

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador

Departamento de Asuntos Públicos

Convocatoria 2020-2021 (Modalidad Virtual)

Tesina para obtener el título de la especialización en Gestión de Proyectos de Desarrollo

Proyectos de salud sexual y reproductiva en el Ecuador: Un Análisis de la ENIPLA y Plan
Familia durante el periodo 2012 al 2019

Lizeth Fernanda Riera Miranda

Asesora: María Victoria Cisneros

Lectora: Virginia Patricia Villamediana Carro

Quito, julio de 2021

Tabla de Contenidos

Resumen	VI
Agradecimientos.....	VII
Capítulo 1	1
Introducción.....	1
1.1 Problema De Investigación.....	2
1.2 Hipótesis:	4
1.3 Objetivos.....	4
1.4 Justificación y delimitación	4
Capítulo 2	6
Marco Teórico.....	6
2.1 La Adolescencia y el embarazo	6
2.1.1 Complicaciones en la salud de la madre adolescente	7
2.1.2 Complicaciones en la salud del recién nacido de madres adolescentes.....	8
2.1.3 El embarazo adolescente como problema de salud publica	9
2.2 Mortalidad materna.....	11
2.2.1 Complicaciones sociales de la mortalidad materna.....	12
2.2.2 Acciones frente a la mortalidad materna.....	13
en el Ecuador.....	13
2.3 Una mirada a través de los derechos sexuales y reproductivos en el Ecuador.....	14
2.3.1 Limitaciones y avances de la educación sexual en el país	15
2.4 Proyectos de salud sexual y reproductiva.....	16
2.4.1 ENIPLA	16
2.4.2 Plan Familia.....	17
Capítulo 3	19
Marco Metodológico.....	19
3.1 Diseño de la investigación.....	19
3.2 Población y muestra.....	19
3.3 Procedimiento: técnicas e instrumentos para la recolección de datos	20
Capítulo 4	22
Resultados y análisis del estudio.....	22

4.1 Situación de adolescentes ecuatorianos con respecto al embarazo y mortalidad materna.	
22	
4.1.1 Fecundidad en el Ecuador	22
4.1.2 Cifras de embarazo adolescente a través de los años 2012 al 2019.....	24
4.1.3 Mortalidad materna en Ecuador del 2014 al 2019	26
4.2 Acceso de adolescentes a los servicios de salud.....	28
4.2.1 Adolescentes que acuden a consulta de planificación familiar.....	28
4.3 Costo de omisión de salud sexual y reproductiva.....	29
4.4 Mas allá de los proyectos de salud sexual y reproductiva en el Ecuador.	30
4.4.1 Adolescentes y los Servicios de Salud.....	33
4.4.2 La realidad del embarazo en adolescentes ecuatorianos.....	34
Conclusiones y recomendaciones.....	36
Anexos.....	38
Lista de referencias	40

Ilustraciones

Figuras

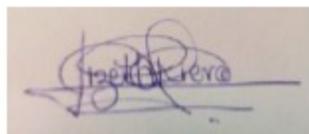
Figura 1 Tasa de Fertilidad en el Ecuador al año 2012.....	23
Figura 2 Fecundidad por nivel de instrucción y nivel socio económico.....	23
Figura 3 Comparación de fecundidad del 2012 al 2018.....	24
Figura 4 Tasa Especifica por cada 1 000 nacidos Vivos a Nivel Nacional de 10 a 14 años...	25
Figura 5 Tasa especifica por cada 1 000 nacidos Vivos a Nivel Nacional de 15 a 19 años ...	26
Figura 6 Mortalidad materna por cada 1 000 nacidos vivos en el Ecuador	27
Figura 7 Muerte materna por rangos de edad.....	27
Figura 8 Anticonceptivos más utilizados en mujeres ecuatorianas de 15 a 49 años.....	28

Declaración de cesión de derecho de publicación de la tesina

Yo, Lizeth Fernanda Riera Miranda, autora de la tesina titulada "Proyectos de salud sexual y reproductiva en el Ecuador: Un Análisis de la ENIPLA y Plan Familia durante el periodo 2012 al 2019" declaro que la obra es de mi exclusiva autoría, que la he elaborado para obtener el título de la especialización en Gestión de Proyectos de Desarrollo, concedido por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador.

