadas.
- b. Establecer los puntos críticos de la atención de la embarazada adolescente en relación a la referencia y contrarreferencia.
- c. Proponer los ajustes al Sistema de Referencia y Contrarreferencia para emprender la atención integral y continua de las embarazadas y madres adolescentes y de su pareja.
- d. Apoyar la coordinación y el trabajo de los equipos interdisciplinarios de salud a través del Sistema de Referencia y Contrarreferencia para la atención, prevención, y control de los problemas de las embarazadas y madres adolescentes y de los padres adolescentes.
- e. Contribuir a que se utilicen de forma más efectiva y eficiente los recursos disponibles en los servicios de los diferentes niveles de complejidad de atención.

Estos objetivos son fundamentales dado que la adolescencia, constituye un grupo poblacional cuya importancia es indiscutible. Más de la mitad de la población mundial tiene menos de 25 años (WHO/UNFPA/UNICEF, 1999), una persona de cada 5 es adolescente y cuatro de cada

cinco jóvenes vive en países en desarrollo.⁸ En el Ecuador existen 1'285 212 adolescentes, de las cuales 185.430 se encuentran en el DMQ. (INEC 2001).

*“...Se prevé que este grupo aumentará, al menos hasta mediados de este siglo, y que hacia 2050 se habrán agregado a él otros 174 millones. Esos jóvenes son los trabajadores productivos y los progenitores del futuro; pero necesitan información y destrezas para proteger sus vidas y su salud y plasmar su potencial”.*⁹

Dada la trascendencia del tema y por la atención en su mayor parte inadecuada que se esta brindando actualmente a las adolescentes embarazadas, el presente trabajo busca contribuir a mejorar la atención de la adolescente embarazada, a través de un análisis del tipo de atención que recibe en cuanto al principal nudo crítico que es el sistema de referencia y contrarreferencia con la finalidad de apoyar a los servicios a brindar una atención continuada como parte de una atención de calidad a la embarazada adolescente.

Los peligros para la salud y las consecuencias psicosociales a los que se enfrenta una madre joven, su hijo y su pareja pueden disminuir conforme las instituciones de Salud pongan en práctica programas tendientes al mejoramiento de la calidad de los servicios de salud existentes, logrando con esto la prevención de complicaciones que pudieran ser perfectamente prevenibles lo que constituye la forma más rápida y costo-efectiva de contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas.

Para este efecto se realizó un estudio analítico de corte transversal en el que en primer lugar se examinó el grado de implementación actual del Sistema de Referencia y Contrarreferencia como un elemento fundamental dentro de los procesos de reforma de la provisión de servicios de Salud, en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora por ser la principal Unidad de Referencia, en segundo lugar se determinaron los obstáculos para la implementación del sistema y en tercer lugar se proponen los correctivos o sugerencias para la funcionalidad del mismo.

Para determinar el funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, se utilizaron diversas técnicas de recolección de información (anexo 2). Las mismas que se definieron tomando en cuenta la complementariedad de la información cuantitativa y cualitativa. La información cuantitativa sirvió para establecer caracterizaciones sociodemográficas de la población adolescente usuaria de los servicios de salud. La información cualitativa sirvió para

⁸ RODRIGUEZ Ernesto. Oportunidades y Desafíos en el comienzo de una nueva era. Desarrollo Social en América Latina: Temas y Desafíos para las Políticas Públicas. FLACSO. BM. Costa Rica. 2002.

⁹ OPS/OMS/FUNDACION W K KELLOGG. Proyecto de desarrollo y Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes de América Latina y el Caribe. 1997-2000.

determinar el tipo y calidad de atención que se está brindando a las adolescentes embarazadas. Esto se complementó con un análisis a través de la técnica de observación no participante.

Para este estudio se determinó una muestra significativa con el 95% de confiabilidad de 300 historias clínicas de adolescentes que acudieron a la Unidad de atención Integral de la adolescente embarazada del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, de Enero a Diciembre del 2003. Y se realizaron encuestas a madres adolescentes, además de entrevistas informales o conversaciones con personal que labora en las unidades operativas.

Los resultados de este análisis, constituyeron los elementos básicos para la propuesta de reajustes al Sistema de referencia y contrarreferencia para la atención integral de las adolescentes embarazadas, se analizó también la información existente sobre el tema y se tomó en cuenta los resultados de investigaciones anteriores, que permitió clarificar los objetivos del Sistema y reforzar o reajustar el mismo en conformidad con los principios de la atención primaria de salud, considerando que puede constituir un soporte indispensable para mejorar la prestación de servicios y favorecer la continuidad de la atención de salud.

CAPITULO II.

ADOLESCENCIA Y SALUD.

2.1 Aspectos generales.

Un aspecto importante a tomarse en cuenta, dentro del proceso de desarrollo de hombres y mujeres, es que se presentan diferentes etapas definidas por características propias, y que es lo que se ha denominado el ciclo vital; estas etapas, se estima que no pueden ser consideradas por separado, sino que cada una es la continuación de la anterior y una preparación para la siguiente.

En la etapa que corresponde a la adolescencia, vemos que se producen una serie de cambios en todo el organismo, como por ejemplo: el incremento en peso y talla, el inicio del proceso de maduración sexual, y de desarrollo personal; se ha determinado que la celeridad con que se producen estos cambios físicos, va a incidir visiblemente en la construcción psicológica del individuo, y por tanto en las manifestaciones de su comportamiento, y la presencia o no de conflictividad en sus relaciones con los adultos, lo cual se determina según las percepciones y normas del contexto social¹⁰. Por lo que se dice que la percepción de la sociedad, es ver en el adolescente a alguien en fase de preparación, para ser lo que las normas establecidas por el entorno estipulan. Bajo este argumento, algunos investigadores¹¹ refieren que funcionan algunos paradigmas:

El paradigma de la manipulación, caracterizada por una visión adultista que proyecta en la adolescencia, la imagen que los adultos tienen de sí mismos, y.

El paradigma de la mistificación, caracterizado por una visión nostálgica e ingenua de la adolescencia y la juventud, que por un lado resalta y sobredimensiona todas sus virtudes, y por otro descarga sobre los adolescentes, la responsabilidad sobre sus vidas.

Refieren además que estos paradigmas terminan siendo prácticos a los intereses de los adultos, en el sentido de que sobrecargan a los adolescentes de responsabilidades, o les privan de sus derechos

¹⁰ GARCIA TESKE, Eduardo. Adolescencia: Aportes para su construcción conceptual. Montevideo, Abril 2002

¹¹ Oficina Regional de UNICEF para América Latina y el Caribe. Adolescencia en América Latina y el Caribe: Orientaciones para la formulación de políticas. 2001.

Dentro de este contexto, tenemos que se ha reconocido a la adolescencia como una etapa del ciclo vital, con características que difieren de las de la niñez y de la adultez, y que varían según el medio socioeconómico y cultural en que se desenvuelvan, por lo que no pueden definirse características generales para todos los adolescentes, un ejemplo de cómo incide el medio en el comportamiento de los adolescentes, tenemos en el caso de los adolescentes del sector rural, donde la etapa suele ser breve, con un futuro previsible, parecido al de sus padres, sin muchas opciones y sin los conflictos más o menos comunes de los adolescentes de las ciudades. Por lo que podría decirse que “...los adolescentes no conforman un grupo homogéneo: lo que tienen en común es la edad. Viven en circunstancias diferentes y tienen necesidades diversas”,¹² y que muchos de los problemas que presentan, se originan más bien como consecuencia del medio social, que a condiciones propias de su edad.

“El mundo actual lleno de contrastes, entre los avances tecnológicos, de la ciencia, las comunicaciones, la creciente valoración de los derechos humanos; y la incertidumbre del adolescente sobre su futuro”¹³; así como puede ofrecer oportunidades que promueven el mejoramiento de las condiciones de vida y desarrollo de niños/as y de los/as adolescentes, han dado lugar a un cambio en el sistema de valores sociales, que tienden a promover el dinero, placer, satisfacción inmediata, dominación del poder, la promoción de violencia, sexo, ideales negativos, consumismo etc., que han ocasionado cambios de tendencias en el comportamiento de los jóvenes y como consecuencia, en su estado de salud.¹⁴

Por tal razón, podemos decir que la cultura y el contexto socioeconómico son factores determinantes en la duración del período de la adolescencia; y tiene que ver también, en que sus demandas sociales representen un cambio brusco o una transición gradual entre las diferentes etapas del desarrollo.- García Teske-(2002). Tal es así que un entorno perjudicial y ciertas pautas preestablecidas de comportamiento de los/as jóvenes en la vivencia de diversas experiencias culturales, familiares y sociales, puede incidir profundamente en su desarrollo biopsicosocial, con consecuencias a corto y largo plazo para la salud individual y de la sociedad.

Podemos decir entonces que la noción de adolescencia es un concepto construido socialmente que ha experimentado procesos de cambio a través del tiempo, ha dejado de considerarse desde una perspectiva puramente biológica y ha pasado a tener otras connotaciones; por lo que la adolescencia debe entenderse dentro del amplio contexto de lo histórico, político, cultural, étnico, económico y religioso, en donde las interacciones entre grupos sociales, han dado lugar a

¹² Oficina Regional de UNICEF para América Latina y el Caribe. Adolescencia en América Latina y el Caribe: Orientaciones para la formulación de políticas. 2001

¹³ OMS/FNUAP/UNICEF. Programación para la salud y el desarrollo de los adolescentes.

¹⁴ Ibid..

representaciones y prácticas sociales específicas. Entendiendo a las representaciones como las formas de “percibir, significar y categorizar” (Grimberg.1995)¹⁵, nos permite deducir, como se construyen desde esta perspectiva de las acciones y las representaciones, las características y cualidades que definen los roles de lo masculino y lo femenino, la sexualidad, la maternidad, las relaciones de poder, etc. Por tanto es en este proceso de socialización, donde se construyen las identidades de género, y la asunción e interpretación de actitudes consideradas como propias de estas identidades; algunas investigaciones permiten comprender, como los niños y las niñas incorporan su identidad de género por la forma en que son nombrados y por la ubicación que familiarmente se le da, antes de reconocer la diferenciación sexual.

La identidad de género se ha basado por lo general en relaciones de desigualdad, que le confieren mayor valor a lo masculino; esto ha determinado por tanto la vulnerabilidad de la condición femenina,¹⁶ y es la causa de que las mujeres tengan más probabilidades de ser pobres, recibir menos educación, y acceso limitado a los servicios de salud.¹⁷

En la mayoría de las sociedades esta desigualdad en el ejercicio del poder entre hombres y mujeres, la mujer ha venido representado un papel marginado y subordinado, han sido consideradas únicamente como “sujetos pasivos del desarrollo” y reducidas a su rol reproductivo, maternal.¹⁸

Esta subordinación o sumisión se ha evidenciado por lo general en el aspecto económico a través del trabajo no remunerado, salarios inequitativos, discriminación laboral, en aspectos políticos, por la falta de poder económico, la escasa o nula participación organizacional, escasa representatividad política, y la subordinación cultural por medio de la discriminación educativa, desvalorización de la mujer, tratamiento como objeto sexual, limitaciones en el acceso al control de natalidad- (GCGEMA 2000)

El proceso de integración de la mujer al desarrollo ha sido el resultado del reconocimiento de la importancia del *triple rol* que desempeña, dentro de la sociedad. Desde una posición de invisibilidad las mujeres han ido ganando importantes espacios, tanto en el campo de la educación, productividad como de la gestión política, a tal punto que los roles tradicionales, han ido cambiando, y en algunos casos han supuesto una reorganización en los esquemas de poder de las mujeres dentro de su familia, lo cual se ha afianzado al ser consideradas como población

¹⁵ Citado en el “Estudio sobre producción de los actos de salud en los hospitales públicos”. Programación UBACyT 2000-2002. C. Bruno y R. Peirano

¹⁶ CAJA COSTARRICENSE DE SEGURIDAD SOCIAL. Programa de Atención Integral de la Adolescencia. Sexualidad Adolescente: Un estudio sobre sus conocimientos, actitudes y prácticas. Pg 16. Costa Rica. 1999.

¹⁷ FAMILY CARE INTERNATIONAL: Fichas sobre salud sexual y reproductiva. 2000.

¹⁸ MOSER, Caroline. “Enfoques de las Políticas del Tercer Mundo. La Mujer en el Desarrollo”. 1995.

objetivo de programas y políticas sociales, por ejemplo en el caso de nuestro país es a ella a quien se considera como receptora de las transferencias en los programas sociales en vista de la gran importancia que tiene en la educación y salud de sus familias así como al aporte económico que entrega a sus hogares por medio de las actividades productivas que ha logrado realizar a través de los programas de microcréditos, lo que ha concedido a las mujeres mayor poder de decisión y autoridad.

Por tanto, los esfuerzos deben centrarse en mejorar las condiciones existentes y en el reconocimiento de las distintas formas de relaciones de género, y los roles que cumplen hombres y mujeres en una sociedad determinada, lo cual nos permitirá profundizar en esas “identidades sociales”, expresadas cotidianamente en las sociedades o grupos, y a la vez propender a la satisfacción de las “necesidades de género” .

2.1.1 La Adolescencia.-

Se define a la adolescencia como el período de transición entre la infancia y la edad adulta, o como la etapa del desarrollo que señala el final de la niñez y el inicio de la vida adulta. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los adolescentes como las personas entre 10 y 19 años de edad. Es un período de crecimiento y maduración, de aparición de los caracteres sexuales secundarios y por tanto de la adquisición de la capacidad reproductiva; Se menciona también como la fase en la que se suceden importantes cambios biológicos, psicológicos y sociales los mismos que llevarán a los jóvenes a desarrollar la identidad que tendrán como adultos, se orientan hacia su madurez física y emocional, con una nueva escala de valores y una independencia socioeconómica. (RHO. Mothercare.- Maternidad sin riesgo.) Por lo que ciertas conductas de riesgo que presentan los adolescentes se consideran manifestaciones de su camino hacia la autonomía y la independencia.¹⁹

Esta descripción de determinados períodos o grupos de edad para delimitar la adolescencia, así como puede considerarse útil para facilitar los procesos de planificación investigaciones, políticas y orientación de recursos de las instituciones del Estado, puede también, conducir a interpretaciones estereotipadas de sus realidades, y *a abordajes fragmentados y sin vinculación con procesos más generales y estructurales de la sociedad*. Si bien se considera la adolescencia como una época de buena salud²⁰, es también un período crucial y difícil, en el sentido de que

¹⁹ En las conductas de riesgo puede existir conciencia de que se corre peligro, pero prevalece un sentimiento de invulnerabilidad y una necesidad de demostrarse a sí mismo y al entorno la capacidad de desafiar las reglas establecidas.

²⁰ Refiriéndose a salud “física”, ya que hemos mencionado que es la etapa de mayor riesgo para su salud mental y social.

su capacidad para enfrentar las demandas de la sociedad moderna está en función de varios factores entre los que destacan su desarrollo físico, ambiente familiar, su capacidad de resiliencia²¹; pero muchos adolescentes a menudo no cuentan con un entorno saludable y armonioso ni con el apoyo y las oportunidades para alcanzar un crecimiento y desarrollo biológico y social óptimos. *Por tanto se puede decir que la salud integral del y la adolescente es el equivalente a un desarrollo humano pleno del joven, siendo este proceso una construcción social, en continua interacción con el contexto socio-cultural.*²²

2.2 Ciclo de vida y Capital Social.

En la actualidad, alcanzar el desarrollo económico y social parecería más factible que nunca, por los grandes avances tecnológicos que se han producido, lo que ha desarrollado en gran medida el potencial productivo e incrementado la producción mundial. Pero esa situación no se ha dado por cuanto en la mayoría de países en particular los de América Latina, las brechas sociales y la distribución inequitativa de las riquezas también han ido en aumento, al punto que una tercera parte de la PEA se encuentra en situación de desocupación y de subempleo; existiendo grandes sectores de la población, asolados por graves privaciones²³.

En los últimos años ha empezado a cobrar fuerza un nuevo debate sobre otras dimensiones muy relacionadas con el desarrollo, una de estas dimensiones es la cultura; en como ciertos aspectos de la cultura de los pueblos pueden contribuir significativamente al desarrollo económico y social. Estos aspectos que parecerían poco relevantes en el funcionamiento habitual de una sociedad, tienen que ver con su situación social básica, e inciden silenciosa pero fuertemente en las posibilidades de crecimiento y desarrollo, esto es lo que se conoce como “capital social”.²⁴

El pensamiento económico tradicional a través de su postura reduccionista y sus tradicionales “recetas” de “liberalización”. “modernización” y “privatización”, no ha logrado el desarrollo deseado, ni ha logrado el estado de bienestar de una población que es el principal indicador del desarrollo social y económico de los países. Ya que no basta el crecimiento económico de los países, para solucionar los problemas de la pobreza e inequidad²⁵, es más, se ha determinado

²¹ Se conoce como *Resiliencia* a la capacidad del ser humano de recuperarse de la adversidad. Algunas situaciones potencian esta capacidad en las personas, como son el fortalecimiento de la autoestima, la construcción de un proyecto de vida, la participación social activa y tener un vínculo con un referente adulto con quien compartir las decisiones

²² FLACSO. Diagnóstico de la Problemática de niños y adolescentes de 6 a 18 años en situación de riesgo y de los Programas existentes : Análisis de Programas de atención al embarazo en adolescentes. Quito, Abril 2002.

²³ KLIKSBURG, Bernardo. Capital Social y Cultura: Claves olvidadas para el desarrollo.

²⁴ Ibid.

²⁵ SEN, Amartya. “La Salud en el Desarrollo”. Discurso inaugural pronunciado ante la 52ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra 1999.

que a mayor crecimiento económico, mayor inequidad en el acceso a salud, educación, servicios básicos, para amplios sectores de la población.

Actualmente, cada vez va cobrando mayor importancia el fortalecimiento del capital humano, como un medio fundamental para aumentar la productividad, competitividad y el anhelado desarrollo y con esto llegar a objetivos mayores, como el mejorar los índices de nutrición, salud, educación, libertad, entre otros que contribuyen al bienestar social, como lo expresara Amartya Sen (1988), al manifestar que el ser humano no es sólo un medio del desarrollo, sino, su fin último.

Dentro del debate del desarrollo, el capital social y la cultura no son los únicos aspectos relevantes, surge también otro aspecto substancial como es el de las interrelaciones entre las diversas dimensiones, políticas, económicas y sociales, por tanto lo que suceda en una de estas dimensiones afectará notablemente a las otras. Por ejemplo la estabilidad financiera depende también de la estabilidad política; y ésta a su vez está ligada a los niveles de equidad y justicia social. Al referirse a capital social, se están incorporando un sinnúmero de variables que interactúan entre si y de gran trascendencia para el desarrollo²⁶.

Para clarificar la noción de capital social, hemos tomado algunos conceptos, que por su simplicidad, nos permitirán entender la importancia de fomentar el crecimiento de este tipo de capital, como un instrumento válido dentro del proceso de desarrollo. Entre estos tenemos:

Al capital social, se lo ha definido como: “la capacidad de los individuos para asociarse o trabajar juntos, en grupos u organizaciones, para alcanzar objetivos comunes; dependiendo del grado en que los integrantes de una comunidad confían unos en otros y de los valores y normas que comparten”.²⁷

Se dice también que es “el grado de confianza existente entre los actores sociales de una sociedad, las normas de comportamiento cívico practicadas, y nivel de asociatividad que la caracteriza. Estos elementos son evidenciadores de la riqueza y fortaleza del tejido social interno de una sociedad....” (Putnam-1994)²⁸.

Rosalind Greaves, lo define como: “las capacidades que se traducen en ciudadanos con valores de transparencia, verdad, honestidad y responsabilidad lo cual hace que las relaciones interpersonales se desarrollen en un marco de confianza mutua, donde existan normas y

²⁶ KLIKSBERG, Bernardo. “Capital Social y Cultura: Claves olvidadas para el desarrollo”.

²⁷ Seminario Internacional: “Capital Social, Ética y Desarrollo”. Universidad Metropolitana. Venezuela. 2002.

²⁸ Citado por KLIKSBERG en “Capital Social y Cultura: Claves olvidadas para el desarrollo”.

conductas de reciprocidad, donde el respeto a los derechos de los otros y la tolerancia a las diferencias, orienten las conductas”²⁹.

Siendo la naturaleza misma de las personas, las familias, los grupos, poseedores de cualidades de cooperación, valores y tradiciones, se puede decir que son “capital social y cultura por esencia”. Y si estas virtudes no son fortalecidas, al grado que puedan deteriorarse, se estarán perdiendo importantísimas oportunidades del desarrollo, lo contrario se daría si se valoran y fomentan sus capacidades. A través de investigaciones, se determinó que la solidez de un elemento clave del capital social como es la familia, influye positivamente en la ampliación de éste.³⁰

Se ha demostrado que la cohesión social es un factor indispensable para el desarrollo económico sostenible de las sociedades, en vista de que son vitales “las capacidades existentes en una sociedad para resolver disputas, impulsar consensos, concertar al Estado y el sector privado”. Hirschman (1986)³¹; por lo que será posible la construcción del capital social sólo cuando las personas se encuentran integradas e interrelacionadas en la sociedad, “formando parte de redes sociales interesados en el progreso, el trabajo productivo, y con clara conciencia de lo público y lo colectivo

También se ha señalado que existe una relación positiva entre capital social y desarrollo, que propende al mejoramiento del entorno económico para un desarrollo social y humano sostenido, a fin de lograr erradicar las condiciones que favorecen la subsistencia de la pobreza; ya que el capital social puede hacer más productivas otras formas de capital, como el capital humano y el capital financiero. (Teachman, Paasch y Carver -1997)³².

Kliksberg, nos advierte que el capital social también puede ser usado negativamente. Así como el capital Social, se manifiesta en las situaciones en que profesionales de la salud, educación y otros sectores públicos se presentan a trabajar y a cumplir sus obligaciones con mayor tenacidad en aquellos lugares donde sienten que sus actividades cuentan con el apoyo y valoración de la comunidad, puede también suceder que, como una forma de reclamo de sus demandas no satisfechas, utilicen la cohesión y asociatividad de sus gremios para cerrar los centros de atención en perjuicio siempre del mismo sector que son los más desprotegidos.

²⁹ GREAVES Rosalind. Capital social y Desarrollo.

³⁰ KLIKSBERG Bernardo. “Capital Social y Cultura: Claves olvidadas del desarrollo”.

³¹ Citado por KLIKSBERG en “Capital Social y Cultura: Claves olvidadas para el desarrollo”.

³² Citados por Ibid.