Cedo a la FLACSO Ecuador los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, bajo la licencia Creative Commons 3.0 Ecuador (CC BY-NC-ND 3.0 EC), para que esta universidad la publique en su repositorio institucional, siempre y cuando el objetivo no sea obtener un beneficio económico.

Quito, julio del 2021

A photograph of a handwritten signature in blue ink on a light-colored surface. The signature is stylized and appears to read "Lizeth Riera".

Lizeth Fernanda Riera Miranda

Resumen

El embarazo adolescente es uno de los problemas en los que se ve afectada crudamente América Latina, nuestro país actualmente encabeza las estadísticas en la región andina (Solórzano, Guerrero y Silva 2009, 112).

Además, en la región las múltiples creencias políticas y religiosas en temas de educación sexual, han ocasionado acalorados debates entre varios grupos sociales en el que cada uno defiende duramente sus ideologías; esto ha limitado la aprobación de políticas y proyectos en el marco de la salud sexual y reproductiva.

Los elementos que utilicé para realizar el análisis son las estadísticas de Embarazo y mortalidad de madres adolescentes en el Ecuador, que se encuentran en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT 2012 y 2018.

Para realizar el análisis me basé en las políticas públicas sobre salud sexual y reproductiva en la adolescencia, utilizadas en el Ecuador. El periodo que tome en cuenta para realizar el análisis fue del 2012 al 2019, este periodo está justificado por la fecha de implementación de la ENIPLA y Plan Familia. Las unidades de muestreo son los funcionarios que participaron en la elaboración y ejecución de la ENIPLA y Plan Familia.

Entre los resultados identifiqué, que los proyectos de salud sexual y reproductiva han aportado de manera positiva en la reducción del embarazo adolescentes, en los últimos 6 años hemos visto como las curvas de acceso de atención, índice de embarazo y mortalidad materna han reducido.

Es importante recalcar que estos cambios se pueden observar, debido a la acción conjunta de los proyectos expuestos anteriormente y la labor que realizan organizaciones públicas y privadas a nivel nacional.

Pese a que en algunos años la curva se ha elevado, no ha superado las cifras previas a la ejecución de dichas políticas, recalcando que es importante trabajar diariamente en una educación sexual que busque el empoderamiento de los derechos sexuales de los adolescentes y sus familias.

Agradecimientos

Agradezco a mi madre y a mis tías que me apoyan cada día en cada paso que emprendo en mi carrera.

A mi asesora que guía la elaboración de esta tesina.

A mis amigos que me apoyaron incondicionalmente en la elaboración de este documento.

Capítulo 1

Introducción

Las altas cifras de adolescentes embarazadas y sus efectos en los ámbitos sociales y económicos de muchos países latinoamericanos han convertido al embarazo adolescente en un problema de salud pública.

El Ecuador actualmente encabeza las estadísticas en la región andina (Solórzano, Guerrero y Silva 2009,112), pese a ello se ha limitado la aprobación de políticas y proyectos en el marco de la salud sexual y reproductiva, atribuido a las diversas creencias políticas y religiosas en temas de educación sexual, un claro ejemplo es el reciente veto del Código Orgánico Integral Penal, COIP.

Adaptando la teoría de las capacidades humanas expuesta por Amartya Sen, al caso de la maternidad adolescente. Podemos analizar como una adolescente embarazada se enfrenta a un alto grado de desigualdades, disminuyendo sus oportunidades y el máximo desarrollo de sus capacidades, exponiéndose en mayor cuantía a la pobreza. Es así como un sin número de adolescentes gestantes se han visto obligadas a abandonar sus estudios, dejando a tras sus sueños (Thimeos 2013, 36).

Debido a que en nuestro país el 20% de adolescentes¹ ya tienen un hijo, es indispensable generar estrategias, programas y proyectos que cumplan con las metas propuestas a cada país en la reducción del embarazo en adolescentes.

Ante esta problemática el Estado ecuatoriano ha establecido proyectos, como la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar, ENIPLA y el Plan Nacional de Fortalecimiento de la Familia, Plan Familia con el afán de mejorar la calidad de vida de los adolescentes y sus familias.

En esta tesina identifiqué los aportes de dichos proyectos, en la reducción del embarazo y mortalidad materna en adolescentes.

¹ La OMS define a la adolescencia como el periodo comprendido entre los 10 y 19 años, adolescencia temprana entre los 10 y 13 años, adolescencia media entre los 14 y 17 años y adolescencia tardía entre los 18 a 19 años.

Utilicé métodos cualitativos y cuantitativos para realizar la investigación de la tesina, mediante el análisis de cifras, entrevistas a funcionarios y análisis de encuestas, como la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, ENSANUT 2012 y 2018, para identificar los determinantes del acceso de adolescentes a los servicios de salud. Además, realicé una evaluación de la inversión realizada en educación sexual en relación con el costo utilizado en salud sexual y reproductiva en adolescentes.

1.1 Problema De Investigación

Recientes proyecciones muestran a América Latina y el Caribe con una tasa de fecundidad de 66,5 nacidos vivos por cada 1 000 adolescentes, ubicándola como la segunda región del mundo con la tasa más alta de fecundidad adolescente (Unicef 2014,2).

Además, en nuestro país se evidencian múltiples ideologías políticas y religiosas que han convertido a la educación sexual en un tema de debate, sumado a que, en algunos grupos poblacionales hablar de sexualidad es considerado un tabú (Thimeos 2013,23). Todos estos sucesos limitan la aprobación de políticas y ejecución de proyectos, que permitan implementar educación sexual integral.

Ecuador con una tasa de fecundidad de 79,6 nacimientos por cada 1 000 adolescentes (INEC 2017), encabeza las estadísticas en la región andina y ocupa el segundo lugar en América Latina (Solórzano, Guerrero y Silva 2009,112). Cifras del último censo realizado en el año 2010 por el INEC, muestran que un 17.2 % de adolescentes ya tienen un hijo (INEC 2012). El embarazo adolescente es una barrera significativa, que no permite a las madres adolescentes continuar con sus estudios, muchas han tenido que abandonar a sus familias y empezar a trabajar dejando atrás sus sueños (Thimeos 2013,23).

En el año 2010 26,2% de adolescentes fallecieron e ignoraban que estaban embarazadas, 4,4 % de adolescentes conocían de su embarazo, pero fallecieron por falta de controles prenatales, no sabían reconocer los signos de alarma, existían demoras en la toma de decisiones y dificultades en el acceso a los servicios de salud (INEC 2010), situando a la mortalidad materna como una de las principales causas de muerte en las adolescentes.

Todos estos factores son el resultado de la poca independencia de los adolescentes al tomar decisiones, en relación al embarazo y nacimiento, al deficiente acceso a los servicios de salud

sexual, a la mala elección de un método anticonceptivo y al no tomar acciones frente a la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

En nuestro país en el año 2012, se ejecutó la ENIPLA, su principal componente fue el empoderamiento de niñas, niños y adolescentes en materia de derechos sexuales y reproductivos (Ministerio Coordinador de desarrollo social 2011,2). Posteriormente, en el año 2015, se implementa el Plan Familia, el cual estableció como componente el fortalecimiento del núcleo familiar. Ambos a pesar de sus diferentes enfoques buscaron reducir o estabilizar la tasa de embarazos y mortalidad materna en adolescentes. (Coordinación Nacional de Planificación y Gestión Estratégica 2015, 20)

La educación sexual de calidad fue la base del éxito de países europeos en la reducción del embarazo en adolescentes.

Un ejemplo de ello es el Reino Unido, se redujo un 56% los índices de embarazo adolescente entre 1998 a 2003, gracias a la National Teenage Pregnancy Strategy, una estrategia que tuvo entre sus objetivos promover el uso de anticonceptivos, mediante educación sexual de buena calidad y facilitar el acceso a los servicios de salud.

Estonia, posee un programa obligatorio de servicios de salud sexual y reproductiva, para niños y adolescentes de 7 a 16 años, en el que se invirtió 5,6 millones de dólares. Gracias a este programa entre 2001 al 2009, previnieron 4 280 embarazos, 7 240 enfermedades de transmisión sexual, ETS y 1970 casos de VIH. En un análisis del costo eficacia basado en ETS prevenidas y tratadas, la educación sexual es responsable del 4% de todas las ETS evitadas, por lo cual se la considera una inversión beneficiosa y ahorradora. (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura 2015, 22)

Otro ejemplo importante es el de Paquistán, llevado a cabo por la ONG Aahung, quienes elaboraron una estrategia por edad, en las que los padres podían participar de los programas generando menos barreras en educación sexual. (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura 2015, 25)

Una educación sexual integral de buena calidad, mediante la enseñanza efectiva del autocuidado, el respeto a las decisiones de las personas y el fortalecimiento de la autoestima,

reduce los índices de embarazo, muerte materna y propagación de enfermedades de transmisión sexual en adolescentes.