Un aspecto importante ya mencionado con anterioridad que cabe destacar, y que tiene que ver con el desarrollo, es el considerar que la especie humana durante su vida cumple con diferentes etapas, que se las ha estudiado desde múltiples puntos de vista en un intento por establecer las particularidades de cada una de estas etapas que van desde la concepción del sujeto hasta su muerte y que componen el “Ciclo de vida”. La noción de ciclo, implica pensar que la vida humana pasa por una serie de etapas ordenadas en las cuales se presentan fenómenos particulares que se repiten de generación en generación y que están influidos por aspectos biológicos, sociales y psicológicos. Así se dice que “la vida humana es la sucesión de etapas con características específicas desde la gestación hasta la muerte, pasando por la infancia, la adolescencia, la vida adulta y la vejez”.³³

La importancia de éste enfoque radica en que permite explicar, “como las situaciones y pasadas experiencias de cada etapa condicionan o preparan las necesidades de las etapas siguientes; así las necesidades y problemas de una etapa pueden ser previstas y superadas o agravadas desde las anteriores, especialmente cuando se relacionan con los procesos de maduración orgánica y del desenvolvimiento de las potencialidades de la sexualidad”.³⁴

Lo anterior es particularmente significativo por la multiplicidad de factores que influyen en el crecimiento y desarrollo de lo/las adolescentes que van experimentando los cambios propios de la edad (aparición de los caracteres sexuales secundarios), y que harán que cada uno desarrolle su personalidad e imprima una marca personal a su vida de acuerdo a sus experiencias pasadas en los ámbitos biológico, psicológico, social, cognoscitivo e intelectual, y a partir de lo cual se espera que el sujeto desarrolle su independencia, construya una noción estructurada de identidad y sea capaz de alcanzar la madurez.(Salud Hoy/Bienestar y Medicina para todos. EMSA 2003). De aquí la importancia de la construcción de entornos favorables donde sea posible que las personas en cada etapa del ciclo de vida desarrollen plenamente sus potencialidades para disfrutar de una vida productiva de acuerdo a sus reales necesidades e intereses, tanto individuales como colectivos. En el caso de las adolescentes una situación negativa resultado de las perturbaciones en el proceso de su desarrollo están los embarazos que tienen un impacto directo en lo que se refiere a reproducción de la pobreza, por las mayores posibilidades de tener menos educación y de empleo, familias más numerosas lo que incide en un aumento de los riesgos nutricionales y de otro tipo para los niños. (Casi seis de cada diez niños que viven en América Latina y el Caribe—cerca de 58 millones son menores de 15 años—son pobres/BID)³⁵

³³ MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA. Lineamientos generales en salud Reproductiva para Santa Fe de Bogotá. DC.

³⁴ Ibid.

³⁵ Aproximadamente 20 millones de éstos niños llegan a la edad escolar sin que hayan recibido una atención que favorezca su desarrollo en forma significativa y que, entre otras cosas, los prepararía para ganarse un salario decoroso y salir de la miseria en que nacieron. BID/Enfoque para salir de la pobreza. 1998.

El enfoque del ciclo de vida tiene que ver también con determinantes sociales como “prohibiciones, estímulos, conductas y expectativas, modo de ser y de identificación de sus necesidades y problemas, en los que se organiza, designa líderes, propone soluciones y encuentra los medios para acceder a la toma de decisiones, en forma autónoma o motivada por otros actores sociales”.³⁶

Podemos decir que la estrategia para el desarrollo Social y Humano radica en la construcción y perfeccionamiento de capacidades y de la generación de oportunidades, a través de intervenciones oportunas en cada una de las fases del ciclo de vida y que para el caso particular se las adolescentes les permita encontrar opciones productivas de desarrollo y contar con los mecanismos necesarios de seguridad y protección para garantizar un nivel de vida digno y justo.

2.3 Determinantes de la Salud en los adolescentes.

El proceso de Salud-enfermedad rebasa con mucho la visión tradicional de la Salud Pública y la Epidemiología clásicas que describen tan sólo la ocurrencia de enfermedad, su clasificación, sus “ factores de riesgo”, así como su descripción por medio de métodos estadísticos. Según Breilh (2003), la epidemiología clásica que utiliza la noción de “factor causal” “o riesgo” lo que consigue es “segmentar la realidad para oscurecerla”; sucesivamente estos factores de riesgo se convierten en variables de un modelo matemático formal, en el cual por medio de una explicación de la varianza se tornan en factores de “alto riesgo”, y por lo tanto “causas” del problema; sobre esa base, toda acción se orienta a un enfoque estrictamente asistencial, limitado a la corrección funcional de riesgos como procesos aislados; quedando de lado las consideraciones sobre los modos de vida o reproducción social, centrándose la atención preferentemente sobre las variables que son las manifestaciones visibles, de la realidad empírica.³⁷ Estos modelos aunque importantes, no constituyen la única forma de análisis en el proceso de salud enfermedad; éste análisis debe ir mucho más allá, y poner de manifiesto la importancia que en la consecución o fomento de la salud tienen otros aspectos como los hábitos, el medio ambiente, los ingresos, las condiciones de trabajo, la posición social, el nivel de stress, y en general todo el entorno que presiona y lucha permanentemente con la resistencia del individuo determinada por su especificidad (características genéticas individuales o particulares de su edad y sexo) y su autonomía (elección voluntaria con consecuencias sobre su salud), por lo que se puede afirmar que la salud es un producto social, resultado de las fricciones, tensiones y relaciones de los diferentes aspectos que inciden en el ser humano.(Contandriopoulos. 2001).

³⁶ Lineamientos generales en salud Reproductiva para Santa Fe de Bogotá. DC.

³⁷ BREILH, Jaime. Epidemiología Crítica. Ciencia Emancipadora e Interculturalidad. Buenos Aires. 2003.

Los modos de vida, se refieren a “las formas favorables o desfavorables que los hombres y mujeres, viven su existencia en la vida cotidiana, todo ello en función del ambiente y del medio social que les rodea”. Este concepto engloba a los conceptos de “condiciones de vida” (referido fundamentalmente a la disposición de recursos materiales y culturales a que los grupos sociales tienen acceso, según su incorporación al proceso productivo de una sociedad). Y “estilos de vida” (que tiene que ver con las conductas o comportamientos individuales, producto entre otros aspectos de la pertenencia a un determinado grupo social, nivel educativo, gustos y preferencias³⁸.

El analizar los diferentes enfoques sobre los conceptos de, modos y calidad de vida y estilos de vida como determinantes del proceso de salud enfermedad, permite precisar sus alcances y limitaciones tanto teóricas como metodológicas; y sus relaciones con otros conceptos o categorías.³⁹

Este enfoque metodológico es relevante, porque permite la comprensión de los principales factores relacionados con la salud, y para el caso que nos ocupa que es la problemática del embarazo adolescente. Se advierte entonces que la salud de este grupo poblacional no depende exclusivamente de los servicios de salud, sino también del contexto social, el trabajo, nivel cultural; formas de organización, ambiente, etc.; que determinaran los modos, estilos y condiciones de vida, que inciden decisivamente en el estado de salud, tanto a nivel individual, familiar y colectivo. Sin embargo es un papel inherente a los servicios de salud el contribuir a que tal situación, tenga la menor proporción posible de repercusiones negativas en la salud de las personas.

Entre los determinantes que confluyen para que se produzca el embarazo en adolescentes, se distinguen la disfunción familiar, la no convivencia con los padres (migración), educación sexual deficiente, escasa autoestima, nivel socioeconómico bajo, deserción escolar con situación social carente de oportunidades reales de progreso, Madre o hermana con antecedentes de embarazo adolescente, presión por parte de sus pares, desvalorización de la virginidad como requisito para el matrimonio, independencia emocional donde la adolescente consciente o inconscientemente desarrolla el deseo de embarazarse en ciertas situaciones de crisis (por ejemplo en casos de maltrato)⁴⁰, ignorancia de su propia fisiología y del uso correcto de métodos anticonceptivos, poca comunicación entre padres e hijos.

³⁸ CAJA COSTARRICENSE DE SEGURIDAD SOCIAL (CCSS), CENTRO DE DESARROLLO ESTRATEGICO E INFORMACION EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL (CENDEISS), UNIVERSIDAD DE COSTA RICA .SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO (SEP). Bases para la Atención Médica Integral en el I Nivel de Atención.

³⁹ BENITEZ A. José Carlos. Consideraciones Biológicas y Sociales En Torno a la Condición y Calidad de Vida como Determinantes del proceso Salud Enfermedad.

⁴⁰ ZURITA, Cecilia. “El maltrato infantil como factor de riesgo para el embarazo adolescente”. Taller de salud integral de adolescentes. Quito, Julio 2001.

De lo expuesto se desprende que, el embarazo en la adolescencia, no constituye un evento estrictamente fisiológico, relacionado con situaciones de irresponsabilidad y conductas sexuales inapropiadas, es el resultado de estos factores en interacción con otros que tienen que ver con el funcionamiento mismo de la sociedad, y los ya mencionados modos y condiciones de vida en que los/las jóvenes se desarrollan.

En tal situación el embarazo adolescente es en un problema de la medicina social, por los determinantes sobre la salud biológica y psíquica de la madre que pueden afectar de forma definitiva varios parámetros de su vida; e interrumpir o retrasar el desarrollo del proyecto de vida de los jóvenes y por ende obstaculizar el desarrollo de las sociedades donde se desenvuelven los involucrados.

2.4 Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes.

Según la Organización Mundial de la Salud, la Salud Reproductiva “es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”. (Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), 1994)

Implica por tanto “la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la capacidad de procrear y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con que frecuencia” (CIPD, 1994).

A pesar de haberse reconocido a las y los adolescentes y jóvenes como un grupo prioritario por la sociedad, los gobiernos y organismos internacionales, continúan siendo un grupo vulnerable especialmente en lo referente a la salud sexual y reproductiva. La introducción a la sexualidad de los jóvenes en su mayor parte, no es comprendida por los adultos, de esta forma se la enfrenta con actitudes que no favorecen en nada la disminución de las situaciones de riesgo.⁴¹

⁴²

Desde el punto de vista biológico, diversos estudios indican que las mujeres jóvenes están presentando la menarquia más precozmente que años atrás y que los matrimonios están ocurriendo más tarde, dando como resultado que un importante número de adolescentes en

⁴¹ Taller de salud integral de adolescentes. Quito, Julio 2001.

⁴² FLACSO. Diagnóstico de la población de niños y adolescentes de 6 a 18 años en situación de riesgo.

edad fértil en todo el mundo sean sexualmente activos, ocurriendo ésta actividad sexual en nuestro país por lo general entre los 15 y 19 años de edad⁴³

Satisfacer las necesidades de salud reproductiva de los adolescentes constituye un verdadero desafío, especialmente para el caso de los adolescentes entre 10 y 14 años. En parte por la renuencia de algunos padres, educadores y proveedores de salud a discutir aspectos de salud sexual con los jóvenes. O por opiniones equívocas de que la educación sexual puede inducir un inicio más temprano o mayor actividad sexual. Pero en realidad lo que se ha evidenciado es que la educación sexual resulta eficaz para modificar los comportamientos, retrasar el inicio de la actividad sexual y una mayor frecuencia de prácticas sexuales más seguras (Encuesta realizada por la OMS. Ginebra-1993). Y aunque es importante que la información se ajuste al nivel de desarrollo de los/las adolescentes, es más importante aún que la educación sexual llegue a los menores antes del inicio de su actividad sexual.

Según investigaciones del CEPAR (1999), en nuestro país el 43% de las mujeres tuvo su primera relación sexual entre los 15 y 24 años de edad, siendo el promedio de 16.6 años. Estas relaciones ocurren en una proporción cada vez mayor fuera del matrimonio dando lugar con ello al incremento de problemas derivados del proceso de gestación y maternidad, lo que se suma a los cambios corporales, psicológicos y sociales propios de la edad.

La educación sexual debe ayudar a los adolescentes a decidir de manera responsable en lo que tiene que ver con su vida sexual y por ende con anticoncepción. La promoción de la salud Sexual y Reproductiva se propone garantizar los derechos sexuales y reproductivos de hombres y mujeres y procurar una sexualidad satisfactoria, responsable y segura, reconociendo las necesidades específicas de cada grupo.

2.4.1 Embarazo y Paternidad Adolescentes

La maternidad y paternidad precisados como roles de la vida adulta, imponen a los jóvenes situaciones para las cuales no están emocional ni socialmente preparados en vista de que el embarazo en la adolescencia muy pocas es conscientemente buscado (aunque según ENDEMAIN el 17,7% de las menores de 15 años y el 28,4% de adolescentes entre 15 y 17 años deseaban tener un hijo), y se produce “no con la conciencia clara de lo que significa, sino más

⁴³ SUSANA ROMERO, MONICA SOTO.”Deserción Escolar y Embarazo temprano”. I Curso Internacional de Adolescencia. Quito, Marzo 2001. Proyecto de Unidad de Atención de Adolescentes. HGOIA-AECI

bien por la búsqueda de una estabilidad no proporcionada en sus núcleos familiares”.⁴⁴ Obedeciendo por lo general a una serie de manifestaciones psicosociales, culturales y demográficos con un patrón que se repite a lo largo de las diferentes poblaciones en que este fenómeno se ha estudiado.⁴⁵

Debido a que son las mujeres las que sobrellevan los embarazos, los informes sobre el porcentaje de adolescentes varones y hombres jóvenes que se convierten en padres no han recibido la suficiente atención. Se conoce que por lo general son sus grupos de pares los que suelen alentar a los adolescentes varones a probar su sexualidad masculina antes que estén listos, dando lugar a una perturbación en sus planes de formación o aprendizaje y enfrentándolos a mayores responsabilidades económicas, por las menores probabilidades de completar la enseñanza secundaria. En vista de que la mayoría de las sociedades define el rol tradicional de un hombre como el principal responsable del bienestar económico de la familia, los hombres jóvenes se enfrentan a un estrés considerable cuando son incapaces de cumplir esa función.

Algunos estudios revelan que jóvenes con gran sensibilidad y capacidad valorativa de la realidad son abatidos por una serie de trastornos afectivos conocidos como “El síndrome del Padre Soltero” que les causa depresión, complejos de culpa, trastornos afectivos, angustia, ansiedad, y bloqueo de sus actividades escolares o laborales⁴⁶ lo que incide peligrosamente en su desarrollo futuro.

Pero es indudable que las que sufren las mayores consecuencias son las adolescentes. Por la mayor probabilidad de ser pobres, a causa de una formación escolar mínima con la que se quedan al interrumpir sus estudios, y la mayor carga de trabajo y responsabilidades que les toca asumir con la maternidad; al contrario, de muchos adolescentes que pese a convertirse en padres tempranamente, pueden seguir con sus estudios y su forma de vida habitual.

Lo que es innegable, es que la procreación temprana impone una carga a la sociedad, tanto por los recursos productivos que se pierden, como por el incremento de gastos que implica, en asistencia sanitaria y social⁴⁷.

⁴⁴ ZURITA, Cecilia. “El maltrato infantil como factor de riesgo para el embarazo adolescente”. I Curso Internacional de Adolescencia. Quito, Marzo 2001

⁴⁵ ALATORRE RICO Javier, ATKIN Lucille C. “El Embarazo Adolescente y La Pobreza”. Mujeres pobres: Salud y trabajo. México: Gimtrap, 1998

⁴⁶ Actualidades en Psicología, Vol 8. N° 73. Programa de Psicología de la Salud. Instituto de Investigaciones Psicológicas. Universidad de Costa Rica.1992

⁴⁷ Population Reports, Serie J, Número 41. , The Johns Hopkins School of Public Health, Volumen XXIII, Número 3, Octubre 1995

2.4.2 Embarazo y Parto en la adolescente y sus consecuencias.

Se define como embarazo adolescente aquel que ocurre dentro de los dos primeros años de edad ginecológica⁴⁸ y cuando la adolescente mantiene una total dependencia socioeconómica del núcleo familiar.^{49 50}

Es importante la identificación de la multiplicidad de circunstancias en que puede acontecer el embarazo: edad, situación económica, situación de abandono, violencia, acceso a servicios de salud, discapacidades, situaciones ambientales, y culturales dado que en muchas zonas rurales, la unión y maternidad tempranas es lo esperado, mientras que en la zona urbana no necesariamente es así. Por este motivo las adolescentes casadas que se embarazan no afrontan los mismos conflictos psicosociales que las adolescentes no casadas, pero sí las mismas complicaciones por enfermedades de transmisión sexual (ETS/VIH)⁵¹ y los riesgos de salud asociados al embarazo precoz.⁵² Todo esto debe analizarse con el fin de priorizar acciones y ofrecer una atención conforme a las necesidades particulares de cada adolescente.

Al llegar la menarquia, las muchachas están en una proporción del 4% por debajo de su talla definitiva y por debajo de su desarrollo pélvico completo en una proporción del 12%-18% (OMS, 1994) (WHO HOME/Reproductive Health). Por lo que es importante establecer el grado de madurez biológica para poder precisar los riesgos reales del embarazo, entre los cuales están:

- Una mayor incidencia los partos distócicos por estrechez pélvica, por inmadurez o desarrollo osteomuscular incompleto, inmadurez de la fibra muscular uterina (distocias dinámicas).
- Rigidez de las partes blandas con mayor peligro de desgarre de las mismas en el momento del parto.
- Las mujeres jóvenes están también más expuestas a dar a luz antes del término del embarazo.

Los factores anteriores tienen que ver con una mayor incidencia de partos por cesárea.

- Anemia ferropénica.

⁴⁸ Se conoce como la diferencia entre la edad cronológica de la paciente y la del inicio de su menarquia.

⁴⁹ DULANTO GUTIERREZ, Enrique. El Adolescente. México, 2000.

⁵⁰ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Normas y Procedimientos para la Atención de la Salud Sexual y Reproductiva. 1999.

⁵¹ FLACSO. Diagnóstico de la Problemática de niños y Adolescentes de 6 a 18 años en Situación de Riesgo y de los Programas existentes: Análisis de Programas de atención al embarazo en adolescentes. Quito, Abril 2002.

⁵² UNICEF.1998.

- Por la combinación de variables como edad, estatura, peso inicial, con factores psicológicos que puede dar lugar a partos prolongados, lo cual incidiría en el aumento de la morbilidad y mortalidad materno infantil.⁵³
- La preeclampsia⁵⁴ que afecta a aproximadamente al 5% de las mujeres embarazadas, la mayoría de ellas madres primerizas y menores de 20 años.
- Eclampsia⁵⁵ es otra complicación que puede surgir si no se trata la preeclampsia puede llevar a convulsiones y coma. Aproximadamente el 10 por ciento de las mujeres con preeclampsia grave desarrolla un trastorno llamado síndrome HELLP.⁵⁶

La morbilidad asociada al embarazo, parto y puerperio están entre las 10 primeras causas de hospitalización de las mujeres (INEC 2001) Por ejemplo tenemos: Otras complicaciones del embarazo y parto 15,2%; Embarazos terminados en aborto 4,9%; y, otras atenciones maternas relacionadas con el feto y la cavidad amniótica y posibles problemas del parto 4,2%.⁵⁷

El embarazo en la adolescencia compromete la salud del recién nacido, porque las tasa de mortalidad, prematurez y bajo peso al nacer se presenta más alta para este grupo de edad.⁵⁸ Además se puede acompañar de otras particularidades como la incapacidad materna para cuidar a su hijo. Los hijos de madres adolescentes tienen mayor riesgo de abuso físico, negligencias en el cuidado de su salud, incremento de estrés, trastornos emocionales, retardo en el desarrollo psicomotor de las áreas postural y del lenguaje esto sobre todo en hijos de madres adolescentes de edades tempranas (10-14 años) y medias (15-17 años).⁵⁹

Otros autores creen que aunque el embarazo durante la adolescencia no constituye en si mismo el problema, ya que si un organismo está maduro para concebir, también lo está para parir⁶⁰. El problema más bien radica en las condiciones en que dicho embarazo acontece y en la posibilidad mencionada de que afecte el normal desarrollo de la adolescente y su pareja si es que permanece junto a ella, debido a la interrupción precoz de su desarrollo personal, tanto desde el punto de vista emocional como intelectual.

⁵³ DULANTO GUTIERREZ, Enrique. El Adolescente. México, 2000.

⁵⁴ Complicación que sobreviene al final del embarazo y se caracteriza por hipertensión arterial, aumento de la albúmina en la orina y edemas, pero sin convulsiones.

⁵⁵ Se presenta regularmente durante el último trimestre del embarazo, se caracteriza por convulsiones que no pueden atribuirse a otra causa.

⁵⁶ Se caracteriza por: Hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y bajo recuento de plaquetas.

⁵⁷ INEC. Censo 2001.

⁵⁸ FLACSO. Diagnóstico de la Problemática de niños y Adolescentes de 6 a 18 años en situación de riesgo y de los programas existentes: Análisis de Programas de atención al embarazo en adolescentes. Quito, Abril 2002.

⁵⁹ CARDENAS Fidel, FREIRE Lorena, PAZMIÑO Juan, WEIGEL Margaret. "Comparación de crecimiento y desarrollo entre hijos de madres adolescentes y adultas". I Curso Internacional de Adolescencia. Quito, Marzo 2001.

⁶⁰ DULANTO GUTIERREZ, Enrique. El Adolescente. México, 2000.

En vista de que los peligros no terminan con el parto, se añaden otras situaciones de pérdida, reflejadas en la mayor probabilidad de: recibir menos educación, menores posibilidades de empleo y menores ingresos, divorcio o separación de su pareja y el vivir en la pobreza, puesto que las restricciones económicas ocasionadas por la maternidad adolescente pueden obstaculizar las opciones de desarrollo de las jóvenes, cerrando de esta forma un círculo de reproducción de la pobreza.⁶¹

La procreación en estas condiciones desfavorables, constituye un determinante para el fracaso, ya que la morbilidad y la mortalidad relacionadas con ésta constituyen una razón importantísima de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) y de años de vida ajustados por calidad (AVAC). Esto, a pesar de que algunas investigaciones sostienen que en varios aspectos técnicos de la medición por AVAD se subestima la importancia de la salud reproductiva, por cuanto es un enfoque centrado en la enfermedad, por tanto no toma en cuenta situaciones que producen pérdida de la calidad de vida, pero que no son situaciones patológicas, como por ejemplo el embarazo no deseado. Tampoco se incluyen los efectos que puede haber sobre el resto de la familia, cuando uno de sus miembros se enferma.⁶²

2.4.3 Planificación Familiar.

La planificación familiar como un elemento de todo servicio bien organizado de salud reproductiva además de salvar vidas y mejorar la salud tanto de la madre como de los hijos, debe contribuir también a mejorar la calidad de vida al brindar la posibilidad de evitar embarazos no deseados y decidir sobre el número y espaciamiento de los hijos, lo que redundará en mayores oportunidades de participación en actividades educativas y productivas y por ende en el mejoramiento de la situación socioeconómica de las personas y de las sociedades en general, ya que el rápido crecimiento poblacional obstaculiza la salud y educación de las personas y por tanto el desarrollo socioeconómico de las comunidades. Por lo que se la puede considerar como una de las mejores inversiones para mantener la salud y bienestar de las mujeres niños y las comunidades.