Debido a ello he establecido la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la contribución de la ENIPLA y Plan Familia, en la educación sexual integral de los adolescentes ecuatorianos durante el periodo 2012 – 2019?

1.2 Hipótesis:

La generación de políticas de educación sexual integral garantizará, el libre ejercicio de derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes.

1.3 Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Identificar la contribución de la ENIPLA y Plan Familia, en la educación sexual integral de los adolescentes ecuatorianos, durante el periodo 2012 – 2019.

1.3.2 Objetivos Específicos

1. Analizar los determinantes del acceso de adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva en el Ecuador posterior a la aplicación de ENIPLA y Plan Familia durante el periodo 2012 -2019.
2. Evaluar la inversión realizada en educación sexual mediante los proyectos ENIPLA y Plan Familia en relación con el costo utilizado en salud sexual y reproductiva en adolescentes durante los años 2012 al 2019.
3. Comparar la eficacia de ENIPLA y Plan Familia frente a las cifras de embarazo en adolescentes y mortalidad materna durante el periodo 2012 -2019 posteriores a la aplicación de dichos proyectos en el Ecuador.

1.4 Justificación y delimitación

En nuestro país se estima que al menos un 20% de adolescentes ya tienen un hijo, (Solórzano, Guerrero y Silva 2009,112) de ellas un 20% son menores de 15 años, se estima que en la adolescencia temprana los embarazos son producto de violencia sexual, en donde el agresor es generalmente un miembro del círculo cercano a la familia (Unicef 2014).

De ahí surge la necesidad de implantar estrategias, programas y proyectos, que busquen brindar educación sexual integral en las instituciones educativas públicas y privadas, desde la primera infancia, empoderando sus derechos sexuales y reproductivos a niños, niñas y adolescentes.

ENIPLA y Plan Familia fueron proyectos de salud sexual y reproductiva ejecutados desde Quito con cobertura a nivel nacional, durante el año 2012 al 2016 respectivamente. (Ministerio Coordinador de Desarrollo Social 2011, 20-30) (Coordinación General de Planificación y Gestión Estratégica 2015, 4).

Durante esta tesina, realicé un análisis de las cifras de embarazo y mortalidad materna, posterior al periodo de implementación de dichos proyectos, estos datos están disponibles en la base de datos del Ministerio de Salud Pública, MSP y el Instituto Nacional de Estadística y Censos, INEC y la encuesta ENSANUT.

Además, realicé entrevistas a los funcionarios ejecutores, buscando identificar estrategias, debilidades y fortalezas implementadas, con el afán de estimar su eficacia en la reducción del embarazo, mortalidad materna, así como también sus aportes en el acceso de adolescentes a los servicios de salud.

Capítulo 2

Marco Teórico

2.1 La Adolescencia y el embarazo

El pasó de la adolescencia a la adultez, se caracteriza por ser un periodo de transformación, ya que los niños y niñas se ven expuestos a varios cambios que se van manifestando; en las niñas con la aparición de la menarquia y en los niños con sus primeras eyaculaciones (Mora y Hernández 2015, 79).

Las relaciones sexuales sin protección, la educación sexual insuficiente, la presión de los padres, adolescentes con amigas embarazadas suelen ser algunos de los factores predisponentes de embarazo en la adolescencia (Instituto mexicano de seguridad social, 2017, 224).

Los matrimonios infantiles y las uniones a edades tempranas suelen afectar cada vez a más niños y niñas, convirtiéndose en una de las principales causas de embarazo en la adolescencia, estas uniones son ocasionadas en la mayoría de los casos por bajos niveles económicos y educativos de la familia y por la poca o nula autonomía económica en la adolescencia (UNFPA 2020,15).

Se ha identificado que el inicio temprano de la vida sexual en adolescentes se asocia con el consumo de bebidas alcohólicas y drogas.

Castaño realizó un estudio en Medellín en el año 2010, entre adolescentes de 14 a 17 años, en donde identificó que un 43.67% de adolescentes que consumían tabaco, alcohol y drogas como marihuana, heroína, cocaína y éxtasis iniciaron tempranamente su vida sexual. Cuando los adolescentes consumen estas sustancias el 55,9% siempre usa condón, el 37,3% lo usa algunas veces y el 6,8% nunca lo usan (Castaño et al. 2012, 347).

Es importante mencionar que los adolescentes suelen recurrir al consumo de drogas debido al fracaso escolar, bajo rendimiento académico, problemas familiares o problemas psicológicos (Consejo General de Oficiales de Psicólogos 2015, 25-28).

La violencia sexual es otra de las causas de embarazo adolescente más preocupantes y frecuentes en nuestro país, ya que desencadenan a su vez la maternidad forzada, las adolescentes que provienen de hogares pobres son las más vulnerables en esta situación. Debido a que muchas desde muy jóvenes empiezan a asumir roles de personas adultas, trabajar en la calle, estar solas mucho tiempo en sus hogares o con familiares o vecinos cercanos, cuidan o atienden a hombres adultos de la familia, viven en hacinamiento o son entregadas a hombres o familias a cambio de recursos económicos (OEA 2016, 7-11).

Es indispensable recordar que todo embarazo en adolescentes y niñas menores de 14 años tiene relación con violencia sexual. Ya que mientras más temprano es el inicio de la vida sexual, es muy probable que se haya forzado a la menor de edad, ya sea por algún familiar, amigos, vecinos, conocidos o extraños (OEA 2016, 7-11).

El embarazo en la adolescencia puede presentar demasiadas complicaciones algunas pueden tener impacto sobre la salud y el crecimiento del niño, la salud de la madre adolescente y otras pueden afectar el desarrollo personal y vida futura de la propia adolescente (Mora y Hernández 2015, 79).

2.1.1 Complicaciones en la salud de la madre adolescente

El embarazo durante el periodo de la adolescencia es considerado muy riesgoso, ya que engloba varios factores, que al contraponerse provocan riesgos en la salud de la adolescente. Al ser un periodo de significantes transformaciones, la inmadurez fisiológica de las adolescentes puede desarrollar complicaciones durante el embarazo (Vallejo 2013, 66). La OMS estima que todas las adolescentes menores de 16 años tienen un 50% de riesgo de mortalidad materna.

A continuación, mencionare algunas de las complicaciones que se pueden presentar en cada trimestre de embarazo:

En el primer trimestre de gestación Vallejo indica que se puede identificar: “abortos, anemia, infecciones de vías urinarias, bacteriuria asintomática” (Vallejo 2013, 66).

Es indispensable que las embarazadas al identificar algún síntoma acudan rápidamente al centro de salud más cercano, el conocimiento de las complicaciones mediante la promoción en la salud sexual y reproductiva disminuirá significativamente los riesgos.

En el segundo y tercer trimestre de gestación Vallejo cita que podemos evidenciar “trastornos hipertensivos, hemorragias asociadas a afecciones placentarias, escasa ganancia de peso, síntomas de parto prematuro y rotura de membranas” (Vallejo 2013,66).

Un control riguroso del embarazo llevado a cabo por personal calificado reduciría significativamente las complicaciones mencionadas anteriormente y por ende la muerte materna.

2.1.2 Complicaciones en la salud del recién nacido de madres adolescentes

Las complicaciones que se presenta en el recién nacido de madres adolescentes no tienen diferencias significativas con relación a las mujeres adultas. Aunque si puede existir diferencias entre las menores de 15 años, entre algunas de las complicaciones se pueden citar: “Internación en neonatología: sin diferencia entre las edades de las adolescentes, malformaciones, recién nacido con bajo peso por nacimiento pre término o por ser pequeño para la edad gestacional, mortalidad perinatal (La Rosa 2015, 1-7), “sepsis neonatal, síndrome de dificultad respiratoria, hipertensión pulmonar, asfixia perinatal, trauma obstétrico” (Islas, Cardiel, Figueroa 2010, 152-155).

Entre de las causas de muerte de recién nacidos de madres adolescentes encontramos “Hemorragia interventricular, cardiopatía no especificada, insuficiencia renal, hipertensión pulmonar, neumotórax, hidrops fetal” (Islas, Cardiel, Figueroa 2010, 152-155).