Aunque los adolescentes varones y mujeres tienen derecho a acceder a información clara y precisa sobre métodos anticonceptivos, su correcto uso, efectos secundarios, prevención de

⁶¹ ALATORRE RICO Javier, ATKIN Lucille C. "El Embarazo Adolescente y La Pobreza" .Mujeres pobres: Salud y trabajo. México: Gimtrap, 1998

⁶² LANGER, Ana. NIGENDA, Gustavo. Salud Sexual y Reproductiva. Reforma del sector salud en ALYC. Desafíos y oportunidades. 2000.

enfermedades de transmisión sexual incluido el VIH/SIDA, los cuidados prenatales o la investigación y el tratamiento de la esterilidad según lo establecido en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en 1994, los/las adolescentes sexualmente activos constituyen uno de los grupos con mayores dificultades de acceso a los servicios de planificación familiar por lo general debido a una falta de información, de autonomía, desequilibrio de poder en las relaciones entre hombres y mujeres, jóvenes y adultos, falta de recursos económicos, o más aún, por temor a sentirse estigmatizados al tratar de acceder a éstos servicios cuando tienen alguna inquietud, lo que los vuelve extremadamente vulnerables a determinadas complicaciones. Así tenemos que el uso de anticonceptivos por las mujeres adolescentes es inferior a las mujeres de toda edad -1 de cada 10- y las cifras son más bajas en las zonas rurales.⁶³

Los programas de planificación familiar deben estar orientados a identificar y atender las necesidades específicas de las adolescentes. El personal de los servicios no debe ignorar los problemas relacionados con el uso y el fracaso de los anticonceptivos, ya que el sólo hecho de que los anticonceptivos estén disponibles no garantizará su utilización y aceptabilidad, todo esto a fin de limitar las consecuencias de los embarazos no deseados, los abortos en condiciones peligrosas y el riesgo de repetición del embarazos no deseados, y brindar a las mujeres y sus parejas una sexualidad y/o una maternidad libre de conflictos.

Un aspecto muy importante para la eficacia de la planificación familiar es el considerar las necesidades reales de las adolescentes; así por ejemplo la situación de las adolescentes de post-parto y las que sufren un aborto son diferentes; en las adolescentes que han sufrido un aborto la fecundidad se restablece rápidamente, mientras que tardará más en restablecerse en el post-parto, sobre todo cuando la mujer se encuentra en el período de lactancia. Y si tomamos en cuenta que generalmente las adolescentes no acuden regularmente a un hospital, sino para la atención del parto, o en caso de aborto u otras complicaciones en su salud; éstas ocasiones aprovecharse para atender de manera eficaz y eficiente a sus necesidades, por lo que resulta de gran importancia la integración y coordinación de los servicios de salud encargados de proporcionar atención a las adolescentes.

La información y los consejos brindados por el personal de los servicios de salud en lo referente a planificación familiar debe abordar tanto la prevención del embarazo como la protección frente a las ETS, mediante la utilización de los distintos métodos existentes, y el uso correcto de los mismos.

⁶³ OPS/OMS/FUNDACION W K KELLOGG. Proyecto de desarrollo y Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes de América Latina y el Caribe. 1997-2000.

Tomando en consideración que los adolescentes tienen buena salud, y que aún no han sido afectados por patologías crónicas degenerativas, es factible por tanto el que puedan elegir entre una amplia variedad de opciones anticonceptivas, aunque los condones claramente son la primera opción entre los adolescentes no casados.⁶⁴

Entre los beneficios de la planificación familiar en los adolescentes y jóvenes podemos citar:

- Protección contra embarazos y partos precoces o no deseados.
- Prevención de abortos en condiciones riesgosas.
- Posibilidad de protección contra ETS/VIH.
- Mayor escolaridad.
- Posibilidades de empleo.

2.5 Políticas sociales para adolescentes.

La crisis económica que afecta a la mayoría de países, conjuntamente con las políticas neoliberales y las medidas de ajuste estructural que se aplican, ha hecho sentir sus peores efectos en uno de los grupos más vulnerables desde el punto de vista económico social y de la salud como son los jóvenes, por cuanto repercute directamente en la disminución de la matrícula escolar, deserción, disminución de la oferta laboral, subempleo, informalidad, disminución del acceso a la salud, violencia, etc., es decir en una desvalorización de sus potenciales, y si consideramos que en América Latina del 40 a 50% de la PEA son adolescentes entre 15 y 19 años.⁶⁵ Es fundamental el trabajar en un desarrollo de las políticas sociales como una forma de garantizar los derechos más elementales de los jóvenes y fortalecer su capacidad de autoayuda y superación.

Las políticas públicas orientadas hacia la niñez y adolescencia se enmarcan conceptualmente en la convención sobre los derechos de los niños (CDN), y la convención sobre la eliminación de toda forma de discriminación contra la mujer (CEDAW), como instrumentos fundamentales del derecho de adolescentes hombres y mujeres; y su objetivo principal es el de garantizar a toda la población menor de dieciocho años, el cumplimiento de sus derechos y la disminución de las inequidades que impiden su desarrollo. Se trata de “proveer a la niñez y adolescencia de los instrumentos y estrategias dirigidas a liberarse de la ignorancia, las enfermedades, la muerte prematura, la explotación económica, la violencia intrafamiliar, el abuso y la discriminación, a

⁶⁴ FLACSO. Diagnóstico de la Problemática de niños y Adolescentes de 6 a 18 años en situación de riesgo. Y de los programas existentes: Análisis de Programas de atención al embarazo en adolescentes. Quito, Abril 2002. Quito, Abril 2002

⁶⁵ OPS/OMS/FUNDACION W K KELLOGG. Proyecto de desarrollo y Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes de América Latina y el Caribe. 1997-2000

la vez que facilite su inclusión en procesos participativos de toma de decisiones y en la ejecución de acciones dirigidas a mejorar la calidad de vida de la población adolescente”⁶⁶.

Las políticas públicas, deben responder a algunos criterios,⁶⁷ entre estos, es primordial el considerar a los jóvenes no únicamente como beneficiarios de servicios, sino también como actores estratégicos del desarrollo, por lo que la inversión en educación y salud para elevar el capital humano, es fundamental para el crecimiento económico y el desarrollo social verdadero. El enfoque de derechos de los adolescentes, lleva a pensar a las políticas como una responsabilidad no solo de los gobiernos, sino también de los diferentes actores sociales. Es decir son el resultado de un consenso entre el estado y la sociedad, y con la participación de los adolescentes. En tal virtud, las políticas se han categorizado, según UNICEF⁶⁸ de la siguiente forma:

Políticas Universales, orientadas al desarrollo pleno de las capacidades del individuo, y dirigidas a todos los adolescentes, considerados como sujetos de derecho. Se enfocan a la prevención de problemas, antes de su apareamiento.

Políticas de prevención y protección, para atender a adolescentes en situaciones problemáticas o en condiciones de vulnerabilidad, que pueden acrecentarse cuando fallan las políticas universales o no existen. Este enfoque se centra en la restitución de los derechos, cuando estos han sido infringidos.

Es importante tener en cuenta que la familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo, representa el espacio natural de formación y crecimiento de la niñez y adolescencia, ejerce un rol protector ante los cambios y contingencias del entorno social y constituye el principal recurso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y sus daños, por lo que es fundamental el apoyo que se pueda brindar a “la responsabilidad primaria de los padres y madres en el cuidado y crianza de los hijos, proporcionándoles los medios y herramientas para desempeñar en mejor forma su función, en un marco de respeto, igualdad e integración”, y de esta forma evitar que el núcleo familiar se convierta en el primer lugar donde se infrinjan estos derechos, ya que “... mientras más adverso es el contexto donde se desarrolla el adolescente, mayor será la necesidad de apoyo que le permitirá sobrevivir y prosperar en el futuro.” (OPS, 1998).

⁶⁶ Oficina Regional de UNICEF para América Latina y el Caribe La Adolescencia en América Latina y el Caribe: Orientaciones para la formulación de políticas. Colombia. Diciembre 2001.

⁶⁷ RODRIGUEZ Ernesto. Políticas de Juventud: Un balance de los años noventa. Desarrollo Social en América Latina: Temas y Desafíos para las Políticas Públicas. Costa Rica. 2002

⁶⁸ Ibid.

Aunque la mayoría de países ya cuentan con políticas públicas de juventud, (en algunos se encuentran en etapa de diseño, y en otros se encuentran en diferentes etapas de desarrollo); éstas políticas por lo general se enfocan a la educación, trabajo, salud y justicia, pero sin una orientación integral de desarrollo humano.⁶⁹ Siendo evidente la falta de continuidad en la que incurren los diversos gobiernos, cuando se trata, de salvaguardar y propender al desarrollo integral de los jóvenes ya que por lo general, la preparación e implementación de las políticas sociales están a cargo de políticos y burócratas temporales en sus cargos, lo que da a lugar a que éstas desde su origen estén limitadas “*por una alta dosis de improvisación y de desconocimiento de la problemática juvenil*”⁷⁰.

En el Ecuador como lo expresa el informe sobre el Análisis de Políticas de Juventud en América Latina “...carecen de continuidad, se presentan como respuesta a estímulos coyunturales y no suelen estar interrelacionadas, careciendo por tanto de integralidad, integración y profundidad”⁷¹

⁶⁹ OPS/OMS/FUNDACION W K KELLOGG. Proyecto de desarrollo y Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes de América Latina y el Caribe. 1997-2000.

⁷⁰ RODRIGUEZ Ernesto. Políticas de Juventud: Un balance de los años noventa. Desarrollo Social en América Latina: Temas y Desafíos para las Políticas Públicas. Costa Rica. 2002

⁷¹ Ibid.

CAPITULO III

Sistema de salud y Sistema de Servicios de salud.

3.1 Sistemas de Salud.

El estudio de los Sistemas de Salud, considera de forma esencial la aplicación del enfoque sistémico para entender su funcionamiento, intervenciones y resultados.

Desde hace medio siglo aproximadamente, se ha comenzado a definir a las sociedades humanas como "sistemas sociales", a partir de lo cual se deduce que existen una serie de fenómenos colectivos interdependientes e interactuantes, que llegan a originar, componer y reproducir a la sociedad humana.

La teoría de sistemas nos permite comprender que un sistema es ante todo una entidad inseparable y coherente compuesta por elementos independientes, que a su vez puede pertenecer o ser parte de otro sistema mayor,(Watzlawick). Por lo que no se puede hablar de sistema como algo separable, ya que se considera "*que un sistema no es la simple suma de sus partes, sino que de la interrelación de dos o más partes nos da un efecto que no se explicaría por las partes consideradas separadamente*" (Alejandro López et Al). Por lo tanto entendemos a todo sistema social como una totalidad, de partes y elementos interrelacionados de tal forma, que cualquier variación o cambio en una de sus partes afecta a cada uno de los elementos restantes. El concepto de "*sistema*" resulta útil como un instrumento conceptual y de análisis, porque permite visualizar a un "todo" heterogéneo de seres humanos, ordenado y en interacción recurrente.⁷²

De esta forma se considera a la sociedad actual como una sociedad de sistemas, cuya unidad fundamental es el grupo. Cualquier sistema, cualquier grupo, además de tener su propia identidad, pertenece también a otros parasistemas, subsistemas y suprasistemas de diferentes niveles de profundidad.

En lo referente al Sistema de Salud, se lo considera como el conjunto de organizaciones, instituciones, personas y recursos que intervienen en la prestación de atención de salud a las

⁷² AUSTIN. M, Tomás. Teoría de Sistemas y sociedad. 2000.

personas⁷³. Ampliando este concepto, tenemos que Sistema Nacional de Salud se define como: “un conjunto de relaciones estructuradas entre poblaciones, organizaciones e institución. Está constituido por entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias que actúan en promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud coordinadas funcionalmente, respetando su autonomía, y articuladas por leyes, políticas, normas, metas y valores comunes con el objetivo de garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud de la población ecuatoriana, en cumplimiento del mandato constitucional”⁷⁴.

La finalidad de cualquier sistema de salud es contribuir a mejorar la salud de la población, buscando optimizar las condiciones de equidad, eficiencia y eficacia, así como de autonomía o responsabilidad compartida con que se prestan los servicios de salud.

Entre las funciones o roles de los Sistemas de Salud, se identifican: la regulación, el financiamiento y gasto; el aseguramiento y la provisión, cada uno de ellos plantea un modelo teórico-operativo necesario para la comprensión, análisis y diseño de intervenciones ajustadas a las realidades sociales y económicas. (Villacrés. 2002)

Numerosos países en el mundo, incluyendo los latinoamericanos durante los ochenta y noventa, han implementado reformas a sus Sistemas de salud; que se han dado como parte de procesos más amplios de transformaciones económicas, sociales y políticas de los países y modernización del estado, “...*excepto en ciertas circunstancias de autonomía de determinados sectores o de hechos locales profundamente innovadores.*”⁷⁵ Ya sea como parte de procesos de reformas del estado, o como planes nacionales de Salud, surgen por la necesidad de corregir las inequidades en la salud y en el acceso a los servicios, así como también por la necesidad de contener costos, y racionalizar el uso de los recursos. Por lo tanto el objetivo de la Reforma del sector de la salud es mejorar el estado de salud de las poblaciones a través de promover el acceso, equidad, efectividad, calidad, la sostenibilidad, eficiencia y la participación social en la dispensación de los servicios de atención.^{76 77}

A pesar de la aparente coincidencia en los objetivos de las reformas, la forma en que se implementan éstas, responden a conceptos y valores dominantes en cada sociedad. Por lo que se dice que el Sistema de salud deseable para una sociedad es aquel que incide en el estado de

⁷³ Equidad y Reformas del Sector Salud en América Latina y el Caribe. Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health. 2001

⁷⁴ Lineamientos del Sistema Nacional de Salud del Ecuador. Correo Poblacional y de la Salud. Quito. Abril 2000.

⁷⁵ ECHEVERRIA Ramiro. El proceso de Reforma del Sector Salud en el Ecuador 1992-1997: Aportes para el debate. Quito, Julio 1997.

⁷⁶ SUAREZ Julio. Acceso Universal y Reforma en Salud en el Ecuador. OPS/OMS Ecuador.

⁷⁷ ECHEVERRIA Ramiro. El proceso de Reforma del Sector Salud en el Ecuador 1992-1997: Aportes para el debate. Quito, Julio 1997.

salud de la población, a través de la interacción del sector salud con otros sectores de la economía.

En la mayoría de los países, a pesar de la crisis económica y financiera generalizada, se mantiene la tendencia a continuar con la Reforma del sector Salud. Pero estos procesos de Reforma, no se realizan de manera sistemática y en los pocos países donde ello se cumple, la ejecución de las reformas suele ser lenta; teniendo que ser conducidas por gobiernos de diversas corrientes políticas, lo que contribuye a limitar en mayor o menor grado el alcance e impacto de las reformas.⁷⁸

Para el caso de nuestro país, se puede adjudicar las primeras propuestas para el mejoramiento de la salud y las condiciones de vida a Eugenio Espejo a través de su obra “Reflexiones acerca de un método para combatir las Viruelas” en 1785. Posteriormente con la creación del IEES en 1928 y el Ministerio de Salud Pública en 1967; dan lugar a cambios significativos en la situación de salud en el país. Más recientemente con la creación del Consejo Nacional de Salud (CONASA) en 1980 como una entidad de concertación sectorial, cuyo propósito fundamental es consolidar la organización y desarrollo del Sistema Nacional de Salud, y asesorar al MSP en lo referente a políticas de salud; se planteó la necesidad de crear, organizar y desarrollar el Sistema Nacional de Salud del Ecuador. Así mismo se destaca la creación de los SILOS (Sistemas Locales de Salud). El propósito del CONASA ha sido el de coordinar acciones y recursos entre las diferentes instituciones⁷⁹.

La crisis económica de los 80, la tendencia globalizadora del mercado, y de modernización del estado, dieron lugar a una nueva corriente reformadora. Así en 1993 con la Ley de Modernización del Estado y del CONAM, se formulan propuestas de reforma a la seguridad social, que promueven la privatización de los servicios del IESS.

En 1995, se reactiva el CONASA como la instancia más idónea para dirigir el proceso de Reforma del Sector de la Salud, lo cual conjuntamente con el plebiscito de Noviembre de 1996 frenaron las pretensiones privatizadoras y modernizadoras del CONAM.⁸⁰

En 1999 se introdujeron reformas internas en el MSP como la creación de los sistemas descentralizados de salud, los consejos cantorales de salud, los comités de participación social, y el modelo de autogestión de servicios. Se han formulado varias propuestas de reforma

⁷⁸ Rev Panam Salud Pública v 8 n.1-2 Washington Julio/Agosto 2000.

⁷⁹ ECHEVERRIA Ramiro. El proceso de Reforma del Sector Salud en el Ecuador 1992-1997: Aportes para el debate. Quito, Julio 1997.

⁸⁰ ECHEVERRIA Ramiro. El proceso de Reforma del Sector Salud en el Ecuador 1992-1997: Aportes para el debate. Quito, Julio 1997.

sectorial, pero que no han sido aplicadas completamente, ya sea por la inestabilidad política existente en el país, la crisis económica, pugnas de poder, regionalismo, problemas estructurales en el sector salud, escasez de fondos disponibles, además del escaso nivel organizativo y de coordinación, han dado lugar a que los procesos de reforma del Sector salud transcurran de forma inestable o se produzcan de manera “*silenciosa*” en razón de que aún no se aprecia una clara articulación.⁸¹

Las reformas del sector de la salud plantean: reforzar la *función rectora de los ministerios de salud*, a través de una *redefinición de sus roles y funciones* que le confieran “...mayores capacidades para la formulación de políticas públicas, normatización, regulación y control del sector salud”⁸² en un contexto de cambios a producirse.

La *separación de funciones* dentro del sector público con la finalidad de lograr una mayor eficiencia en la gestión de los servicios.

Ampliación de la *cobertura y protección social* a través de un seguro público y universal que ofrezca un plan integral de atención, con objetivos definidos de cobertura y calidad.⁸³

En lo referente a *descentralización*, conferir un rol más relevante a las prefecturas y municipios para que desarrollen *acciones integrales de salud saneamiento ambiental, educación, programas de protección nutricional y seguridad alimentaria*.⁸⁴

El impulso a la *participación y el control social* es otro de los objetivos de la reforma del sector de la salud, como un aspecto fundamental para “garantizar la continuidad y aceptación de los cambios”.⁸⁵

Fortalecer los sistemas de información sobre *el financiamiento y el gasto en la salud*, y “...*combatir el mal uso de los recursos financieros, revirtiendo las formas actuales del gasto en la atención*.”⁸⁶

Formación y capacitación de los *recursos humanos* del sector, ya que al conocer y vivir el modelo vigente, les permita constituirse en actores principales del cambio.

⁸¹ SUAREZ Julio. Acceso Universal y Reforma en Salud en el Ecuador. OPS/OMS Ecuador.

⁸² ECHEVERRIA Ramiro. El proceso de Reforma del Sector Salud en el Ecuador 1992-1997: Aportes para el debate. Quito, Julio 1997. Pg. 128.

⁸³ SUAREZ Julio. Acceso Universal y Reforma en Salud en el Ecuador. OPS/OMS Ecuador.

⁸⁴ ECHEVERRIA Ramiro. El proceso de Reforma del Sector Salud en el Ecuador 1992-1997: Aportes para el debate. Quito, Julio 1997. Pg. 128

⁸⁵ Ibid. Pg.129

⁸⁶ Ibid. Pg. 138.

Fomento de la *calidad* técnica a través de la introducción de procedimientos para la *gestión* y la *evaluación de las tecnologías de salud*⁸⁷

El logro de la *equidad* ha sido uno de los temas fundamentales en los procesos de reforma del sector salud, sin embargo, surge la discusión sobre si todos los individuos deberían tener acceso a las prestaciones de salud de acuerdo a sus necesidades o si debería haber un tipo de prestación universal.

La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (aprobada por el Congreso el 22 de Agosto del 2002) en su artículo 2 señala que su objetivo es el de "*mejorar el nivel de salud y vida de la población ecuatoriana y hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud*". Igualmente señala en su artículo 4 que este Sistema se regirá por los principios de equidad, calidad, eficiencia, participación, pluralidad, solidaridad y universalidad.

Aunque el propósito fundamental de la ley orgánica del sistema de salud, fue la integración de las entidades públicas y privadas, en una sola entidad rectora, con potestades para que el Consejo Nacional de Salud, dicte políticas de Estado en salud, sin embargo, la falta de una política social coherente del país y de mecanismos de articulación y coordinación interinstitucional, han hecho que cada institución desempeñe todas las funciones del sector, atendiendo a grupos segmentados de la población, con una tendencia centralizadora en sus funciones, amenazando seriamente las propuestas del Sistema Nacional de Salud y convirtiendo en inútiles todos los esfuerzos por la garantizar la cobertura y calidad de los servicios de salud la población ecuatoriana

Uno entre varios de los conceptos existentes, define a las políticas públicas como: "el conjunto de sucesivas respuestas del estado frente a situaciones consideradas socialmente como problemáticas"⁸⁸. Partiendo de este concepto y en lo referente a las Políticas de Salud en el Ecuador tenemos que a pesar que desde la creación del MSP en 1967, se vienen formulando políticas para el sector, éstas se han visto afectadas por una serie de falencias.⁸⁹ Por lo que desde el contexto actual de reformas es imprescindible "...iniciar un proceso de formulación e implementación de políticas de salud que permita orientar la aplicación de los procesos de cambio que la situación de salud del país requiere con urgencia emprender"⁹⁰.

⁸⁷ Rev Panam Salud Pública v 8 n.1-2 Washington Julio/Agosto 2000.

⁸⁸ SALAZAR VARGAS, Carlos. "Las Políticas Públicas". Universidad Javeriana. Bogotá. Pág. 41.

⁸⁹ ECHEVERRIA, Ramiro. El Proceso de Reforma del Sector Salud en el Ecuador: Agosto 1997- Agosto 2000. Aportes para el Debate. Quito, 2000. Pág.37.

⁹⁰ Ibid. Pág.36.

3.2 Sistema de salud y servicios de salud en el Ecuador.

El artículo 45 de la Constitución manifiesta que el Estado organizará un Sistema Nacional de Salud, a integrarse con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector, el mismo que funcionará de manera *descentralizada*, desconcentrada y participativa. Podemos ver que a través de este mandato constitucional se impulsa a la descentralización del sector conforme se expresa en la Ley Especial de Descentralización del Estado y de Participación Social donde se indica que ésta debe ser entendida como "*la transferencia definitiva de funciones, atribuciones, responsabilidades y recursos, especialmente financieros, materiales y tecnológico de origen nacional o extranjero, de que son titulares las entidades de la Función Ejecutiva hacia los Gobiernos Seccionales autónomos a efectos de distribuir los recursos y los servicios de acuerdo a las necesidades de las respectivas instancias territoriales*".(*Ley aprobada por el Congreso Nacional el 25 de septiembre de 1997*)

La construcción del Sistema Nacional de Salud en nuestro país, se producido como un proceso de participación colectiva, un proceso consensuado entre participantes acreditados en el tema de la salud, y el aporte de la ciudadanía en general conocedora de sus realidades, su participación que en muchos de los casos es pasiva, pero que tiene la posibilidad de expresarse a través de los representantes electos por el pueblo, quienes son los que presiden los consejos provinciales y consejos cantonales ya que la Ley orgánica en su artículo 14, reconoce la existencia de estos consejos y del Consejo Nacional como "*instancias de coordinación, concertación sectorial, articulación interinstitucional e intersectorial, en apoyo a la rectoría y funcionamiento del Sistema, siendo el Consejo Nacional de Salud la cabeza de esta estructura...*"

El Ministerio de Salud Pública a partir del 98 estableció la desconcentración de funciones de planificación, la gestión provincial y local de recursos humanos, manejo operativo del presupuesto; además se puso en marcha una disposición de autonomía de gestión y participación social en hospitales y centros de salud, con recuperación parcial de costos en base a tarifas establecidas por categorías socioeconómicas. Posteriormente se amplió el modelo de provisión, financiamiento y gestión descentralizada de servicios que combina equidad con eficiencia, y delegación específica de funciones a las instituciones⁹¹.

⁹¹ La Salud en las Américas. Ecuador. Edición de 2002. Volumen II.

El sistema de salud en el Ecuador comprende diversas instituciones públicas y privadas, con o sin fines de lucro, que directa o indirectamente promueven la salud, previenen la enfermedad, recuperan o rehabilitan la salud⁹²

El subsector público está conformado por los servicios del Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS-SSC), Sanidad de las Fuerza Armadas y la Policía (ISSFA, ISSPOL), Servicios de Salud de algunos Municipios, de la Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA) (*), la Junta de Beneficencia del Guayas, y la Cruz Roja(*)

El principal asegurador del país es el IESS, que cubre a través del Seguro General al 10% de la población (28% PEA), Seguro Social Campesino en el sector rural aproximadamente al 2% de la población y, las FFAA y la Policía cubren a un 3% de la población.

El subsector privado está integrado por entidades con fines de lucro, y cubren aproximadamente al 2.2% de la población. ⁹³ casi no tiene coordinación con el sector estatal, y se rige por regulaciones propias, de acuerdo a fines y objetivos particulares.

SOLCA y otras ONG's cubren al 5%, servicios municipales un 1%. Quedando sin cobertura de atención más de un 30% de la población más pobre, especialmente de las áreas rural y urbano-marginal.⁹⁴

En nuestro país, la provisión de servicios de salud no posibilita el acceso universal de la población. "... uno de cada cuatro personas no es atendido en ninguna institución y más del 70% no tiene seguro de salud, mientras que el alto porcentaje de gasto directo (60%) y las formas de financiamiento son altamente inequitativos."⁹⁵

La provisión de servicios que efectúa el MSP, cubre aproximadamente al 47% de la población, oferta programas de promoción y protección de la salud. Entre los que se incluye salud materno-infantil, control del niño sano, atención a enfermedades agudas y crónicas (ambulatoria y hospitalización), detección oportuna del cáncer cérvico-uterino, inmunizaciones, control y vigilancia epidemiológica.

⁹² ECHEVERRIA, Ramiro. El Proceso de Reforma del Sector Salud en el Ecuador 1995-1997. Aportes para el Debate. Quito, Julio 1997.

(*) A pesar de ser instituciones privadas, actúan dentro del sector público.

⁹³ OPS. Programa de Organización y Gestión de Servicios de Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. "Perfil del Sistema de Servicios de Salud en el Ecuador". 2001.

⁹⁴ ECHEVERRIA, Ramiro. El Proceso de Reforma del Sector Salud en el Ecuador 1995-1997. Aportes para el Debate. Quito, Julio 1997.

⁹⁵ ECHEVERRIA, Ramiro. El Proceso de Reforma del Sector Salud en el Ecuador: Agosto 1997- Agosto 2000. Aportes para el Debate. Quito, 2000.

3.3 *Modelo de atención.*

En vista de la necesidad de responder a los requerimientos de atención de salud, acordes con la transición demográfica y epidemiológica se han ido desarrollando una serie de procedimientos y formas de organización que son los denominados modelos de atención.

En términos generales se define el modelo de atención como *la orientación, estructura, recursos, funcionamiento y articulación que tienen las unidades operativas y las estructuras administrativas de un sistema de salud, y mediante los cuales se busca proteger, restaurar y rehabilitar la salud de la población.*⁹⁶

El modelo de atención en nuestro país, no ha sido coherente con las necesidades y situación de la población, tradicionalmente se ha destacado más bien, como un modelo de atención curativo, biológico, despersonalizado, sustentado en procedimientos burocráticos y verticalizados, con un modelo de gestión centralizado y autocrático⁹⁷, ajustado desde un enfoque reduccionista, en el que la enfermedad se reduce únicamente a relaciones de causa-efecto, enmarcándola siempre en un plano biológico y resolviéndola en el plano clínico, desestimando los distintos orígenes que la enfermedad puede tener. En este modelo a más de que no responde a las expectativas de la población, los conceptos de prevención de la enfermedad, y promoción de salud no han tenido predominancia.

Siendo la atención de salud en los servicios la forma de respuesta social, a las necesidades de los individuos; el modelo tradicional, constituye la respuesta que mayor financiamiento y costo requiere, si a esto se añade el aumento en la expectativa de vida de las personas, los cambios en el perfil epidemiológico, la aparición de nuevas tecnologías y la ampliación de las demandas en salud; se da lugar a la aparición de problemas de calidad, cobertura, y eficiencia, cuya resolución requiere del empleo de mayores recursos, siendo éste uno de los principales argumentos para la reforma del sector.

Según la OPS/OMS un nuevo modelo de atención “es un proceso de cambio fundamental en los procedimientos técnicos de prestación de servicios, en el uso de tecnologías disponibles, en la integración de los conocimientos, en la forma de utilización de los recursos y en la forma de concretarse la participación social”.

⁹⁶ SACOTO, F, TERAN, C, ANDRADE F. La atención de Salud en el Ecuador, Quito 1992.

⁹⁷ ECHEVERRIA Ramiro. El proceso de Reforma del Sector Salud en el Ecuador 1992-1997: Aportes para el debate. Quito, Julio 1997.

Para analizar los diversos modelos de atención planteados por parte de diferentes sectores de nuestro país, haremos una breve reseña del análisis que sobre éstos efectúa Ramiro Echeverría⁹⁸, y que da cuenta de las diferentes percepciones o visiones de la realidad e intereses que tienen los actores sociales en aspectos tanto políticos, económicos, técnicos, etc., lo cual determinará el grado de participación o de rechazo de los mismos en el proceso de reforma en el campo de la salud. Por lo que es importante efectuar una breve revisión de las diferentes propuestas referentes al modelo de atención.

- a) Los justificativos para el cambio según el *CONAM* son: el grave desfinanciamiento, la baja cobertura de la población, la falta de equidad y la baja calidad en la prestación de los servicios médicos. El objetivo general de su propuesta está orientado a mejorar el estado de salud y bienestar de la población, y sus objetivos específicos apuntan a ampliar cobertura, calidad, favorecer la equidad en la asignación de recursos y lograr la racionalización y eficiencia en la prestación y generar condiciones para la libre competencia entre las entidades proveedoras.

Se plantea la idea de un *Plan Integral de Salud* de carácter obligatorio basado en la atención médica integral de beneficio individual o familiar, además de un conjunto de servicios en las áreas de fomento, prevención, curación, y rehabilitación de primero, segundo y tercer nivel de atención.

En esta propuesta no se especifica el modelo de atención, presenta un esquema de aseguramiento de riesgos de enfermedad y maternidad como respuesta de atención médica hospitalaria y ambulatoria a las demandas de los beneficiarios del sistema; la prevención se limita al control prenatal y del niño únicamente durante el primer año.

- b) La propuesta de la Comisión del Ministerio de Salud Pública-Ministerio de Bienestar Social, parte de la necesidad de dar respuesta a las altas tasas de incidencia y prevalencia de enfermedades infecciosas (tuberculosis, malaria, dengue), la desnutrición, accidentes de tránsito; enfermedades cardiovasculares, etc.; estancamiento en la cobertura y la escasa o nula coordinación entre los prestadores de servicios de salud; baja calidad de los servicios, crisis financiera, tecnología médica costosa, sistemas centralizados de gestión, recursos humanos sin capacitación adecuada, disminución del gasto público en salud.

⁹⁸ ECHEVERRÍA Ramiro. El proceso de Reforma del Sector Salud en el Ecuador 1992-1997: Aportes para el debate. Quito, Julio 1997.

El modelo de atención “responde a la multicausalidad del proceso salud-enfermedad” e incluye: un Programa de Salud Pública, Programa Básico de atención primaria de Salud (fomento, prevención y tratamiento de enfermedades más frecuentes, además de atención del parto y emergencias), y un Programa Complementario de atención clínico-quirúrgica de complejidad intermedia y alta. Se menciona que el modelo debe ser universal, de carácter obligatorio a todos los habitantes, focalizado y culturalmente aceptado.

- c) El CONASA, justifica la reforma del sector de la salud en : la fragmentación de las instituciones del sector Salud, la inequidad en el acceso a los servicios, distribución desigual de recursos financieros, físicos y humanos, bajas coberturas de atención y calidad, gasto directo en salud inequitativo y excesivo tanto público como privado, ineficiencia y desorganización en la gestión de los servicios.

El modelo de atención no se especifica como tal, pero se habla de que “...está integrado por dos elementos el de Salud Pública y el de atención personal....su distinción obedece a que responden a una lógica de gestión y financiamiento diferenciado”

El modelo de atención debe fundamentarse básicamente en los problemas de salud de la población, en su contexto biológico, económico y social, para desarrollar respuestas eficaces y eficientes, con un enfoque epidemiológico y que incorpore elementos de integralidad y una participación social activa⁹⁹.

Se basa en los principios universalmente aceptados de la estrategia de Atención Primaria de Salud, suscritos en Alma Ata en 1978, para alcanzar la meta de “salud para todos en el año 2000.”

Esta estrategia concibe de una manera integral los problemas de salud-enfermedad, en una forma que, “...no sólo se provea de servicios de salud, sino que se afronte las causas últimas – sociales, económicas y políticas– de la falta de salud”¹⁰⁰. Integra la atención, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación, involucrando a la población (con sus saberes y cultura), los cuales pasan de ser receptores pasivos a protagonistas activos del proceso de construcción de su salud; considera además el cuidado de la salud desde un enfoque

⁹⁹ SACOTO. F, TERAN. C, ANDRADE F. La atención de Salud en el Ecuador, Quito 1992

¹⁰⁰ La estrategia del la Atención Primaria de Salud en el centro de la escena. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina 2003.

intersectorial que exige que las instituciones y personas definan acciones y recursos para lograr el objetivo del más alto nivel de salud posible para la población y los grupos más vulnerables.¹⁰¹

El proceso de *atención de salud* organiza su oferta en niveles de atención según su complejidad: primero, segundo y tercer nivel: El Primer nivel pone énfasis en la promoción de salud y la prevención de enfermedades; el segundo, en la prevención y curación de enfermedades, y el tercero en la curación y rehabilitación de la enfermedad. Establece las formas de organización y funcionamiento de los diferentes niveles de atención, así como de la derivación o referencia entre éstos niveles.

La Promoción o fomento de la salud, está orientada a generar condiciones favorables para el desarrollo vital del sujeto, tanto en el plano físico, psíquico como social. Por ejemplo: educación para la salud, alimentación apropiada, saneamiento ambiental, realización laboral, etc.

La Prevención de la enfermedad, se concentra en los diversos recursos de atención orientados a evitar la ocurrencia de enfermedades. Ej: vacunas, dietoterapia, lactancia materna, rehidratación oral, medicación preventiva, educación específica, control prenatal, planificación familiar, etc.

La Recuperación o Tratamiento, es la que mayor desarrollo tecnológico requiere para la atención de la salud y su objetivo es tratar la enfermedad en sus causas inmediatas a fin de recuperar el nivel de salud precedente o con menos secuelas posibles.

La Rehabilitación, constituye la fase más crítica de la atención, en vista de que enfrenta las consecuencias de las enfermedades, tratando de estabilizar los efectos del deterioro provocado por las afecciones y procura la psicorehabilitación, terapia ocupacional y reinserción social de las personas.¹⁰²

La necesidad de mejorar los niveles de eficiencia y calidad, así como el ampliar la cobertura y la equidad en la atención, son algunas de las razones centrales en la búsqueda de perfeccionamiento de los modelos de atención.

¹⁰¹ Ibid.

¹⁰² ECHEVERRIA Ramiro. El proceso de Reforma del Sector Salud en el Ecuador 1992-1997: Aportes para el debate. Quito, Julio 1997.

3.4 *Calidad de los Servicios de Salud.*

En lo referente a la calidad, no es fácil dar una definición, en vista del enfoque multidimensional que se le puede dar a este concepto. La Real Academia Española, en el Diccionario de la Lengua Española, nos dice que es la “Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor.”

Se podría decir que, la calidad es un concepto relativo, ya que no se puede comprender a cabalidad lo que significa si no se hace una comparación con algo, que permita emitir un juicio, tampoco tiene que ver con la perfección; depende de las características que logren la satisfacción de los “clientes” o “usuarios”.

En lo referente a los Servicios de Salud, el término se aplica, a “la perfección de un proceso”, a la obtención de buenos resultados, con una determinada técnica o procedimiento. También se podría decir que la calidad de atención se basa en ofrecer un servicio o producto de acuerdo a los requerimientos del paciente, o incluso más allá de lo que espera.¹⁰³

Para analizar la calidad de la atención es necesario apoyarse en un marco de referencia como el que nos ofrece Donabedian, a través de dos dimensiones, que aportan a esta tarea. La dimensión técnica, que se refiere a la aplicación de la ciencia y tecnología de salud, incluye los conocimiento y habilidades del prestador de servicios, que le permitan realizar los procedimientos clínicos adecuados y oportunos de conformidad con las necesidades del paciente, y la dimensión interpersonal, que es la interacción social, el respeto y la cordialidad mutua que ocurre entre el usuario y el prestador de servicios de salud, durante la actividad de atención.

A más de esto, es importante la *estructura*, que son todos los recursos con los que cuenta una unidad de salud para proporcionar la atención, es decir el personal, la tecnología, las instalaciones, los materiales, etc., también se dice que es la forma en que los recursos disponibles están organizados.

La interacción de éstas dimensiones es muy importante, ya que pueden existir unidades que, aun estando bien equipadas y contando con una plantilla completa, son menos productivas y su trabajo de menor calidad que el de otras menos dotadas.

¹⁰³ GARCIA, Roberto E. El Concepto de Calidad y su Aplicabilidad en Medicina. Rev. Med. Chile, Julio. 2001, Vol.129, no7, pg. 825-826. ISSN 0034 -987.

En este contexto, la calidad, bajo una perspectiva de la mejora continua, debe velar porque ambas partes, prestador y usuario, trabajen activamente y en conjunto para la obtención de la misma. Su análisis, no debe reducirse sólo a la satisfacción del usuario o "cliente" externo, sino también a las actitudes y conductas de otros usuarios del sistema como son los clientes internos (personal técnico y administrativo de los servicios) y a los resultados obtenidos por la organización.

Los servicios de calidad deben ser integrales y con sensibilidad de género. Desde esta perspectiva se podría decir que la calidad de la atención a más de basarse en el concepto del salud integral, que comprende el bienestar físico, mental y social; debe procurar la resolución de los problemas de salud tanto de tipo biológico como emocional, al mejorar la autoestima, la autonomía y la dignidad de la mujer.

La atención materna de buena calidad, es una de las intervenciones más importantes que puede realizarse. Cuesta aproximadamente US \$3 por persona al año el asegurar que las mujeres que viven en países de bajos recursos obtengan atención de salud durante el embarazo, el parto y después del parto, así como planificación familiar post-parto y atención para el recién nacido.¹⁰⁴

La calidad de la atención también incluye el acceso a los servicios independientemente de la situación económica, status social, creencias religiosas, género, etc.

La salud como un derecho, implica poseer condiciones básicas (trabajo, educación, vivienda, alimentación adecuada, saneamiento, agua potable, una vida digna, tiempo para el ocio y recreación), existencia de políticas, programas y servicios adecuados a las diferentes necesidades de usuarias y usuarios, acceso a servicios, atención de buena calidad, información accesible, objetiva y adecuada y conocimiento de sus derechos y responsabilidades, derecho a participar en decisiones y autonomía para tomar decisiones.

En nuestro país, la Constitución Política de la república, reconoce a la Salud como un derecho que debe ser garantizado promovido y protegido. Al igual que el acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud a las personas que lo necesiten.¹⁰⁵

¹⁰⁴ Reducción de la mortalidad materna: declaración conjunta OMS/FNUAP/UNICEF/Banco Mundial, OMS, 1999.

¹⁰⁵ MSP. Marco General de la Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador. Quito. 2002.

3.4 Accesibilidad a los Servicios de Salud.

Para comprender el concepto de accesibilidad, se debe distinguir de entre varios términos relacionados, pero cada uno con su propio significado; entre éstos están los de acceso y disponibilidad, los cuales se considera que están relacionados con accesibilidad, pero no son iguales a ella.¹⁰⁶

De acuerdo al diccionario de la lengua española, la accesibilidad se refiere a “la posibilidad de llegar a un sitio o entrar a él”

Donabedian dice que la accesibilidad es algo adicional a la sola presencia o “disponibilidad” del recurso en un cierto lugar y en un momento dado. Comprende las características del recurso que facilitan o dificultan el uso por parte de los clientes potenciales.¹⁰⁷ Esta concepción toma a la accesibilidad como una característica propia de los recursos para la atención de salud. En tanto que el término “acceso” se ha considerado para designar al conjunto de características de la población que le permiten buscar y obtener atención.

Otros autores consideran la accesibilidad como atributos de la población, tomando en cuenta el comportamiento de las personas, en lo referente al uso que hacen de los servicios, determinado por aspectos tales como la confianza, aceptabilidad al sistema de atención, creencias, desconocimiento y tolerancia al dolor o a la incapacidad, todo lo cual incidirá en el deseo de atención. A esto, otros investigadores (Salkever-Davis) le añaden la accesibilidad financiera, referida a la capacidad de los usuarios a pagar por la atención, y la accesibilidad física que incluye gastos de traslado, tiempo y búsqueda de la atención.

J Frenk nos presenta una sucesión esquemática de acontecimientos, desde el momento en que surge la necesidad de atención médica, pasando por el deseo de recibir atención, hasta el momento en que se inicia o continúa la utilización de servicios, es decir los posteriores contactos con los servicios a lo largo de un episodio, esto comprende el dominio amplio de la accesibilidad; después de sentir el deseo de recibir la atención, se efectúa su búsqueda hasta la continuación de la misma, esto comprende el dominio intermedio; y el lapso entre la búsqueda de atención y el inicio de la misma, corresponde al dominio estrecho.

Tomando como base el enunciado de otros autores que combinan las características de los recursos y de la población, con el enfoque del “grado de ajuste” de Donabedian y ajustándolos con el dominio estrecho de la accesibilidad, Frenk nos dice que “Accesibilidad” es el grado de

¹⁰⁶ FRENK, Julio. El concepto y la medición de accesibilidad.

¹⁰⁷ Ibid.

ajuste entre las características de los recursos de atención a la salud y las de la población, en el proceso de búsqueda y obtención de la atención.¹⁰⁸

3.6 Equidad en los servicios de salud.

Según el Diccionario de la Lengua española, Equidad se refiere a *la cualidad que consiste en dar a cada uno lo que se merece por sus méritos o condiciones. Cualidad que consiste en no favorecer en el trato a uno, perjudicando a otro.*

En Salud, equidad engloba dos dimensiones: la equidad financiera que tiene que ver con que el pago por la atención, y responde a la capacidad económica de la población; y la equidad distributiva que se relaciona a su vez con la accesibilidad, la cobertura y la calidad¹⁰⁹, y se refiere a que los servicios deberían coincidir con las necesidades, por lo tanto los grupos con mayor necesidad, deberían recibir más recursos, esto es lo que se conoce como “justicia distributiva”.

La equidad financiera, se ve doblemente quebrantada para el caso de las mujeres, primero porque las mujeres por las diferencias de sexo, incluida la función reproductiva tienen mayor demanda de servicios, por lo tanto para mantener su salud, se ven en la necesidad de pagar más que los hombres, y segundo esto se ve agravado, porque las mujeres tienen menor capacidad económica que los hombres.

Se habla de acceso equitativo a la salud, cuando se logra la eliminación de diferencias remediables e injustas, en las oportunidades de disfrutar de salud y no enfermar, discapacitarse o morir por causas prevenibles.¹¹⁰

Nuestro sistema de atención, para funcionar más efectivamente, cumpliendo con los criterios mencionados de calidad, eficiencia, equidad y lograr la solución a las necesidades de atención, requiere contar con una red de servicios en los tres niveles de atención, y una adecuada coordinación entre éstos, para garantizar la interconsulta, referencia y contra-referencia de pacientes.

¹⁰⁸ FRENK, Julio. Concepto y Medición de la Accesibilidad.

¹⁰⁹ PAGANINI, José M. La evaluación de la accesibilidad, cobertura, calidad y equidad en salud.. División de Sistemas y Servicios de salud. 1995.

¹¹⁰ GOMEZ G. Elsa, Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. Rev Panam Salud Pública/Pan Am/Public Health 11(5/6), 2002

3.7 Sistema de Referencia y Contrarreferencia.

Dentro del Sistema de Atención de salud del MSP, figura el Sistema de Referencia y Contrarreferencia cuyo objetivo es el de “garantizar la atención de salud en los servicios de todos los niveles, con criterios de calidad, eficacia, eficiencia y oportunidad, es decir el de garantizar la continuidad de la atención de un nivel a otro”.

Un sistema de Referencia y Contrarreferencia corresponde a los mecanismos de transferencia de pacientes entre los diferentes establecimientos de la red de servicios de salud. Se incluye además la salida del personal, intercambio de información, apoyo técnico administrativo y supervisión.¹¹¹

Para comprender mejor este sistema partimos de las siguientes definiciones que nos presenta el Manual de Referencia y Contrarreferencia del MSP:

Referencia.- Es el proceso estructurado de envío de un paciente con información por escrito de un nivel de un sistema de salud a otro superior en tecnicidad y competencia.

Contrarreferencia.- Es el proceso inverso, es decir la devolución del paciente del nivel superior al inferior que lo envió, con la debida información en el formulario correspondiente.

Autorreferencia.- Cuando un paciente consulta a nivel superior sin referencia del nivel inferior.

En este contexto, las normas de atención del embarazo indican que: “Toda gestante que tenga algún signo y/o síntoma alarmante o en quien se haya detectado algún factor de riesgo que necesite evaluación y tratamiento especializado, debe ser enviada al nivel de atención médica necesario, en la medida de lo posible, con el resultado de análisis, siempre y cuando este no represente demora en el inicio del tratamiento”.

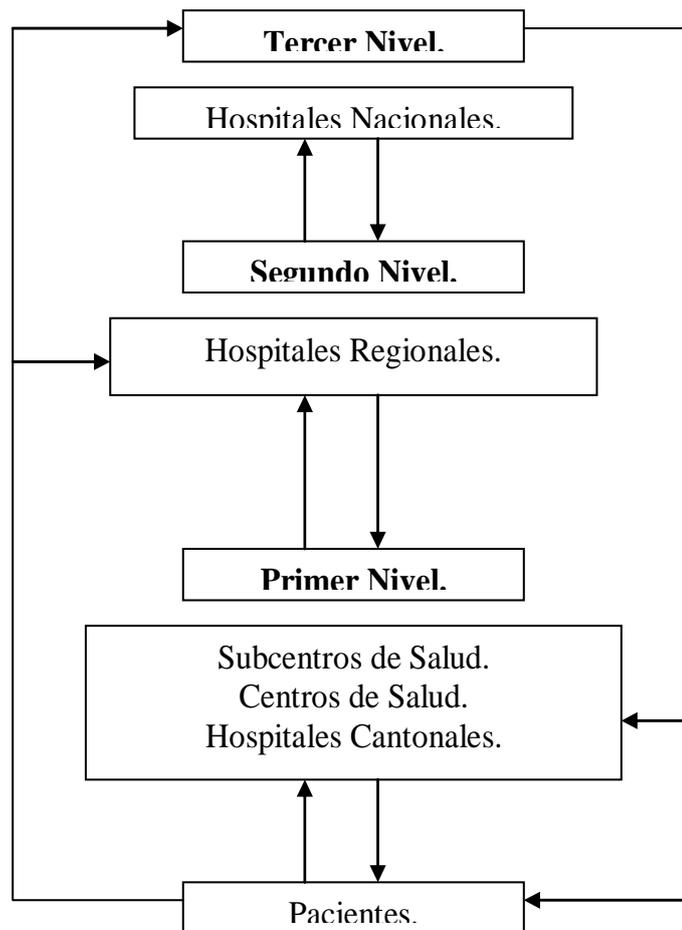
A pesar de contar en nuestro país, con un modelo oficial para la transferencia de pacientes a través los diferentes niveles de atención de salud expuesto en el Manual de Referencia y Contrarreferencia para la atención de Salud, este no se ha operacionalizado, ocasionando como resultado la discontinuidad en la atención, con los consecuentes efectos negativos para la salud de las usuarias de los servicios.