Entre las patologías que explique anteriormente, se ha identificado un predominio de problemas respiratorios en recién nacidos que corresponde a un 18.5% de bebés internados. Así mismo se ha identificado que “la tasa de mortalidad infantil es un 80% más alta que la de madres mayores de edad” (Islas, Cardiel, Figueroa 2010, 152-155).

Las complicaciones en el recién nacido pueden disminuirse evitando embarazos en adolescentes, ya que los riesgos son producidos como lo mencionamos anteriormente por la

inmadurez fisiológica de la madre, algunas conductas propias de las adolescentes como el consumo de sustancias psicotrópicas y la promiscuidad.

2.1.3 El embarazo adolescente como problema de salud pública

El embarazo en adolescentes ha sido considerado por varios autores como un problema de salud pública, debido a las falencias encontradas en los servicios de salud de varios países, en especial en los sistemas de salud de los países Latinoamericanos (Valdivieso 2013, 23).

Una de las falencias, se encuentra representada por el difícil acceso de los adolescentes a los servicios de salud, esta característica se ha evidenciado con mayor frecuencia en las zonas rurales y ha sido ocasionada por las barreras culturales y económicas a las que se enfrentan muchas comunidades, así como también la precaria promoción de la salud que existe en algunos sectores.

Una analogía que representa como afectan las fallas en el sistema de salud en el desarrollo de la población, indica que al existir fallas en el sistema de salud, en la comunidad se elevan los índices de morbilidad y por ende se reduce la productividad de las personas; de la misma manera las adolescentes que no recibieron educación en salud sexual y reproductiva tuvieron poco o ningún acceso a los servicios de salud, poseen un mayor riesgo de quedar embarazadas que aquellas que si recibieron promoción de la salud sexual y accedieron libremente a los servicios de salud en búsqueda de asesoría o adquisición de algún método anticonceptivo (Valdivieso 2013, 23).

Es muy importante recordar que, en los países latinoamericanos incluido el nuestro el embarazo adolescente representa un costo elevado, ya que una adolescente embarazada tiene el riesgo de presentar un mayor número de complicaciones, requerir mayores insumos y personal médico especializado para el cuidado y bienestar del binomio madre e hijo, representando un alto costo en la economía de los gobiernos, así como también deja un alto impacto en la economía de las familias, es por ello que es importante analizar cuál sería la fórmula correcta para invertir en educación, salud sexual y reproductiva.

La teoría de las capacidades humanas expuesta por Amartya Sen, “analiza los problemas sociales que afectan al bienestar humano como la desigualdad, pobreza, calidad de vida de la población, ausencia de desarrollo humano e injusticia social” (Urquijo 2014,63-80).

Una adolescente embarazada se enfrenta en mayor proporción a muchas de estas desigualdades, que la limitan en el máximo desarrollo de sus capacidades.

Debido a ello el embarazo temprano puede proporcionar mayor dificultad en la búsqueda de recursos que les permita, a las familias de la madre adolescente mantener niveles necesarios de bienestar, ya que como lo hemos descrito anteriormente muchas adolescentes se ven obligadas a abandonar sus estudios, ya que no encuentran tiempo para realizar actividades académicas o formativas.

Muchas adolescentes embarazadas para apoyar económicamente a sus familias, cubrir los gastos de su embarazo y terminar sus estudios, necesitan la ayuda de sus familiares o la búsqueda de un empleo enfrentándose a una situación crítica, ya que sin la debida formación académica no podrán conseguir un trabajo que pueda cubrir sus necesidades y su vida cambiará drásticamente.

Otras de las consecuencias socio culturales a corto y mediano plazo que deben ser mencionadas son la prostitución, delincuencia, drogadicción y el maltrato infantil.

De igual forma es muy importante comprender el contexto social, cultural y económico en el que se produce el embarazo en la adolescencia. Señalaremos dos escenarios completamente diferentes: en el primero, el embarazo es parte del proyecto de vida de las adolescentes, no es considerado un problema. Este contexto se caracteriza por una marcada reducción de oportunidades, formación educativa e integración a la vida laboral, es muy característico de las zonas urbanas marginales en donde muchas adolescentes piensan que el embarazo es el perfecto tránsito hacia la vida adulta o el requisito indispensable para dar sentido a su vida. Muy diferente a lo que sucede en el segundo escenario que se identifica en las zonas urbanas o en donde las adolescentes tienen mejores oportunidades, aquí el embarazo no se establece como proyecto de vida sino como una interrupción del mismo (Vélez 2015, 344-400).