A continuación se presenta un esquema básico de lo que constituye el Sistema de Referencia y Contrarreferencia. En el anexo 3 se expone el diagrama operativo del sistema se acuerdo al

¹¹¹ Manual para la Referencia y Contrarreferencia de pacientes. MSP, Febrero 2002.

Manual para la referencia y Contrarreferencia de pacientes y usuarios que será presentado en Abril del presente año (2.005).

Esquema del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.



CAPITULO IV

Servicios de Salud Sexual y Reproductiva en el Ecuador.

4.1 Sistema de Servicios de Salud.

Aunque no todos los servicios de salud públicos y privados utilizan el modelo planteado en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, el sistema de servicios de salud está basado en la estrategia de Atención Primaria de Salud, metodológicamente está organizado por niveles de complejidad y también por sus características de atención dirigidos a grupos de población específicos.

En el MSP se establece una lógica de tres niveles de complejidad creciente, para sus unidades operativas, las mismos que deben complementarse y coordinarse para la resolución de los problemas.¹¹²

Los niveles de atención por complejidad son los siguientes:

El **primer nivel**, que brinda atención básica y de carácter ambulatorio, debe resolver la mayor parte de la demanda de baja complejidad, referir los casos más complejos, promover la educación, la coordinación intersectorial y el trabajo comunitario, corresponde a los Centros de Salud, Centros de Atención Primaria o sus equivalentes. El personal de estos servicios está representado por médicos generales, enfermeras, auxiliares de enfermería, y trabajadores comunitarios. En las áreas urbanas a este personal suelen agregarse médicos de las especialidades básicas -pediatras, ginecólogos- y psicólogos, que actúan diariamente o en forma periódica, dependiendo del volumen de población a atender y sus necesidades.

El **segundo nivel** brinda atención complementaria a problemas de salud que requiera tecnología de baja complejidad. Estos establecimientos pueden estar representados por Centros de Salud, hospitales Cantonales, y hospitales Provinciales Generales en las áreas urbanas donde se prestan servicios de especialidad.¹¹³

Los establecimientos de II Nivel deben recibir casos referidos por el primer nivel de atención para una atención especializada y deben disponer de una infraestructura adecuada para asegurar el acceso y la calidad de la atención.

¹¹² Manual para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes. MSP. Febrero 2002.

¹¹³ Estos son: Servicios de Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Cirugía, Medicina Interna, y Centros de Diagnóstico y tratamiento.

El **tercer nivel** de atención corresponde a la atención especializada y de alta complejidad, en forma ambulatoria y en internación. Está conformado por los hospitales Nacionales y de Especialidades, están implementados para resolver problemas de salud que requieran de tecnología de alta complejidad.¹¹⁴

Por sus características de atención existen servicios de atención sanitaria orientados a las necesidades particulares de ciertos grupos poblacionales, a satisfacer dichas necesidades tomando en cuenta aspectos relacionados con el género y el ciclo de vida; como por ejemplo hospitales especializados en la atención a mujeres y a niños como el caso de la maternidad Isidro Ayora, el hospital de niños Baca Ortiz en Quito, la Maternidad Enrique Sotomayor, el Hospital de Niños León Becerra en Guayaquil, entre otros.

4.1.1 Servicios de Salud Sexual y Reproductiva en el Ecuador.

El Ministerio de Salud pública (MSP), con el apoyo del UNFPA, OPS, UNICEF, USAID, ha desarrollado el “Manual de Normas y Procedimientos para la atención de la salud Sexual y Reproductiva” que, tienen como finalidad contribuir a la entrega de servicios de calidad e integrales de salud sexual y reproductiva. Estas normas incluyen la prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS), VIH/SIDA, planificación familiar, cáncer ginecológico, cuidados prenatales, control del embarazo, atención del parto, post parto, violencia y adolescentes.

Los servicios de Salud Sexual y Reproductiva en nuestro país se orientan en base a dos principios básicos como son el desarrollo humano que engloba elementos como la equidad, consideraciones de género, sexualidad, participación social e integridad biopsicosocial; y la responsabilidad social que tiene que ver con la ética, autodeterminación, respeto y ambiente humano.

Bajo estos argumentos, los servicios de salud ofrecen atención prenatal, atención del parto y del recién nacido, atención de la niñez y adolescencia, regulación de la fecundidad, atención de la infertilidad y el climaterio, tratamiento de patologías prevalentes en la esfera reproductiva, enfermedades de transmisión sexual, maltrato físico, psicológico y social al individuo, ya sea hombre o mujer,¹¹⁵ dentro de éstas se incluyen las prestaciones contempladas en la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

¹¹⁴ Manual de Organización y Funcionamiento de las Areas de Salud. MSP, Quito, 2000.

¹¹⁵ Manual de Normas y Procedimientos para la Atención de la Salud Sexual y Reproductiva. MSP. 1999.

Según el Manual de Normas y Procedimientos para la Atención de la Salud Sexual y Reproductiva el control prenatal tiene como objetivos:

- Asegurar y proteger la salud de la gestante y de su hijo/a antes, durante y después del parto.
- Reducir en lo posible las complicaciones que puedan surgir en el curso del embarazo.
- Permitir planear un parto seguro.
- Disminuir la morbilidad y mortalidad materna perinatal.

El control prenatal. Debe ser:

- **Precoz.-** En el Primer Trimestre de la gestación, para ejecutar oportunamente acciones de fomento, protección y recuperación de la salud e identificación precoz de la embarazada de mediano y alto riesgo.
- **Integral.-** Para garantizar las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la embarazada y su hijo/a.
- **Periódico.-** Debe repetirse con frecuencia y oportunidad que variará según el grado de riesgo del embarazo.
- **Con enfoque de riesgo.** Para determinar los indicadores que fijen el alto, mediano y bajo riesgo que permita canalizar la referencia y contrarreferencia de las embarazadas.

Para esto partimos de la definición de lo que constituye un embarazo normal y uno de riesgo.

Embarazo normal: Es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término.

Embarazo de alto riesgo: Aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario.

A continuación haremos una breve reseña de los cuidados prenatales, la atención del parto y el control del post parto recomendados en el Manual de Normas y procedimientos para la atención de la Salud Sexual y Reproductiva del MSP¹¹⁶

Esquema de controles prenatales en un embarazo normal

Nivel Óptimo: 12 controles.

¹¹⁶ MSP. Manual de Normas y Procedimientos para la Atención de la Salud Sexual y Reproductiva. Quito. 1999.

- Uno mensual hasta las 32 semanas.
- Uno cada dos semanas hasta las 36 semanas.
- Uno semanal hasta el momento del parto.

Nivel Mínimo Eficiente: 5 controles.

- Uno en las primeras 20 semanas.
- Uno en las 36 y 32 semanas.
- Uno cada 2 semanas hasta el momento del parto.

Según el esquema mínimo, se debe promover el control prenatal antes de las 20 semanas, para el diagnóstico precoz de patologías.

En América Latina y el Caribe se ha trabajado en los últimos años en programas y políticas cuyo objetivo se ha orientado a satisfacer las necesidades de salud reproductiva para mujeres de todas las edades en lo referente a información, educación para la reducción de embarazos no deseados, abortos inseguros, prevención y detección del cáncer cervical y de mama, de las infecciones del aparato reproductor y enfermedades de transmisión sexual (ETS), eliminación de la violencia sexual, y la ampliación de la cobertura de atenciones pre y post natal.¹¹⁷

4.1.2. Atención del parto.

El parto es la salida fisiológica del feto por el canal genital, obteniéndose como resultado un niño o niña y una madre sanos.

El parto comprende tres períodos:

- Período de dilatación.
- Período expulsivo.
- Período de alumbramiento.

Las actividades para valoración de estos tres períodos se registrarán en un formulario de Control de Labor y Parto. Así;

En el período de dilatación: al momento del ingreso,

- Evaluación de contracciones uterinas: Intervalo, duración, intensidad.
- Evaluación de frecuencia cardíaca fetal (FCF).
- Tacto vaginal: (exámen pélvico), se valorará:

¹¹⁷ Equidad y Reformas del Sector Salud en América Latina y el Caribe. Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health. 2001.

- Pelvimetría interna: estrechos superior, medio e inferior y evaluación céfalo-pélvica.
- Estado de membranas.
- En caso de membranas rotas: tiempo transcurrido, características del líquido amniótico.
- Presentación y variedad de posición.
- Posición del cuello uterino respecto al eje de la pelvis (posterior, central o anterior), borramiento, dilatación y consistencia.
- Determinación de riesgo y pronóstico del parto de acuerdo a proporción pélvico fetal.

Manejo y precauciones:

1. Cuidados generales.
2. Cuidado de las membranas.
3. Empleo de analgésicos y sedantes.
4. Empleo de ocitócicos.
5. Cumplir con medidas de bioseguridad.

En el período expulsivo: (sensación de pujo, aumento de intensidad, duración y frecuencia de las contracciones uterinas).

Procedimientos y maniobras:

- Cumplir con medidas de asepsia y antisepsia.
- Buscar la posición del parto más adecuada para la parturienta.
- Proteger el periné.
- Recepción del/la recién nacido/a.

Período del alumbramiento:

- Vigilar constantemente coloración de piel y mucosas, pulso, tensión arterial y temperatura.
- Examinar: características del útero (altura, fondo y consistencia); características de la región vulvo perineal; placenta (tamaño, grosor e integridad de los cotiledones así como las zonas de sangrado). El cordón umbilical (longitud, grosor, número de vasos).
- Exámen del canal del parto.
- Revisar el canal del parto y la cavidad uterina en los siguientes casos: hemorragia anormal, parto instrumentado (fórceps o vaccum), sospecha de retención de restos placentarios, parto post cesárea, placenta incompleta.

4.1.3. Control del postparto.

Dura seis semanas aproximadamente y empieza cuando se ha expulsado la placenta.

Puerperio inmediato: Desde la expulsión de la placenta hasta 24 horas después del parto.

Procedimientos y maniobras:

- Evaluar: signos vitales, retracción uterina, hemorragia, genitales externos, mamas.
- Iniciar el alojamiento conjunto (madre-niño/a) si no existe riesgo materno-neonatal.
- Identificar precozmente patologías: Hemorragia post parto, pacientes con pre-eclampsia, infección.
- Indicar la alimentación post parto.

Puerperio propiamente dicho: Los diez primeros días después del parto.

Procedimientos:

- Cuidados médicos diarios (anamnesis, exámen físico, prescripciones e indicaciones).
- Información y orientación sobre planificación y salud reproductiva.
- Alta e indicaciones.

4.2 Políticas de Salud para adolescentes.

A partir de 1994, con motivo de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo, muchos gobiernos empiezan a acoger iniciativas tendientes a tomar medidas específicas para satisfacer las necesidades en salud sexual y reproductiva de la/os adolescentes.

El Ministerio de Salud Pública es el encargado de la elaboración y ejecución de las políticas de salud en el Ecuador; a partir de 1991 a través de la Dirección de Fomento y Protección viene impulsando el Programa de Atención Integral de la Salud del Adolescente, dirigido a la población entre 15 y 19 años de edad. En este programa también participa la Dirección Nacional de Juventud del Ministerio de Bienestar Social y la Dirección de Educación para la Salud del Ministerio de Educación, Con la cooperación del UNFPA se trabaja en la creación y desarrollo de los Servicios Integrales de Atención a la Salud del Joven y Adolescente. Lo que se procura es lograr la participación y coordinación interinstitucional

El MSP, conjuntamente con la Red Interinstitucional de Atención de Salud de los Adolescentes (RIAS), y el Municipio de Quito, trabajan en lo concerniente a capacitación y reorientación de los servicios para ofrecer servicios amigables para los/las adolescentes.

Los programas de promoción de la salud incluyen la salud de la niñez, los/las adolescentes, salud sexual y reproductiva, salud mental, nutrición, actividad física, salud de los adultos, salud

bucal, como acciones correspondientes a los Municipios Saludables y a las Escuelas Promotoras de Salud, para el fomento de *Entornos Saludables*, y como una iniciativa del convenio entre el MEC, MSP, OPS/OMS, SNV, Plan Internacional, Visión Mundial y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), con el fin de fomentar “...*mejor salud para las generaciones futuras mediante la participación de la comunidad educativa (alumnos, padres, docentes y de otro personal institucional), de la población en general y de las autoridades locales*”.¹¹⁸

El Ministerio de Salud en articulación con el Ministerio de Educación y Cultura ha formulado programas de *Prevención* de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA en las escuelas y colegios, ha incluido temas de sexualidad, drogas y derechos humanos, en los planes de enseñanza básico y medio con el fin de impulsar la aplicación de la ley de la sexualidad y el amor y la ley de prevención y asistencia integral del VIH/SIDA, dentro de la reforma curricular consensuada.

Estos programas también se dirigen a la población discapacitada, sin acceso a educación formal, a grupos con comportamientos de riesgo y a otros grupos discriminados en situación de riesgo social, entre otros: los que viven en la calle, aquellos que no tienen acceso a educación formal, aquellos que están privados de la libertad, las/os trabajadoras/es sexuales. Se considerarán las prácticas sexuales y no la orientación sexual, como un indicador de riesgo y vulnerabilidad. Incluyendo en todas estas actividades la perspectiva de género y el respeto a los derechos humanos.¹¹⁹

Para el caso de la Prevención del Embarazo en Adolescentes, queda aún mucho por hacer, debido a la persistencia de *hábitos culturales y estructuras sociales* que suscitan una mayor concentración de casos en sectores de población afectados mayormente por la pobreza y exclusión.

A pesar de éstos importantes avances, por lo general los Programas Nacionales de Salud de adolescentes aún se encuentran dentro de otros programas ministeriales. Por ejemplo tenemos: *la Ley de Fomento, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna, la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, Leyes de Protección al Ambiente, Ley de la sexualidad y el amor en la cual se sustenta el trabajo de PLANESA, como actividad prioritaria del Ministerio*

¹¹⁸ Equidad y Reformas del Sector Salud en América Latina y el Caribe. Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health. 2001.

¹¹⁹ PNUD. Lineamientos del Ministerio de Salud pública en VIH/SIDA. 2001.

*de Educación y Cultura y que aborda la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes, cuyo principal reto constituye abordar las inequidades en las determinantes de salud.*¹²⁰

La *Ley de Maternidad Gratuita y Apoyo a la Infancia (LMGYAI)*, surge como un esfuerzo para modificar las condiciones de la atención a la salud materno-infantil y de contribuir a disminuir los índices de mortalidad, mejorando el acceso de las mujeres y los niños a una atención de calidad, y fortaleciendo la participación de la sociedad en la toma de decisiones y el control social sobre la calidad de los servicios.

Las principales causas de muerte materna (la toxemia del embarazo, las hemorragias y los abortos) y morbimortalidad infantil (trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal, enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias, y la desnutrición) persistentes durante la década anterior, fueron las razones que impulsaron su creación.¹²¹

La LMGYAI durante los últimos años ha tenido algunas reformas en las que se ha ido ampliando sus prestaciones, pero una de las finalidades principales continúa siendo la de proveer el financiamiento para cubrir los gastos por medicinas, insumos, micronutrientes, suministros, exámenes básicos de laboratorio y exámenes complementarios para la atención de las mujeres embarazadas, recién nacidos o nacidas y niños y niñas menores de cinco años de edad, de esta forma en:

“Maternidad: Se asegura a las mujeres, la necesaria y oportuna atención en los diferentes niveles de complejidad para control prenatal y en las enfermedades de transmisión sexual, los esquemas básicos de tratamiento (excepto SIDA), atención del parto normal y de riesgo, cesárea, puerperio, emergencias obstétricas, incluidas las derivadas de violencia intrafamiliar, toxemia, hemorragia y sepsis del embarazo, parto y postparto, así como la dotación de sangre y hemo derivados.

Dentro de los programas de salud sexual y reproductiva se cubre la detección oportuna del cáncer cérvico uterino y el acceso a métodos de regulación de la fecundidad, todos ellos según normas vigentes del Ministerio de Salud Pública.

Recién nacidos o nacidas y niños o niñas menores de cinco años de edad: Se asegura la necesaria y oportuna atención en los diferentes niveles de complejidad a los recién nacidos o nacidas y sanos o sanas, prematuros - prematuras de bajo peso, y/o con patologías (asfisia

¹²⁰ OPS. Logros en Promoción de la salud con respecto a los compromisos asumidos en la Declaración de México. Informe del Ecuador

¹²¹ PROYECTO DE GARANTIA DE CALIDAD URC/CHS. Primer Informe de Investigación Operativa: Ley de Maternidad Gratuita y Apoyo a la Infancia. LMGYAI. Febrero 2004.

perinatal, ictericia, sufrimiento fetal y sepsis), a los niños o niñas menores de cinco años en las enfermedades comprendidas en la estrategia de atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) y, sus complicaciones, todo ello según normas vigentes del Ministerio de Salud Pública”¹²².

La aplicación de esta ley enfrenta diversas dificultades, como por ejemplo la asignación irregular o insuficiente de los recursos a las unidades de salud, la poca difusión y por lo tanto el poco conocimiento de la misma por parte de las mujeres y la población en general para exigir su cumplimiento, además de los escasos esfuerzos que realizan las unidades de salud para garantizar su aplicación en algunos casos, ya que en otros a causa de la asignación insuficiente de fondos los servicios de salud se ven obligados a impulsar acciones de cobro, lo que encarece los costos de atención.

Es evidente que la inestabilidad política y la aguda crisis económica que ha vivido nuestro país en la última década, ha incidido gravemente en los sectores más desprotegidos, en vista de que la ejecución de las medidas de ajuste estructural producen un desmedro de la inversión social, contraponiéndose a lo establecido por la Constitución Política del estado, con graves consecuencias en el sector de la salud y de la educación y de bienestar social.

Por otro lado tenemos que el alejamiento entre las políticas destinadas a proteger a los grupos más vulnerables y las instituciones encargadas de su aplicación, no facilita la ejecución de mecanismos que efectivicen esta aplicabilidad. Es el caso ya mencionado de la ley de Maternidad Gratuita, la Ley sobre la educación de la sexualidad y el amor, entre otras, cuyas limitaciones en su cumplimiento son analizadas en un informe elaborado por el CEDAW-Ecuador¹²³, reduciéndose a programas *sin mayor trascendencia* ni impacto sobre la salud y calidad de vida de los grupos que se pretende proteger.

4.3 Servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes.

En el país, aunque aún predomina la atención indiferenciada en los servicios del MSP y servicios privados; muchas son las instituciones que están brindando una atención enfocada a las necesidades de los adolescentes en lo referente a salud sexual y reproductiva, a través de atención médica, orientación y educación para la prevención de embarazos no deseados y ETS,

¹²² MSP. Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Unidad de Gestión Julio. 1998.

¹²³ Comité de América Latina y el Caribe para la defensa de los derechos de la mujer- Ecuador. Período 1990-1998. Quito-Ecuador. INFORME SOMBRAS: UNA MIRADA ALTERNATIVA A LA SITUACIÓN DE DISCRIMINACIÓN DE LA MUJER EN EL ECUADOR.

con el fin de responder a las necesidades de las adolescentes evitar la perturbación de su desarrollo personal.

El Ministerio de Salud a través de su red de servicios ha incorporado programas de Salud de adolescentes, uno de éstos es el que se efectúa en coordinación con el UNFPA como parte del Proyecto de “Población, sexualidad y salud reproductiva”, el cual está operando en algunas ciudades del país como Quito, Riobamba, Esmeraldas.

Existe también una creciente actividad por parte de organismos no gubernamentales, que vienen trabajando en proyectos de investigación, capacitación, educación, tratamiento y rehabilitación especialmente en lo que tiene que ver con salud sexual y reproductiva y salud mental.

4.3.1 Tipos de servicios de salud sexual y reproductiva.

Entre los varios organismos¹²⁴ que se encuentran trabajando a favor de adolescentes y jóvenes, debemos destacar:

4.3.1.1 Servicios Públicos.

En el sector público, existen varios centros que prestan atención del embarazo, como el Hospital del Sur, Patronato Municipal, Hospital Pablo Arturo Suárez, Centros de Salud, etc. Pero la entidad más importante es la Unidad de Atención Integral para Adolescentes del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora:

- ***Proyecto Unidad de Atención Integral para adolescentes Del Hospital Isidro Ayora.***

Sus actividades inicialmente estaban orientadas a la atención prenatal, parto y planificación familiar, con actividades de apoyo psicológico, trabajo social, y apoyo legal en casos de abuso. Pero se han ido ampliando, y a más de las actividades mencionadas, se ejecutan también actividades de docencia e investigación sobre el embarazo temprano, como un mecanismo de prevención y apoyo al manejo integral de la adolescente embarazada.

¹²⁴ Tomado de la Investigación efectuada por FLACSO. Diagnóstico de la Problemática de Niños y Adolescentes de 6 a 18 años en Situación de Riesgo y de Los Programas Existentes: Análisis de Programas de atención al embarazo en adolescentes. Quito, Abril 2002.

Su cobertura se ha ido ampliando cada vez; y se propone la atención a la pareja y a su hijo, orientación al entorno familiar y social. En el 2003, sólo en el área de Consulta externa se efectuó un total de 5397 atenciones.

Los criterios en los que se fundamenta la atención son: integralidad, eficacia, innovación, perdurabilidad, concertación y participación. Recibe a pacientes de todos los sectores del distrito metropolitano, e incluso pacientes que vienen de otros cantones de la provincia de Pichincha.

4.3.1.2 Servicios Privados

- ***Programa Integral del Adolescente- Centro Obstétrico Familiar (COF).***

Es una organización privada, de servicio social sin fines de lucro. Ofrece servicios de salud sexual y reproductiva, planificación familiar, anticoncepción quirúrgica, tratamiento de enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA, consultas ginecológicas, obstétricas, pediátricas, cirugías, laboratorio, imagenología, y un programa específico para adolescentes, que aborda la Salud sexual y reproductiva, embarazos no deseados y prematuros, infecciones de transmisión sexual, prevención y educación sexual.

Su área de influencia es el norte, centro y sur de Quito, a través de cinco unidades de atención, tres de las cuales se encuentran en zonas urbano-marginales. Cuenta además con una red de distribución comunitaria de anticonceptivos, y centros de atención en las ciudades de: Esmeraldas, Ibarra, Latacunga, Ambato, Cuenca, Portoviejo y Manta.

- ***Albergue Talita Kumi.***

El programa pertenece a la Fundación Tierra Nueva. Sus actividades están dirigidas a las adolescentes embarazadas de 12 a 18 años, en situación de maltrato familiar ya sea físico, psicológico o sexual o por ser chicas de la calle.

Es una institución de ayuda transitoria, de puertas abiertas, que busca potenciar las capacidades de las adolescentes, para promover su reinserción social, mediante la búsqueda de alternativas para retomar su proyecto de vida.

Se trabaja con chicas que deseen recibir ayuda y ayudarse a si mismas. Se hace la captación en la calle: ubicando niñas y adolescentes en situación de riesgo. Trabaja en coordinación con la

Unidad de Atención a adolescentes del HGOIA, recibiendo a las adolescentes que carecen de un lugar donde permanecer.

Otros:

APROFE, COFAM, CEPAM, CEMME, FIPA, CELSAM, Fundación José Peralta, Club Kiwanis, CONADIS, Centro Cultural Pájara Pinta, Red de Prevención y Atención al Niño Maltratado, Centro de Apoyo Juvenil Ecuatoriano (CAJE), Centro De Atención de Promoción y Apoyo a la Mujer, Fundación para el Apoyo Comunitario del Ecuador (FACES), Fundación Familia, BIOTECH.

Aunque es muy importante la labor que vienen efectuando las diferentes entidades dedicadas a la atención de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, los resultados no son los esperados en términos de mejorar el acceso a servicios de calidad de salud reproductiva, conforme lo indican algunas investigaciones. A pesar de los progresos significativos en cuanto a organización de servicios diferenciados, la mayor parte de las demandas de jóvenes se atiende en forma no diferenciada (exceptuando el caso de la Unidad de Atención Integral de adolescentes del HGOIA, por ser un establecimiento de tercer nivel) a través de médicos generales, solo ocasionalmente por algunas especialidades. Además, todos ellos tienen estrategias verticales, con muy pocos mecanismos de remisión de pacientes a otros establecimientos más especializados para completar el diagnóstico y el tratamiento, según las necesidades de las pacientes.

Las condiciones ideales, serían las de coordinación entre estos servicios, así como el idear las estrategias y planes que permitan llevar a la práctica un trabajo coordinado basado en los servicios que cada organismo presta: planificación familiar, atención prenatal, enfermedades de transmisión sexual, etc. de tal manera que incida en la mejora del acceso y la calidad de los servicios, así como en la ampliación de la cobertura de atención. Al mismo tiempo, deberían fortalecerse los mecanismos de referencia de pacientes, de modo que se pueda responder a necesidades críticas como es la asistencia obstétrica de emergencia.

CAPITULO V

Situación de Salud de las adolescentes en el DMQ.

5.1 Contexto Socioeconómico del DMQ.

Para analizar el contexto socioeconómico en el que se desenvuelven las adolescentes embarazadas, objeto de nuestro estudio, hemos tomado parte los datos que nos ofrece el Análisis de la Situación de Salud (ASIS) del Distrito Metropolitano de Quito, presentado en el Primer Curso Internacional de Políticas Saludables, realizado en Quito en Mayo del 2003.¹²⁵

El territorio del Distrito Metropolitano de Quito corresponde al antiguo asentamiento de la Real Audiencia de Quito, capital del Departamento del Sur. Mediante la Ley de División Territorial del 5 de junio de 1824 fue elevado a la categoría de cantón. Se localiza en el callejón interandino, distribuido en varias plataformas geológicas que van desde 2400 a 4500 metros sobre el nivel del mar, su topografía es altamente irregular y se encuentra bañada por múltiples ríos que convergen en el río Guayllabamba. Su geología está conformada por zonas bien definidas, la cordillera occidental, se constituye en la reserva natural agrícola y forestal, mientras que, el valle interandino, es donde se han desarrollado los principales centros poblados que paulatinamente han ido desplazando la producción agrícola originaria del sector

Por su ubicación geográfica, se halla expuesta a riesgos potenciales: naturales (sismos, deslaves y erupciones volcánicas), y por su estructura urbanística (arquitectura y vetustez de las instalaciones primarias) a potenciales riesgos de incendios e inundaciones.

La denominación al cantón Quito por la de Distrito Metropolitano de Quito se efectuó, a través de la Ley Orgánica de Régimen para el Distrito Metropolitano de Quito N°. 46, publicada en el Registro Oficial 345 de 27 de octubre de 1993, en la que sus límites se definen como aquellos que correspondían a todo el territorio del cantón Quito.

Su modelo de gobierno es descentralizado en 8 zonas que tienen características geográficas, demográficas y organizacionales diferentes. Cada una de ellas tiene un Administrador zonal y

¹²⁵ Tomado del ASIS del DMQ, presentado en el Primer Curso Internacional de Políticas Saludables organizado por los Municipios del DMQ y de Bogotá. Quito, Mayo 2003.

los sectores son atendidos por jefes zonales, encargados de la relación y desarrollo de los elementos sectoriales en su territorio.

Los factores productivos básicos se han centrado en los abundantes recursos naturales y en la mano de obra poco calificada. Las actividades de explotación intensivas en recursos naturales generan el 36 por ciento del PIB y el 94 por ciento de las exportaciones. Asimismo, las actividades intensivas en mano de obra poco calificada, la mayoría de ellas asentadas en el sector de servicios, generan el 46.9 por ciento del PIB y son de baja productividad.

El poco crecimiento del sector formal y el bajo nivel educativo de la creciente fuerza laboral han conducido a la expansión de la economía informal (donde se ubica el 48 por ciento de la PEA) y al descenso de la productividad promedio del trabajo en los últimos 15 años.

Las tasas de desempleo pasaron del 3,6% en 1990 al 6,9% en 1995, aumentando al 10% en 1997, y según cifras oficiales para el 2002 se encontró en el 14,2%. La tasa de subempleo se mantuvo en alrededor del 48% desde 1991 a 1994, habiendo un importante descenso al 30% en el año 2002. Según muchos analistas estas tasas, no reflejan la realidad, debido a que un gran porcentaje de personas desempleadas o subempleadas, han migrado al exterior.

El VI Censo de Población y Vivienda efectuado en noviembre del 2001, nos indica que en el Distrito Metropolitano de Quito habitan 1'839.853 personas, de las cuales 1'399.378 vivían en las áreas urbanas y 426.674 en las áreas rurales.

La tasa de crecimiento global se ubica en el 2.67%, las diferencias entre el campo y la ciudad son particularmente importantes en lo que respecta a la tasa de crecimiento, pues mientras en el primero hay un crecimiento a un ritmo del 1,25%, en la segunda, el crecimiento es del orden del 3,96%.

El área urbana, cuenta con un territorio de 19.000 ha, ahí habitan el 93 % del total de la población, la densidad poblacional global está en el orden de 432 habitantes por Km², con un porcentaje de hacinamiento del 16,33%.

La esperanza de vida al nacer es mayor para las mujeres que para los hombres: 77,1 y 71.7 años respectivamente. La tasa bruta de mortalidad para la Provincia de Pichincha, fue de 42,3 por 10.000 habitantes, siendo la tasa de mortalidad masculina la predominante: con 47,83 por 10.000 habitantes. De todas las causas de muerte las producidas por procesos infecciosos ocupan el 4,47%, y la de los tumores malignos un 6,78%.

5.2 Situación actual de las adolescentes en el DMQ.

De la población total del Ecuador de 12'156 208 habitantes (INEC 2001), aproximadamente 2'581570 se encuentran en el grupo de edad comprendido entre 10 y 19 años y 1'168 637 están comprendidos entre los 20 a 24 años de edad, lo que corresponde a un 30.86% de la población total. En el DMQ se encuentran 185 430 adolescentes, correspondientes al 10% de los habitantes del distrito.

Los/as adolescentes constituyen un grupo múltiple, heterogéneo, expuesto a diversos grados de vulnerabilidad y exclusión, en donde la salud y la educación son factores determinantes de los niveles de bienestar que los menores alcanzarán en el futuro.

Los profundos cambios que ha experimentado la sociedad ecuatoriana a lo largo de las últimas décadas, en los aspectos tanto económicos como sociales han originado como resultado comportamientos consumistas y cambios en el sistema de valores sociales, que tienden a priorizar el dinero, placer, el poder, la promoción de violencia, sexo, ideales negativos, etc. Por lo que la familia también ha experimentado cambios en su organización, en la actualidad las parejas se casan menos y se divorcian más¹²⁶, las madres trabajan fuera del hogar o han emigrado. Todos estos factores se expresan en cambios de tendencia en el comportamiento de los jóvenes y la aparición de manifestaciones de violencia social, especialmente urbana, implicando a un elevado número de jóvenes en conductas antisociales y delictivas.

En lo económico, la adopción, de programas de ajuste estructural, ha dado lugar a una distribución desigual de los ingresos, con las consecuentes repercusiones en el incremento de los índices de pobreza, agravado por la insuficiente generación de empleo y el crecimiento del sector informal de la economía; así mismo ha dado lugar a la migración hacia los centros urbanos y al exterior del país. Todo lo cual incide en que los niños y adolescentes inicien a trabajar desde una edad muy temprana; vida en la calle en malas condiciones; remuneración inadecuada; demasiada responsabilidad; trabajos que obstaculizan el acceso a la educación; trabajos que perjudican su desarrollo social y psicológico.

La disminución de la matrícula escolar, deserción, disminución de la oferta laboral, pérdida de empleos han afectado en mayor proporción a los jóvenes entre los 15 y 24 años. En lo referente a la educación, ésta también ha experimentado importantes cambios. En la actualidad la mayor diversificación de actividades económicas y sociales, exige mayor preparación, por lo que existe

¹²⁶ EL COMERCIO. 25 años en democracia. "La familia paga los platos rotos de una sociedad en franca mutación". Quito, 8 de Agosto del 2004.

una multiplicidad de opciones, sin embargo la situación económica determina que un 68,6% de adolescentes no esté matriculado en ningún centro de enseñanza básica. (INEC 2001).

Quienes más afectadas resultan por esta situación son las mujeres ya que el proceso de adquisición de capacidades esenciales para una plena incorporación al desarrollo de la sociedad se ve limitado por la situación económica, el trabajo doméstico y la labor reproductiva, por ejemplo para 1999, del grupo de hombres y mujeres comprendido entre 12 a 17 años, que no se matriculó por el costo y por el desempeño de labores domésticas, corresponde a mujeres el 52%, y el 100% respectivamente¹²⁷.

La menor instrucción y calificación de las mujeres a causa de la carga de las tareas reproductivas y domésticas, vuelve más difícil la obtención de trabajo adecuadamente remunerado y estable. Los datos que nos proporciona el INEC, nos evidencian las diferencias de género en el acceso al mercado laboral, en lo que tiene que ver con el tipo, el número de horas de trabajo, y la etapa del ciclo vital en la que se encuentran; ya que durante la edad fértil (15 - 49 años); y debido al trabajo doméstico las mujeres tienen que dedicar menos tiempo al denominado “trabajo productivo”.¹²⁸

5.2.1 Situación de salud.

Los/as adolescentes, constituyen uno de los grupos más afectados por la crisis que enfrenta el sector de la salud, lo cual se manifiesta en el deterioro de la calidad de vida, en los elevados índices de desnutrición, estilos de vida poco saludables, inequidades en el acceso a los servicios de salud, etc.

De acuerdo con investigaciones efectuadas en el país (1998), sobre el consumo de alcohol, cigarrillos y drogas, se determinó que el 28% de estudiantes de 12 a 17 años consumía alcohol (una quinta parte hasta embriagarse), 31% de los estudiantes fumaba. Cerca del 6% reconocía haber consumido algún tipo de droga. El consumo de drogas es tres veces mayor para el caso de los hombres con relación a las mujeres.¹²⁹

Las causas de muerte en este grupo de edad, en su mayor parte son prevenibles, están estrechamente relacionadas con el sexo, los estilos de vida, la violencia social. Las tasas de mortalidad más elevadas en los adolescentes y jóvenes, corresponden a homicidios, suicidios,

¹²⁷ SIISE Versión 3..5

¹²⁸ Estructura de la PEA ocupada según sexo.SIISE. Versión 3..5

¹²⁹ CEPAR, INEC, UNFPA. Situación de los adolescentes y jóvenes en el Ecuador. 2003

accidentes de tránsito o de otro tipo. Para el caso de las adolescentes las causas de mortalidad están asociadas mayormente a factores relacionados con el embarazo y parto.¹³⁰

Existen pocos datos sobre la morbilidad en adolescentes y jóvenes, lo cual puede deberse a un subregistro o registro inadecuado de los casos. No obstante las principales causas de egreso hospitalario para el caso de las adolescentes tienen que ver con complicaciones del embarazo, parto y puerperio.¹³¹

5.2.1.1. Salud sexual y reproductiva.

La tasa de fecundidad específica en adolescentes en América Latina se mantiene estática y en algunos casos ha aumentado, a pesar del descenso de las tasas generales¹³². En nuestro país es de 71,9 X 1.000 mujeres de 15 a 19 años.^{133 134} y, 20 de cada cien mujeres embarazadas son jóvenes entre 15 y 19 años, porcentaje que se eleva en el área rural.^{135 136}

Investigaciones efectuadas en Quito, señalan que la edad promedio del inicio de la actividad sexual es de 17 años en las mujeres y 15 años en los varones. La mayor parte de adolescentes se embarazan durante el primer año de vida sexual activa.

Esto por cuanto la mayor parte de adolescentes con actividad sexual, no utilizan ningún método anticonceptivo, únicamente un 6% hace uso del algún método de planificación, aún las adolescentes casadas tienen un bajo índice de utilización: 30% a 53%. Por lo que a más de los embarazos precoces, son más susceptibles de contraer algún tipo de enfermedad de transmisión sexual¹³⁷.

Los abortos en condiciones inseguras, constituyen también un peligro para la salud de las adolescentes. Aunque se dice que las cifras no reflejan verazmente la realidad, debido a las condiciones de ilegalidad y clandestinidad en que se efectúan, la OMS estima que cada año

¹³⁰ Ibid. Pág. 12.

¹³¹ Naranjo Jorge. El embarazo en la adolescencia. Una visión panorámica. Riesgos y opciones. Quito. Marzo 2003.

¹³² Naranjo Jorge. Diagnóstico Situacional y el Marco Conceptual para la atención Integral de Adolescentes y Jóvenes en el Ecuador. HGOIA-AECI. 1999-2000.

¹³³ FNUAP. 2001.

¹³⁴ Coalición de Jóvenes a Favor de la CIPD. En consulta con ACPD, CEDPA, CFFC, CRLP, FCI, Ipas, IPPF, IWHC, la Red Latinoamericana y Caribeña de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos y NAPY. 2000.

¹³⁵ Ley de Maternidad Gratuita. MSP. Unidad de Gestión del PMGYAI. 2001.

¹³⁶ FLACSO. Diagnóstico de la Problemática de niños y adolescentes de 6 a 18 años en situación de riesgo y de los Programas Existentes: Análisis de Programas de atención al embarazo en adolescentes. Quito, Abril 2002.

¹³⁷ Naranjo Jorge. Diagnóstico Situacional y el Marco Conceptual para la atención Integral de Adolescentes y Jóvenes en el Ecuador. HGOIA-AECI. 1999-2000.

pierden la vida unas 70 000 mujeres como resultados de los abortos en malas condiciones. En el grupo de 15 a 19 años, entre el 3.4 al 12% de los embarazos terminó en aborto¹³⁸.

5.2.2 Situación de salud de las embarazadas adolescentes.

De las 185.430 adolescentes que viven en el DMQ (INEC 2001), un 10% son adolescentes embarazadas.

En la última década (1990-2000) en el HGOIA se atendieron 31.911 partos de adolescentes, lo que constituye el 21% del total de partos atendidos. La consulta de adolescentes constituye aproximadamente el 14% de los ingresos a la maternidad. Teniendo una media de 780 consultas por primera vez y 4290 consultas en general, distribuidas en: obstetricia 8%, ginecología 3% y planificación familiar 42%.¹³⁹

En Quito alrededor del 85% de las adolescentes embarazadas se ha efectuado por lo menos un control. Las patologías, maternas durante el embarazo están relacionadas con trastornos nutricionales, hipertensión inducida por el embarazo, complicaciones renales.¹⁴⁰

Durante el año 2003, se atendieron 1982 partos normales, de los cuales el 2.4% correspondió al grupo de edad de 10 a 14 años, y el 97.6% al grupo de edad de 15 a 19 años. Se efectuaron 674 cesáreas, correspondiéndole al grupo de 10 a 14 años, un porcentaje del 3.1% y al de 15 a 19 años el 96.9%. Así mismo se registraron 381 abortos, el 3,15% en el grupo de 10 a 14 años, y el 96,85% al grupo de 15 a 19 años. La edad promedio de las adolescentes embarazadas es de 16.5 años.

Tabla No 1

Edad de las adolescentes según el tipo de atención requerida en el HGOIA de Enero a Diciembre de 2003.

10 a 14 años			15 a 19 años		
Parto Normal	Cesárea	Aborto	Parto normal	Cesárea	Aborto
48	21	12	1934	653	369
2,40%	3,10%	3,15%	97,60%	96,90%	96,85%

Fuente: Dpto de Estadística del HGOIA.2003

Elaboración: Original

¹³⁸ Ibid.

¹³⁹ Naranjo Jorge. Perfil de las Usuarias Adolescentes del HGOIA. Quito. 1999-2000. Pg 19.

¹⁴⁰ Ibid.

Para profundizar en el análisis de la salud de las embarazadas adolescentes, se realizó un estudio a aquellas adolescentes que se atendieron en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora en el período comprendido entre Enero a Diciembre del 2003 y Enero 2004¹⁴¹. Además se hizo una exploración de la atención en centros ambulatorios que aunque no cuentan con unidades especializadas dan atención a embarazadas adolescentes. Los datos obtenidos tanto de las Historias Clínicas, como de las entrevistas realizadas, se procesaron mediante SSPS y Excel, pero para mayor comprensión se presenta un resumen de los cuadros.

En la realización del estudio se tuvo algunas limitaciones, en primer lugar, las historias clínicas estaban incompletas, en algunas faltaba la documentación (formularios) sobre los aspectos técnicos de la atención y en otras a pesar de contar con todas las hojas, éstas no se habían llenado correctamente o simplemente no se habían llenado, lo cual impidió la obtención de mayor cantidad y calidad de datos, ajustando el instrumento de recolección de la información a los datos más completos. (Anexos 1); en segundo lugar, las continuas paralizaciones del sector salud, impidieron una recolección rápida y continuada de la información;

En tercer lugar, la falta de información estadística, en las unidades, sobre el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia, tanto en la maternidad como en centros de I y II nivel (no se lleva registros sobre las referencias y contrarreferencias recibidas o efectuadas).

En la realización de las encuestas a las adolescentes, en algunos casos, el hecho que las adolescentes estuvieran acompañadas de su madre u otros familiares, no permitió la privacidad suficiente para que no hubiera incidencia en la veracidad de las respuestas.

Hubiera sido muy importante para una profundización de este estudio, una búsqueda en sus domicilios de la muestra de embarazadas, pero la falta de registros de sus direcciones impidió la realización de esta actividad.

¹⁴¹ Inicialmente la muestra escogida consistía en 259 Historias Clínicas e igual número de encuestas a adolescentes embarazadas. Pero al haberse contabilizado al final 300 Historias clínicas y 268 encuestas, se decidió quedarse con esta muestra.

5.2.2.1 Criterios éticos de la investigación:

El abordar la situación por la que atraviesa una adolescente embarazada, muchas de las veces no resulta fácil, por lo delicado de las circunstancias tanto para la adolescente como para su familia.

Por tal razón se consideró obligatorio utilizar los siguientes criterios éticos:

- a. Información a las encuestadas, del propósito de la investigación para obtener su consentimiento para utilizar la información entregada.
- b. Reserva y anonimato del origen de la información, y sobre todo, respeto al criterio de las adolescentes y sus familiares.

5.2.3 Características generales:

a. Aspectos demográficos:

De la muestra analizada, el 5.7% estaba en el grupo de edad de 10 a 14 años, y el 94.3% en el grupo de 15 a 19 años.

Tabla No 2

Adolescentes embarazadas según grupos de edad atendidas en el HGOIA en el 2003

<i>Edad</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje.</i>
10 a 14	17	5.7%
15 a 19	283	94.3%
Total	300	100%

Fuente: Archivos del HGOIA.2003

Elaboración: Original

b. Aspectos educacionales:

El nivel de escolaridad de las encuestadas corresponde en su mayoría a secundaria incompleta con un porcentaje del 77.7%, seguido de primaria completa con un 14%, registrándose también un caso de ninguna instrucción, correspondiente al 0.3%; y uno de superior incompleta, que corresponde igualmente al 0.3%.

Tabla No 3

Nivel de Instrucción de las adolescentes embarazadas atendidas en el HGOIA. 2003

Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	1	0.3%
Primaria Incompleta	12	4%
Primaria Completa	42	14%
Secundaria Incompleta	233	77.7%
Secundaria completa	11	3.7%
Superior incompleta	1	0.3%
Total	300	100%

Fuente: Archivos del HGOIA.2003

Elaboración: Original

c. Aspectos relacionados con la inserción al trabajo:

En cuanto a ocupación, la mayoría de adolescentes 78.3% labora en sus casas, en tareas domésticas, porque han desertado de sus estudios por su embarazo o por mala situación económica, solo un pequeño porcentaje continúa estudiando 17%, mientras que un 4.7% han tenido que dedicarse a trabajar, en su mayor parte como asistentes domésticas, u otras actividades de baja remuneración.

Tabla N° 4

Ocupación de las adolescentes embarazadas atendidas en el HGOIA en el 2003.

Ocupación	frecuencia	Porcentaje.
Ninguna	0	0%
Quehaceres domésticos.	235	78.3%
Estudiantes	51	17%
Trabaja	14	4.7%
Total	300	100%

Fuente: Archivos del HGOIA.2003

Elaboración: Original

d. Estado Civil:

En lo referente al estado civil de las adolescentes, la mayoría son solteras, en un 49% del total, pero si sumamos entre casadas (13.7%) y unión libre (37.3%) vemos que en un mayor porcentaje están las adolescentes que tienen pareja 51%.

Tabla N° 5.

Estado civil de las adolescentes embarazadas atendidas en el HGOIA en el 2003.

<i>Estado civil</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje.</i>
Soltera	148	49.4%
Casada.	40	13.3%
Unión libre.	112	37.3%

Fuente: Archivos del HGOIA. 2003

Elaboración: Original

d. Historia obstétrica:

La mayoría de adolescentes (84.3%) ha cursado o se encuentra cursando su primer embarazo, pero en un 14% tenían dos embarazos y en algunos casos hasta tres (3%); el 1.4% no estaba embarazada, el motivo de asistencia era por control ginecológico.

Tabla N° 6

Antecedentes Gineco-obstétricos (AGO) de las adolescentes embarazadas atendidas en el HGOIA en el 2003

<i>AGO</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje.</i>
Primer embarazo	253	84.3%
Segundo embarazo	42	14.0%
Tercer embarazo	1	0.3%
Consulta ginecológica.	4	1.4%
Total	300	100%

Fuente: Archivos del HGOIA. 2003

Elaboración: Original

e. Atención prenatal:

Del total de casos revisado, los que tenían consultas prenatales, tanto del embarazo en curso como de las que acudieron para atención del parto, corresponde al 91.3%; de las que acudieron únicamente para la atención del parto pero sin ningún control prenatal fue un 5.7%, en el 3% de los casos no había datos en la historia clínica, si había recibido o no algún tipo de control.

Tabla N° 7

Controles Prenatales (CPN) recibidos por las adolescentes embarazadas en el HGOIA en el 2003.

<i>CPN</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje.</i>
Si se controló el embarazo.	274	91.3%
No se controló el embarazo.	17	5.7%
No hay datos.	9	3.0%
Total	300	100%

Fuente: Archivos del HGOIA. 2003

Elaboración: Original

Del total de embarazadas adolescentes que se efectuaron su control en la maternidad o acudieron para la atención del parto, el 25.7% lo inició en el I trimestre del embarazo, el 49.8% en el segundo, y el 24.5% en el tercer trimestre. Existen algunos casos de atención en consultorios particulares o centros de salud públicos, pero no hay referencia de la fecha de inicio de los controles, esto conjuntamente con los casos en los que no había ningún control prenatal corresponde al 42% de los casos. El promedio de atenciones prenatales es de 6.3 atenciones.

Tabla N° 8

Inicio del Control Prenatal según la Edad Gestacional en las adolescentes atendidas en el HGOIA en el 2003.

<i>Edad Gestacional</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje.</i>
I Trimestre	68	22.7%
II Trimestre	125	42%
III Trimestre.	64	21.3%
Otros.	42	14%
Total	300	100%

Fuente: Archivos del HGOIA. 2003

Elaboración: Original

f. Complicaciones:

Del total de casos revisados, el 21.3%, acudió por complicaciones relacionados con el embarazo, como: hipertensión, prematurez, y parto por cesárea (por desproporción céfalo pélvica y distocias en la dilatación). La hipertensión ocupa el primer lugar de las complicaciones del embarazo con una proporción del 82,7%, de los cuales 4,7% evolucionó hasta el síndrome de HELLP.

Tabla N° 9*Complicaciones al momento del parto en las adolescentes atendidas en el HGOIA en el 2003*

<i>Complicaciones</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje.</i>
Sin	172	57.3%
Con	64	21.3%
Otros motivos de consulta	74	21.4%
Total	300	100%

Fuente: Archivos del HGOIA. 2003

Elaboración: Original

5.2.4 Apoyo a las adolescentes embarazadas:

El apoyo que reciben las adolescentes, a pesar de estar unidas a su pareja, en la mayor parte de casos proviene de su familia 33.3%, en tanto que el de la pareja es el 18.7%; las adolescentes que tienen apoyo tanto de la pareja como de la familia constituyen el 34.3%, las que no tienen ningún apoyo constituyen el 5.3%.; las que reciben apoyo de algunas instituciones como albergues o refugios para adolescentes o de amigos son el 3%, y los casos que no refiere si tienen o no algún tipo de apoyo son el 7.3%.

Tabla N° 10*Apoyo brindado a las adolescentes embarazadas atendidas en el HGOIA en el 2003*

<i>Apoyo</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje.</i>
Familia	100	33.3%
Pareja	56	18.7%
Pareja y familia	103	34.3%
Ningún apoyo.	16	5.3%
De otros	3	1.0%
No refiere	22	7.3%
Total	300	100%

Fuente: Archivos del HGOIA. 2003.

Elaboración: Original

5.2.5 Referencia y contrarreferencia

En cuanto a la referencia y contrarreferencia, se observó que únicamente 3 casos, correspondientes al 1% de las 300 historias clínicas revisadas, llegaron con referencia escrita desde otros establecimientos de atención, no hay registro de contrarreferencias efectuadas.

Del total de partos atendidos (167) en la muestra analizada, ya sea parto normal o cesárea, el 83.8% se realizó los controles prenatales en la maternidad Isidro Ayora, el 2.4% en establecimientos públicos de salud, y el 3.6% en el sector privado. El 10.2% no refiere.

Tabla N° 11

Lugar donde las adolescentes embarazadas que dieron a luz en el HGOIA en el 2003 se efectuaron los controles prenatales.

Lugar	Frecuencia	Porcentaje.
Establecimientos del MSP	4	2.4%
HGOIA	140	83.8%
Privados.	6	3.6%
No refiere.	17	10.2%
Total	167	100%

Fuente: Archivos del HGOIA. 2003

Elaboración: Original

5.3 *Complicaciones, terminación del embarazo y edad*

La relación de la edad con complicaciones del embarazo, muestra que el 17.6% del total de embarazadas pertenecientes al grupo de edad de 10 a 14 años, presentó complicaciones del embarazo, frente al 21.6% de las adolescentes de 15 a 19 años.

Tabla N° 12.

Relación entre edad en el embarazo y presentación de complicaciones.

Edad	Complicaciones		Total
	Con	Sin	
Frecuencia	3	14	17
10 a 14 años	17.6%	82.4%	100%
Frecuencia	61	222	283
15 a 19 años	21.6%	78.4%	100%

Fuente: Archivos del HGOIA. 3003

Elaboración original.

En lo que respecta a la relación entre la edad y la terminación del embarazo en parto normal o parto por cesárea, tenemos que de un total de 17 consultas del grupo de la primera adolescencia

(10 a 14 años), el 58.8% que llegó por labor de parto, el parto fue normal, en tanto que del segundo grupo de edad el 54.4% terminó su embarazo por medio de parto normal, contra un 12% que terminó por cesárea y un 1.8% en aborto.

Tabla N° 13

Relación entre la edad en el embarazo y la forma de terminación del mismo.

	Edad	Forma de terminación del embarazo.			Otros motivos de consulta
		Parto Normal	Cesárea	Aborto	
	10 a 14	58.8%	0	0	41.2%
<i>Frecuencia</i>		10			9
	15 a 19	54.4%	12%	1.8%	31.8%
<i>Frecuencia</i>		5	154	34	90

Fuente: Archivos del HGOIA. 2003

Elaboración: Original.

Esto podría relacionarse con el apoyo que reciben las adolescentes que para el caso investigado es mayor por parte de los padres tanto para las adolescentes del primer grupo de edad (47%), como para las del segundo grupo (32.5%) que el apoyo que reciben de su pareja (11.8% y 19.1% respectivamente) Tabla N° 14. Lo cual podría estar incidiendo en mayores cuidados durante el período prenatal, ya que al relacionar la los casos de complicaciones del embarazo con los controles prenatales, tenemos que de un total de 17 pacientes que no recibieron control prenatal, el 70% no tuvo complicaciones en su embarazo, frente al 29.4% que si presentó complicaciones. En tanto que del total de embarazos que recibieron control prenatal el 79,5% transcurrió normalmente, bajando al 20.5% el porcentaje embarazos con complicaciones. (Tabla N° 15).

Tabla N° 14

Relación entre la edad de las adolescentes embarazadas atendidas en el HGOIA y el apoyo recibido.

	Edad	<i>Apoyo recibido</i>					<i>No refiere</i>
		<i>Ningún apoyo</i>	<i>Familia</i>	<i>Pareja</i>	<i>Familia y pareja</i>	<i>Otros</i>	
Frecuencia		1	8	2	5		1
	10 a 14 años	5.9%	47.1%	11.8%	29.4%		5.9%
Frecuencia.		15	92	54	98	3	21
	15 a 19 años.	5.3%	32.5%	19.1%	34.6%	1.1%	7.4%

Fuente: Archivos HGOIA. 2003

Elaboración: Original.

Tabla N° 15.

Relación entre el control prenatal y las complicaciones del embarazo.

<i>Control Prenatal</i>	<i>Complicaciones</i>		<i>Total</i>
	<i>Embarazo no complicado</i>	<i>Embarazo complicado</i>	
	12	5	17
Sin control Prenatal	70.6%	29.4%	100%
	217	56	273
Control Prenatal	79.5%	20.5%	100%

Fuente: Archivos del HGOIA. 2003

Elaboración: Original.

Relacionando la terminación del embarazo por parto normal o por cesárea con el inicio del control prenatal, tenemos que el porcentaje de cesáreas fue incrementándose conforme el control se iniciaba más tarde, así, para el primer trimestre tenemos el 7.4% terminaron en cesárea, el 10.7% para las que se controlaron a partir del segundo trimestre, y el 12.5% para las que se controlaron solo a partir del tercer trimestre. Otro grupo de embarazos que terminaron por cesárea 19%, corresponde a los casos que no recibieron ningún control y de los que no existen datos en la historia clínica.

Tabla N° 16.

Relación entre el inicio del control prenatal y la terminación del embarazo.

	<i>Inicio del Control prenatal</i>	<i>Terminación del embarazo.</i>	<i>Terminación del embarazo</i>			<i>Total</i>
			<i>Parto normal.</i>	<i>Cesárea.</i>	<i>Otros motivos de consulta.</i>	
		<i>Aborto</i>				
<i>Frecuencia</i>		5	17	8	12	42
	<i>Sin Control</i>	11.9%	40.5%	19%	28.6%	100%
<i>Frecuencia</i>			45	5	18	68
	<i>I Trimestre</i>		66.2%	7.4%	26.5%	100%
<i>Frecuencia</i>			63	13	50	126
	<i>II Trimestre</i>		50%	10.3%	39.7%	100%
<i>Frecuencia</i>			39	8	7	64
	<i>III Trimestre</i>		60.9%	12.5%	32.3%	100%

Fuente: Archivos del HGOIA. 2003.

Elaboración: Original.

5.4 Prestación de servicios de salud sexual y reproductiva a adolescentes

La información sobre la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva y atención del parto a la población adolescente, se recolectó mediante un instrumento dirigido a las adolescentes usuarias de la Unidad de Atención Integral de adolescentes del HGOIA, por ser el principal lugar de referencia, al que están acudiendo las adolescentes. Los resultados fueron los siguientes:

En lo referente a planificación del embarazo, el 70,9% manifestó no haber planeado embarazarse, frente a un 29.1 que manifestó que si había deseado embarazarse.

Tabla N° 17

Planificación del embarazo por parte de las adolescentes atendidas en el HGOIA en el 2003.

<i>Planificación del embarazo.</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Planificado</i>	78	29.1%
<i>No planificado.</i>	190	70.9%
<i>Total</i>	268	100%

Fuente: Encuestas realizadas a adolescentes embarazadas. Enero 2004.

Elaboración: Original

En lo que tiene que ver con la existencia de Centros de Salud en su barrio, el 79.1% respondió que si habían, el 4.1% respondió que no, y el 14.2% respondió que no sabía o no conocía; el 2.1% no contestó.(1)

Tabla N° 18

Accesibilidad de las adolescentes embarazadas del DMQ a servicios de salud-2003 (1)

<i>Dispone de servicios de salud en su barrio</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Si</i>	212	79.1%
<i>No</i>	11	4.1%
<i>No conoce</i>	38	14.2%
<i>No refiere</i>	7	2.1%
<i>Total</i>	268	100%

Fuente: Encuestas realizadas a adolescentes embarazadas en HGOIA. Enero 2004

Elaboración: Original

Del total de adolescentes que dijeron saber de la existencia de servicios de salud en su sector, el 36.7%, dijo haber ido alguna vez a éstos, el 45.6%, refirió no haber ido nunca; el 17.7% no respondió.

Las respuestas a la pregunta de por que no acudían a estos centros que les quedaba más cerca fueron diversas, entre las más frecuentes: que no les gustaba o no confiaban en la atención 16.8%; porque estos servicios no contaban con atención especializada 7.8%; recibían maltrato por parte del personal 4.1%; el 69.5% restante tiene que ver con diversas respuestas como la atención irregular; cobros más altos; etc.(2)

Tabla N° 19*Accesibilidad de las adolescentes embarazadas del DMQ a servicios de salud- 2003 (2)*

<i>Respuestas</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
No contesta.	2	0.7%
No hay confianza en el tipo de atención.	45	16.8%
No hay atención especializada.	21	7.8%
Maltrato por parte del personal.	11	4.1%
Atención irregular.	3	1.1%
Otras causas	186	69.5%
Total	268	100%

Fuente: Encuestas realizadas a adolescentes. HGOIA Enero 2004.

Elaboración: Original

En lo concerniente a la referencia, se realizó la pregunta de quien les envió a la maternidad, el 77% fueron autorreferidas o por consejo de sus familiares; el 11.1% fueron enviadas desde otros servicios públicos de atención, el 5.6% de servicios particulares, y el 1.9%, se remitieron desde albergues o refugios para adolescentes.

Del total de pacientes que habían sido atendidas en otros centros de atención, el 3% dijo haber llevado una referencia escrita, el 38.4% ninguna referencia. El resto, 58.6% corresponde a autorreferencias.

Tabla N° 20

Referencia de adolescentes embarazadas desde otros servicios de atención hacia el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora durante el 2003.

<i>Referencia.</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Escrita	8	3.0%
Verbal	103	38.4%
Autorreferencias	157	58.6%
Total	268	100%

Fuente: Encuestas realizadas a adolescentes en HGOIA. Enero 2004.

Elaboración: original.

El 78.3% del total de autorreferencias corresponde a adolescentes que si conocen que disponen de centros de salud en su sector.

En lo que tiene que ver con el tiempo de traslado, desde sus hogares hasta la maternidad el 40,7% empleaba menos de 1 hora, el 42.2% manifestó que empleaba un tiempo máximo de 1:15H a 2:00 H entre ida y vuelta, exceptuando el tiempo de atención, y el 17,2% más de 2 horas.

Tabla N° 21

Tiempo empleado por las adolescentes embarazadas en el traslado hasta el lugar de atención (HGOIA)

<i>Tiempo de traslado</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje.</i>
Menos de 1 hora	109	40.6%
Entre 1h15 a 2h	113	42.2%
Más de 2 h	46	17.2%
Total	268	100%

Fuente: Encuestas realizadas a adolescentes embarazadas en HGOIA. Enero 2004.
Elaboración: original

En lo que tiene que ver con los costos de movilización hacia el sitio de atención (HGOIA), el 60.4% manifestó que gastan menos de un dólar en el traslado. De 1 a 2 dólares el 32.5% y más de 2 dólares el 6.7%.

Tabla N° 22

Costos de movilización por parte de las adolescentes embarazadas hacia el lugar de atención (HGOIA)

<i>Costos de movilización.</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje.</i>
Menos de 1 dólar	163	60.8%
De 1 a 2 dólares	87	32.5%
Más de 2 dólares	18	6.7%
Total.	268	100%

Fuente: Encuestas realizadas a adolescentes embarazadas en HGOIA. Enero 2004.
Elaboración: original

En la pregunta sobre el tiempo de espera para ser atendidas, el 11.5% dijo que era menor a 1 hora; el 51.11% refirió que esperaba entre 1 a 2 horas, y el 32.2%, manifestó esperar más de 2 horas.

Además de los aspectos anteriores, en los grupos de madres adolescentes se indagó sobre la satisfacción con la atención recibida durante el embarazo, parto y post-parto y sus proyectos de vida.

El 92.9% manifestó estar satisfecha con la atención, 3% lo estaba poco, su insatisfacción era por el trato recibido por parte de las auxiliares de enfermería, no así de los profesionales médicos, de quienes refirieron recibir buen trato.

Tabla N° 23

Satisfacción de las adolescentes embarazadas con el tipo de atención recibida en el HGOIA en el 2003.

<i>Satisfacción con la atención.</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Bastante	249	92.9%
Poco	8	3%
No	0	0%
No contesta.	11	4.1%
Total	268	100%

Fuente: Encuestas realizadas a adolescentes en HGOIA. Enero. 2004
Elaboración: original

En lo que se refiere a su futuro, el 73.4% manifestó estar preocupada, el 6% dijo no estar preocupada, y el 16.5% manifestó que no había pensado en ese tema, el 4,1% no responde.

Tabla N° 24

Preocupación por el futuro por parte de las adolescentes embarazadas

<i>Preocupación por su futuro.</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>porcentaje</i>
<i>Si</i>	197	73.4%
<i>No</i>	16	6%
<i>No ha pensado</i>	44	16.5%
<i>No responde</i>	11	4.1%
<i>Total</i>	268	100%

Fuente: Encuestas realizadas a adolescentes. Enero 2004.
Elaboración: original

Es importante notar que si bien las adolescentes del grupo de edad de 10 a 14 años en un porcentaje mayor 17.4%, están preocupadas por su futuro en relación al 13% que manifiesta que

no, conforme aumenta la edad (15 a 19 años), aumenta también la preocupación por su futuro 78.7%.

Tabla N° 25

Preocupación de las adolescentes embarazadas por su futuro según grupos de edad

<i>Edad</i>	<i>Preocupación por el futuro</i>				<i>Total</i>
	<i>Si</i>	<i>no</i>	<i>No ha pensado</i>	<i>No contesta</i>	
<i>10 a 14 años</i>	17.4	13.0%	56.5%	13.1%	100%
<i>Frecuencia</i>	4	3	13	3	23
<i>15 a 19 años</i>	78.7%	5.3%	12.7%	3.3%	100%
<i>Frecuencia</i>	192	14	31	8	245

Fuente: Encuestas realizadas a adolescentes. Enero. 2004.

Elaboración: original.

El 47.7% de las adolescentes, desean continuar sus estudios, 21.11% desea trabajar, otro grupo correspondiente al 10.% desearía poder estudiar y trabajar al mismo tiempo; en tanto que un 16.66% manifiesta que se dedicará a cuidar su hijo y a su hogar.

Tabla N° 26

Proyectos de las madres y adolescentes embarazadas para el futuro.

<i>Proyectos</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Estudiar</i>	128	47.7%
<i>Trabajar</i>	57	21.11%
<i>Trabajar y estudiar</i>	27	10%
<i>Cuidar a su hijo</i>	44	16.7%
<i>No contesta</i>	12	4.5%
<i>Total</i>	268	100%

Fuente: Encuestas realizadas a adolescentes. 2004

Elaboración Original.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos, permiten identificar, que:

6.1.1 En lo referente al perfil sociodemográfico y a la situación de salud de las adolescentes embarazadas tenemos que los datos coinciden con los reportados en anteriores investigaciones sobre estos temas:

- a. Así tenemos que la edad promedio de embarazo en las adolescentes, es de 16,5 años. De igual forma, la escolaridad de la mayoría de las adolescentes es la secundaria incompleta y la ocupación en gran parte es el trabajo doméstico por el alto porcentaje de deserción escolar debido al embarazo, a lo que se suma la difícil situación económica de la generalidad de adolescentes que acuden a la maternidad.
- b. El promedio de controles prenatales efectuados también es coincidente con el de investigaciones precedentes (6,3), al igual que el inicio de estos controles que por lo general se efectúa a partir del segundo y tercer trimestre; el mayor porcentaje corresponde al inicio del control durante el segundo trimestre de gestación.
- c. Así mismo las complicaciones que se presentan relacionadas por la temprana edad de las embarazadas, son las mismas patologías reportadas por la literatura sobre el tema, así tenemos la hipertensión inducida por el embarazo: partos distócicos, prematuridad, etc.
- d. El contar con la comprensión o el apoyo de por lo menos uno de los padres, es un factor relevante en el estado de salud y desarrollo de las jóvenes, puesto que a más de recibir los cuidados pertinentes durante el embarazo, le puede permitir continuar con sus estudios, lo que no siempre sucede cuando la adolescente se casa o se une a su pareja, donde sus posibilidades de continuar su educación, se ven reducidas por las responsabilidades que adquiere al formar un hogar, o por la mala situación económica al carecer también su pareja de educación o de experiencia laboral.
- e. Es notorio que los aspectos socioeconómicos y culturales como la carencia de recursos económicos, deserción escolar, violencia, disfunción familiar, etc., se reflejan en las actitudes, comportamientos y prácticas de las adolescentes, tal es el caso de la atención en el embarazo, donde no existen ni la percepción de la necesidad, ni las condiciones para acceder a un control adecuado, con los consiguientes resultados negativos para su salud como para la de su hijo, lo que determinará la mayor vulnerabilidad biológica,

social, económica y cultural, que restringe su incorporación al desarrollo y a los beneficios y derechos del mismo.

- f. De los dos grupos de edad es necesario destacar, que cualquiera que sea su nivel de instrucción, desean en la mayoría de los casos en primer lugar seguir estudiando y trabajar, sobre un menor porcentaje de casos que desea dedicarse exclusivamente al cuidado de su hijo y su hogar.

6.1.2 En la atención a las embarazadas adolescentes se evidencia:

- a. La interdisciplinariedad, y la información son factores muy importantes dentro de la atención de calidad, centrada en las necesidades de las adolescentes, debido a que es uno de los motivos por los que las adolescentes acuden a la maternidad, al referirse a que no van a los centros de salud de su barrio, porque “no hay atención de especialidad” o “no hay psicólogo que les oriente”. Por lo que, es su percepción de sus necesidades, lo que les orienta a buscar servicios que responden a las mismas.
- b. Las relaciones interpersonales, tomando en cuenta el contexto sociocultural en el que se desenvuelven y la forma como funcionan los servicios constituyen los componentes fundamentales de la calidad de atención. Este elemento, es uno de los factores de éxito en la Unidad de Atención de la maternidad Isidro Ayora, por cuanto la mayor parte de adolescentes manifestó satisfacción con el trato y la atención recibida, sienten que reciben un trato humanizado y respetuoso, sin cuestionamientos, a excepción de un pequeño grupo de adolescentes que se refirieron al mal trato que recibían por parte de algunas auxiliares de enfermería, la mayoría del personal busca acercarse y responder a las adolescentes y a sus necesidades. La queja general tiene que ver con el largo tiempo de espera para recibir la atención. Por lo que es importante recalcar que no es suficiente con aumentar las coberturas de atención, sino también la calidad de la atención y dentro de esto la forma en que se atiende a las personas.
- c. Procedimientos burocráticos, impiden que las jóvenes accedan a servicios del I y II Nivel, conforme lo referido: no acuden a los centros de su barrio “porque les piden documentos y no tienen”, lo que dificulta las tareas de captación y seguimiento de las adolescentes embarazadas.
- d. Es indudable que las unidades del Primer Nivel de Atención se encuentran subutilizadas. Esta subutilización se refleja en la gran afluencia de pacientes que provienen desde los sectores más alejados o urbano- marginales donde la población dispone de centros de atención, inclusive hay sectores desde los cuales el acceso a los puestos o a los centros de salud no es difícil, pero si lo es a la maternidad. Esto se

vuelve crítico cuando vemos que el 78.3% del total de autorreferencias corresponde a adolescentes que si conocen que disponen de centros de salud en su sector. Sin embargo las adolescentes acuden a donde se sienten bien tratadas y que reciben la atención que necesitan según sus necesidades, dando como resultado una duplicación de funciones y de costos. Aunque también podría decirse que incide el hecho de existir una unidad especializada en la maternidad frente al tipo de atención “no diferenciada” que ofrecen las unidades del nivel primario.

- e. Sin duda, el tiempo que precisan las adolescentes para concurrir a los servicios de salud y recibir la atención de salud, es un factor determinante para la continuidad de la atención. En general, en la maternidad el tiempo de espera es largo, pero no necesariamente por una mala organización de los servicios, sino por la gran afluencia de pacientes, y esto puede incidir en que las adolescentes decidan no volver, o si lo hacen no sea las veces necesarias para un control adecuado.
- f. Otro de los problemas al que se enfrentan las adolescentes, son los gastos requeridos para acceder a la atención de salud; algunas adolescentes con posibilidades económicas, ya sea por contar con algún tipo de apoyo, o por que trabajan, prefieren los servicios del sector privado aunque los costos sean más altos que los del sector público, porque consideran que son de mejor calidad.
- g. Otra razón para preferir el sector privado al público, es por la irregularidad de la atención en éste último, debido a las constantes paralizaciones de actividades. Por lo que las adolescentes que no disponen de recursos que constituyen la gran mayoría, y al no poder acudir a los servicios privados por los costos elevados, corren el riesgo de no controlar su embarazo, con las consiguientes consecuencias adversas para su salud y la de su hijo.

6.1.3 El sistema de referencia y contrarreferencia no funciona, a pesar de existir un manual desde 1995, el cual ha sido actualizado en el 2002 y recientemente en Abril del 2004, sin embargo, no se ha logrado la operacionalización del mismo.

Se ha determinado que los nudos críticos de la atención a la adolescente embarazada en lo relacionado a este sistema, son:

- a. Existe una falta absoluta de aplicación de las normas del Sistema de Referencia y Contrarreferencia. Entre los factores que intervienen para que este sistema no funcione adecuadamente se pueden mencionar:
 - No existe ninguna coordinación y comunicación entre los centros u hospitales de mediana o alta complejidad que ofrecen la atención diferenciada, y los

servicios del primer nivel, lo que se manifiesta en el bajísimo porcentaje de referencias efectuadas hacia la Maternidad (1%). Y, aunque en la actualidad existen varias entidades privadas que prestan servicios para jóvenes, tampoco existe coordinación entre éstas entidades y los diferentes niveles de atención del sistema público, por lo que las adolescentes que acuden a los centros privados se autorrefieren a la Maternidad. Esto, a pesar de que en el Manual de Referencia y Contrarreferencia se hace mención a que se deben incluir en la red las unidades operativas de otros proveedores de servicios, sean estos públicos o privados.

- Así mismo en las unidades de atención al igual que en la Maternidad, no existe un registro sobre las referencias recibidas y contrarreferencias efectuadas respectivamente, ni personal a cargo del Sistema, a pesar de las disposiciones que así lo indican.
 - La sobredemanda que existe en la maternidad, ha conllevado a que no se efectúe este registro a decir de algunos médicos residentes, quienes manifiestan que ante la gran afluencia de pacientes no pueden negar la atención a casos de resolución en el primer o segundo nivel. Por otro lado algunos médicos de las unidades operativas del primer nivel manifiestan que no efectúan referencias por cuanto “no son casos complicados los que atienden diariamente, sino más bien casos relacionados con aspectos de promoción y prevención de la salud”
 - La evidente falta de concientización tanto en el personal médico como de servicios, sobre la importancia de cumplir con las normas de referencia y contrarreferencia como una forma de optimizar los servicios y la calidad de la atención se muestra en el desconocimiento sobre la existencia y uso del formulario de Referencia y Contrarreferencia (Anexos 3 y 4), es así que las pocas referencias escritas se hacen en el formulario 008, de atención de emergencia o en el formulario de transferencias. Al preguntar al personal sobre estos documentos, eran los únicos que conocían para este efecto. Esto nos habla de la falta de una capacitación y difusión *efectivas* de las normas de Referencia Contrarreferencia al personal de todos los niveles de la red de servicios
- b. En lo relacionado a la gestión de los centros de salud, los problemas se reflejan en la insuficiente información y adecuada promoción de los servicios que se ofertan en los centros de Primer y Segundo Nivel, lo que compromete la accesibilidad y la cobertura de los servicios, ya que muchas de las adolescentes, a pesar de contar con centros de atención en los sectores donde habitan, no saben donde pueden acudir para satisfacer sus demandas de salud.

6.1.4 Es evidente que no existe una clara coherencia entre las políticas formuladas y las instituciones encargadas de efectivizarlas, lo que ha derivado en que el éxito alcanzado por los diferentes programas orientados a la prevención y atención del embarazo adolescentes sea relativo; ya sea por factores como la falta de voluntad política para la promoción y el cumplimiento de las políticas sociales en favor de los jóvenes, ya sea por ciertas actitudes críticas y/o recelosas para tratar temas relacionados con la sexualidad, embarazo y paternidad adolescente.

6.2 RECOMENDACIONES.

- a. Las normas y Procedimientos para la Referencia y Contrarreferencia *son claras, prácticas y aplicables en el caso de la atención a las adolescentes embarazadas*. Por lo que en este trabajo no se tratará de corregir estas normas ni crear otras nuevas, de lo que trata más bien es de insistir en ciertos aspectos que tienen que acentuarse y priorizarse para lograr la funcionalidad del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
- b. Para el mejor funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, es fundamental *trabajar en tres aspectos*: la concientización de la importancia del cumplimiento de las normas de referencia y contrarreferencia por parte del personal de salud; el mejoramiento de la calidad de la atención en los servicios de Primer y Segundo nivel, y la promoción adecuada de los servicios ofertados.
- c. Para lograr un mejor funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, es necesario poner énfasis en el desarrollo y el mejoramiento de la calidad de los servicios del primer nivel de atención, donde se priorizan las estrategias de Atención Primaria de Salud, es decir la promoción y prevención, como una forma de aumentar la accesibilidad y los beneficios para las adolescentes, lo cual sabemos no requiere de una tecnología especial, pero si de un entrenamiento y desempeño adecuados por parte del personal de salud, lo cual resulta esencial si tomamos en cuenta que de éste nivel, dependerá en gran parte el óptimo funcionamiento de todo el sistema.
- d. En estos servicios de Primer Nivel, debería existir en forma permanente personal de apoyo en aspectos sociales como por ejemplo: trabajadora social y psicólogo, para la resolución de los casos no complicados, además de proporcionar una atención integral no sólo en el embarazo sino en las etapas previa y posterior a éste.
- e. En el Segundo nivel, en dónde ya existe algún tipo de la atención diferenciada, *es indispensable estimular y reforzar* esta estructura de atención, a través de la constitución y mantenimiento de equipos interdisciplinarios, enfocados a la atención específica de adolescentes y a la captación de las referencias del Primer nivel. Así mismo, es imprescindible insistir en que las unidades de atención cuenten con un instrumento que permita calificar criterios de riesgo obstétrico, que sean los que guíen las decisiones de la referencia de pacientes a los niveles de mayor complejidad.

- f. El personal de los servicios de los diferentes niveles de atención es un recurso clave, ya que de su adecuada preparación y entrenamiento dependerá en gran medida la cobertura y la calidad de la atención. Por tanto es preciso trabajar en la capacitación del personal (el cual debería tener vocación de trabajo con adolescentes y jóvenes, conforme se lo ha recomendado en otras investigaciones) lo que les permitirá conocer y desarrollar estrategias de promoción de salud, habilidades para la resolución de los problemas más frecuentes, es decir contar con los elementos necesarios para brindar una atención adecuada, respetando la dignidad de las adolescentes y sus parejas, respondiendo a sus preguntas y reconociendo sus diversas necesidades.
- g. Junto a la preparación del personal de todos los niveles es necesario desarrollar permanentemente y de manera *real y efectiva*, acciones de carácter educativo y participativo, tendientes a lograr el compromiso del personal de los servicios en la implementación del sistema de referencia y contrarreferencia como una forma de prevención de complicaciones, así como para la optimización de los recursos existentes para la atención. Esto es fundamental, ya que si no se logra que el personal de salud tome conciencia de la importancia del funcionamiento del sistema, cualquier esfuerzo para su aplicación será inútil, quedándose únicamente como buenas intenciones escritas; ya que como lo habíamos mencionado anteriormente las normas para la aplicación del sistema, al igual que los datos a obtenerse en los formularios son prácticos y claros, pero si no se aplican, no se habrá alcanzado nada.
- h. Es importante también el efectuar periódicamente tareas *efectivas* de monitoreo y evaluación del cumplimiento de las normas y procedimientos del sistema, lo que permitirá efectuar correctivos inmediatos en caso de ser necesarios.
- i. Conjuntamente con esto es prioritario efectuar campañas intensivas de promoción de los servicios, de tal forma que las jóvenes sepan donde pueden acudir, y además que pueden contar con atención adecuada a sus necesidades, ya que es indudable que a los servicios acuden quienes pueden llegar y están informadas de su existencia. Una muestra de lo que puede hacer una buena promoción de los servicios, lo constituye la Unidad de Atención Integral a Adolescentes Embarazadas del HGOIA, que se ha dado a conocer en todos los ámbitos, razón por la cual la afluencia de las adolescentes es desde todos los sectores.
- j. Promover una eficaz acción intersectorial que permita la búsqueda de nuevas alternativas para brindar servicios de promoción de salud, información y orientación

acerca de los problemas más frecuentes, sobre la importancia del control adecuado del embarazo; como por ejemplo en los colegios, servicios de salud, organizaciones juveniles, organismos privados, organizaciones religiosas, etc., y de esta forma, estas entidades contribuyan a la captación temprana de las adolescentes por parte de los servicios de atención, así como también a evitar la discriminación de que son sujeto las adolescentes embarazadas.

- k. La preservación de la salud y la vida de una mujer significa, una vida más productiva y la posibilidad de niños más saludables, lo que redundará en beneficio de la sociedad. Así mismo la educación, constituye un aporte vital para la salud, ya que mujeres con mayor educación, tienen mayores posibilidades de saber cuándo y dónde buscar atención en salud. El rol de los servicios de salud es el de contribuir de la mejor forma posible al mantenimiento de la salud y el bienestar general, para el buen desempeño de esas tarea.
- l. Es importante el hecho de que las adolescentes desean continuar sus estudios, e insertarse al mercado laboral, por lo que es esencial que las políticas y programas orientados a la salud de los adolescentes, tomen en cuenta las aspiraciones y potencialidades de las jóvenes en las estrategias de desarrollo, considerando que la inversión en educación y salud para elevar el capital humano es fundamental para alcanzar el crecimiento económico deseado y el desarrollo social verdadero.
- m. Aunque en la actualidad con los Programas dirigidos a la salud de los/as adolescentes, se han logrado algunos avances; es indiscutible que todavía queda mucho por hacer, se necesita mayor investigación y evaluación de los servicios de salud sexual y reproductiva de los adolescentes, ya que el desafío al que se enfrentan es cada vez mayor de acuerdo al entorno cada vez más cambiante, por lo que los programas y las políticas deben responder a las necesidades que suscitan estos cambios, y determinar las actividades y procedimientos que se deben realizar para reorientar la oferta de servicios, buscando la equidad, solidaridad y eficiencia de los recursos, tomando en cuenta aspectos de género, brindando oportunidades a hombres y mujeres por igual, y satisfaciendo las necesidades en salud de acuerdo a las diferentes etapas del ciclo de vida, de esta forma se pueden alcanzar logros en el mejoramiento del acceso y la calidad de la atención de las adolescentes embarazadas.

ANEXOS.

Anexo 1

ENCUESTA.

De 10 a 14 años ----- De 15 a 19 años-----

Estado civil

Casada-- ----- Soltera----- Unión Libre-----

Cuantos embarazos has tenido? 1----- 2----- 3-----

Partos? 1----- 2----- 3-----

Abortos? 1----- 2----- 3-----

Planificaste tener este hijo.

Si----- No-----

Lugar de residencia:

Zona centro----- Zona Sur----- Norte----- Otro-----

Nombre del barrio o sector:-----

Hay establecimientos de salud en tu barrio o sector?

Si----- No----- No conoces-----

(Si a la anterior pregunta has contestado si.)

Has acudido a estos centros alguna vez?

Si ----- No ----- A veces.-----

Si la respuesta es no. Por que no acudes a estos centros ?

Vienes a la Maternidad

Primera vez----- A veces----- Frecuentemente-----

Quien te envió o te sugirió que vinieras a la maternidad?

Te dieron alguna indicación escrita? Si---- No----

Cuanto tiempo tardas en trasladarte desde tu barrio a la maternidad?

(Estima el tiempo que te toma en venir y volver a tu casa, fuera del tiempo de la atención)

Menos de ½ hora---- De 1 a 2 horas---- Más de 2 horas.----

Cuanto gastas en trasladarte hasta la maternidad?

Menos de 1 dólar ----- De 1 a 2 dólares----- Más de 2 dólares-----

Cuanto tiempo pasa desde que llegas hasta recibir la atención?

Menos de 1 hora---- Entre 1 y 2 horas----- Más de 2 horas.

Te han informado o indicado en la maternidad que puedes controlar tu embarazo en el Subcentro de salud de tu barrio

Si ----- No -----

Estás satisfecha con la atención que recibes aquí?

Bastante----- Poco----- Nada-----

Por que ? -----

Has pensado en lo que vas a hacer en el futuro?

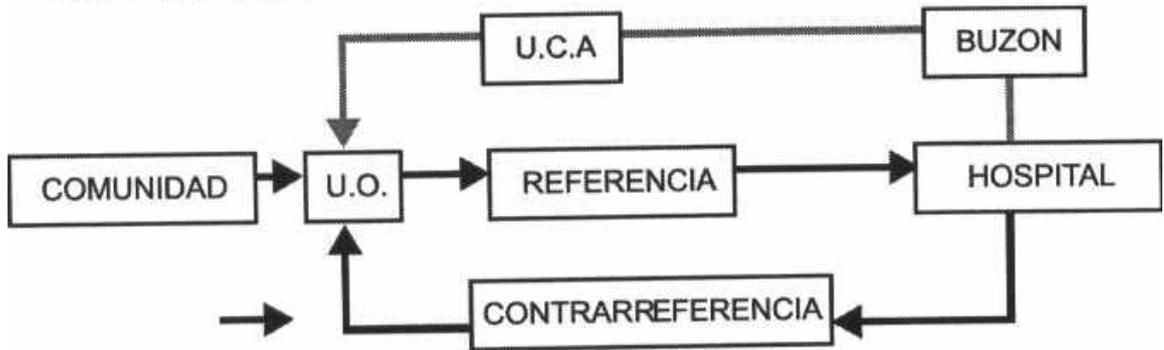
Si----- No----- No sabe-----

Que desearías hacer ?

II.- ROL OPERATIVO

DIAGRAMA DE FLUJO

OPERATIVIZACION DEL PRIMER NIVEL AL HOSPITAL DE REFERENCIA



HISTORIA CLINICA
PARTE DIARIO
HOJA DE REFERENCIA
FICHERO CRONOLOGICO

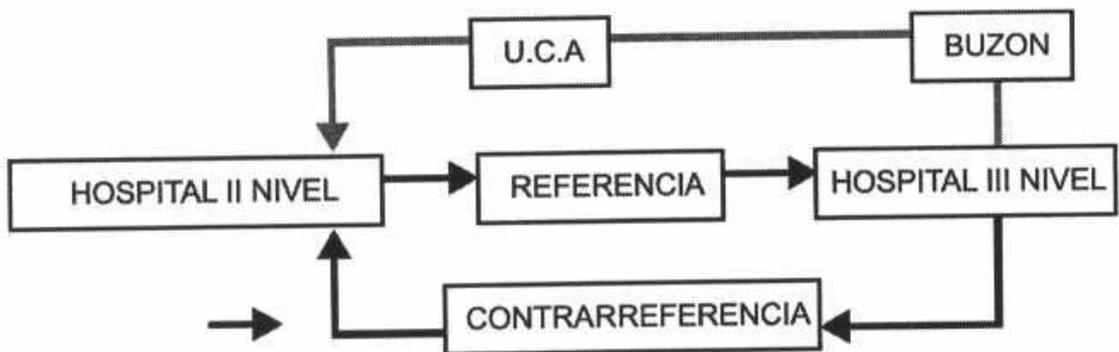
HISTORIA CLINICA
CONTRARREFERENCIA
BUZON DE CONTRARREFERENCIA

LEYENDA:

PACIENTE

MONITOREO

OPERATIVIZACION DEL HOSPITAL DE II NIVEL AL HOSPITAL DE III NIVEL



HISTORIA CLINICA
PARTE DIARIO
HOJA DE REFERENCIA
FICHERO CRONOLOGICO

HISTORIA CLINICA
CONTRARREFERENCIA
BUZON DE CONTRARREFERENCIA

LEYENDA:

PACIENTE

MONITOREO

BIBLIOGRAFIA.

ACTUALIDADES EN PSICOLOGÍA, Vol 8. N° 73. Programa de Psicología de la Salud. Instituto de Investigaciones Psicológicas. Universidad de Costa Rica. 1992

ALATORRE R. Javier, ATKIN Lucille C. “El Embarazo Adolescente y La Pobreza” Mujeres pobres: Salud y trabajo. México: Gimtrap, 1998

BENITEZ A. José Carlos. Consideraciones Biológicas y Sociales En Torno a la Condición y Calidad de Vida como Determinantes del proceso Salud Enfermedad. 2000.

BERNALES BALLESTEROS, Enrique. Políticas de juventud en América Latina. Análisis de Casos Nacionales en países de la Región Andina. Lima, Septiembre 1995.

BREILH, Jaime. Epidemiología Crítica. Ciencia Emancipadora e Interculturalidad. Buenos Aires. 2003.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURIDAD SOCIAL (CCSS), Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS), Universidad de Costa Rica, Sistema de Estudios de Postgrado (SEP). Bases para la Atención Médica Integral en el I Nivel de Atención. 2001.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURIDAD SOCIAL. Programa de Atención Integral de la Adolescencia. “Sexualidad Adolescente: Un estudio sobre sus conocimientos, actitudes y prácticas”. Costa Rica. 1999.

CARDENAS Fidel, FREIRE Lorena, PAZMIÑO Juan, WEIGEL Margaret. “Comparación de crecimiento y desarrollo entre hijos de madres adolescentes y adultas”. I Curso Internacional de Adolescencia. Quito, Marzo 2001.

CEPAR, INEC, UNFPA. Situación de los adolescentes y jóvenes en el Ecuador. Quito, 2003.

COMITÉ DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LA MUJER- Ecuador. Período 1990-1998. Quito-Ecuador. Informe Sombra: una Mirada Alternativa a la Situación de Discriminación de la Mujer en el Ecuador.

DULANTO GUTIERREZ, Enrique. "El adolescente", Asociación Mexicana de Pediatría. AC. Mc Graw Hill Interamericana. México, 2000.

ECHEVERRIA, Ramiro. El Proceso de Reforma del Sector Salud en el Ecuador 1995-1997. Aportes para el Debate. Quito, Julio 1997.

ECHEVERRIA, Ramiro. El Proceso de Reforma del Sector Salud en el Ecuador: Agosto 1997- Agosto 2000. Aportes para el Debate. Quito, 2000

EL COMERCIO. 25 años en democracia. "La familia paga los platos rotos de una sociedad en franca mutación". Quito, 8 de Agosto del 2004.

FAMILY CARE INTERNATIONAL: Fichas sobre salud sexual y reproductiva. 2000

FLACSO. Diagnóstico de la población de niños y adolescentes de 6 a 18 años en situación de riesgo. Y de los programas existentes: Análisis de Programas de atención al embarazo en adolescentes. Quito, Abril 2002.

GARCIA, Roberto E. El Concepto de Calidad y su Aplicabilidad en Medicina. Rev. Med. Chile, Julio. 2001, Vol.129, no7. ISSN 0034 -987.

GARCIA TESKE, Eduardo. Adolescencia: Aportes para su construcción conceptual. Montevideo, Abril 2.002

GOMEZ G. Elsa, Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. Rev. Panam Salud Pública/Pan Am/Public Health 11(5/6), 2002

INEC. Censo 2001.

LANGER, Ana. NIGENDA, Gustavo. Salud Sexual y Reproductiva. Reforma del sector salud en ALYC. Desafíos y oportunidades. 2000.

LEY DE MATERNIDAD GRATUITA. MSP. Unidad de Gestión del PMGYAI. 2001.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Manual de Organización y Funcionamiento de las Areas de Salud. Quito, 2000.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Manual para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes. Abril 2004.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Marco General de la Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador. Quito. 2002.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. “Normas y Procedimientos para la Atención de la Salud Sexual y Reproductiva”. Quito. 1999.

MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA. Lineamientos generales en salud Reproductiva para Santa Fe de Bogotá. DC.

NARANJO, Jorge. “El embarazo en la adolescencia. Una visión panorámica. Riesgos y opciones”. Quito. Marzo 2003.

NARANJO, Jorge. “Diagnóstico Situacional y el Marco Conceptual para la atención Integral de Adolescentes y Jóvenes en el Ecuador”. HGOIA-AECI. 1999-2000.

NARANJO, Jorge. “Perfil de las Usuaris Adolescentes del HGOIA”. Quito. 1999-2000.

OFICINA REGIONAL DE UNICEF PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. “La Adolescencia en América Latina y el Caribe: Orientaciones para la formulación de políticas”. Colombia. Diciembre 2001.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Logros en Promoción de la salud con respecto a los compromisos asumidos en la Declaración de México. Informe del Ecuador. 2002

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Programa de Organización y Gestión de Servicios de Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. “Perfil del Sistema de Servicios de Salud en el Ecuador”. 2001.

OPS/OMS/FUNDACION W. K KELLOGG. Proyecto de Desarrollo y Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes de América Latina y el Caribe. 1997-2000.

PAGANINI, José M. La evaluación de la accesibilidad, cobertura, calidad y equidad en salud. División de Sistemas y Servicios de salud. 1995.

PNUD. Lineamientos del Ministerio de Salud Pública en VIH/SIDA. 2001

POPULATION REPORTS, Serie J, Número 41. The Johns Hopkins School of Public Health, Volumen XXIII, Número 3, Octubre 1995.

PROYECTO DE GARANTIA DE CALIDAD URC/CHS. Primer Informe de Investigación Operativa: Ley de Maternidad Gratuita y Apoyo a la Infancia. LMGYAI. Febrero 2004.

OMS/FNUAP/UNICEF/BANCO MUNDIAL, OMS. “Reducción de la mortalidad materna: declaración conjunta”. 1999.

RODRIGUEZ, Ernesto. Oportunidades y Desafíos en el comienzo de una nueva era. Desarrollo Social en América Latina: Temas y Desafíos para las Políticas Públicas. FLACSO. Banco Mundial. Costa Rica. 2002.

RODRIGUEZ Ernesto. Políticas de Juventud: Un balance de los años noventa. Desarrollo Social en América Latina: Temas y Desafíos para las Políticas Públicas. Costa Rica. 2002.

ROMERO, Susana. SOTO Monica. “Deserción escolar y embarazo temprano”. I Curso Internacional de Adolescencia. Quito, Marzo 2001. Proyecto de Unidad de Atención de Adolescentes. HGOIA-AECI

SEN, Amartya. “La Salud en el Desarrollo”. Discurso inaugural pronunciado ante la 52ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra 1999.

UNIVERSIDAD METROPOLITANA. VENEZUELA. Seminario Internacional. “Capital Social, Ética y Desarrollo”. 2002.

Rev. Panam. Salud Pública v 8 n.1-2 Washington Julio/Agosto 2000.

Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health. 2001. Equidad y Reformas del Sector Salud en América Latina y el Caribe.

ZURITA, Cecilia. “El maltrato infantil como factor de riesgo para el embarazo adolescente”. I Curso Internacional de Adolescencia. Quito, Marzo 2001.