Las adolescentes de las zonas rurales y urbano marginales se enfrentan a muchos retos, pero el más significativo es la desigualdad de oportunidades, ser pobre en una sociedad desigual es un factor que puede limitar la probabilidad de alcanzar el éxito económico y la estabilidad laboral, crecer bajo estas circunstancias sumado a la pobreza, baja calidad escolar, hogares monoparentales, familias con madres adolescentes, son esenciales en la toma de sus decisiones (Banco Mundial 2012, 8-10).

Al hablar del proyecto de vida es importante recordar el pensamiento de Martha Nussbaum, en donde señala que “el conjunto de capacidades son condiciones necesarias para llevar una vida deseable de vivir y que libremente se decide llevar” (Vélez 2015, 344-400). Por ello el proyecto de vida no se establecería como una opción de estudio, un trabajo elegido o soñado, sino más bien el conjunto de factores que proporcionarían una buena vida.

Es así como podríamos establecer que el embarazo adolescente en cualquier contexto en el que suceda sea urbano o rural crea un mayor número de desigualdades. Las cuales limitan la capacidad de muchas adolescentes de cumplir con sus expectativas de poseer una buena vida, debido a que en todas las situaciones expuestas no podrán desarrollar al máximo sus capacidades.

2.2 Mortalidad materna

Las altas cifras de mortalidad materna en el mundo son preocupantes e inaceptables. Datos de la OMS al año 2015 estiman que 303 000 mujeres mueren al año por causas relacionadas al embarazo, parto y post parto, la mayoría de estas pudieron haber sido tratadas o evitadas, un 75% de las complicaciones que pueden causar el deceso materno son infecciones, complicaciones relacionadas a la presión arterial materna y hemorragias en el primer trimestre, en el parto o post parto.

A continuación, presentaré las cifras de muerte materna en nuestro país y cómo estas han ido reduciendo con el paso de los años lo que nos indica que se ha trabajado arduamente pero aún se debe seguir trabajando por cumplir los objetivos planteados para el Ecuador, en cuanto a la reducción de la muerte materna.

La cifra estimada para Ecuador por Banco Mundial, OMS,² UNICEF³ y UNFPA,⁴ fue de 107 por 100.000 nacidos vivos para el año 2014, ha sido ajustada a una RMM⁵ de 64 por 100.000 nacidos vivos para 2015. De los datos del INEC, para el año 2012 la RMM fue de 60,4 por 100.000 nacidos vivos; 57,56% de muertes maternas ocurrió en los hospitales (Organización Panamericana de la Salud 2016, 35).

² Organización Mundial de la Salud

³ Fondo de las Naciones Unidad para la Infancia

⁴ Fondo de Población de las Naciones Unidas

⁵ Razón de Muerte Materna

En los datos expuestos podemos ver como la razón de muerte materna ha disminuido en relación con las cifras estimadas por OMS, pese a ello aún son cifras muy altas, que exponen la necesidad de seguir realizando proyectos que disminuyan la tasa de muerte materna en nuestro país.

2.2.1 Complicaciones sociales de la mortalidad materna

Es necesario mirar atentamente cómo la mortalidad materna se convierte para muchas familias en una tragedia, que sacude crudamente a las comunidades y es una clara muestra de la desigualdad social y las múltiples fallas de los sistemas de salud de muchos países Latinoamericanos.

La OMS, menciona algunas de las inequidades a las que se enfrentan muchas mujeres. Las cuales se transforman en causas de mortalidad materna, estas son: la falta de acceso a los servicios de salud, malas condiciones de vida, viviendas sin acceso a agua, luz o alcantarillado, ausencia de educación, empleos dignos e ingresos suficientes, que permitan a muchas mujeres tener una vida digna. Muchas mujeres estando en periodo de gestación se enfrentan incluso a situaciones de maltrato laboral y violencia intrafamiliar (Organización Mundial de la Salud 2021).

La mortalidad materna trae repercusiones en la sociedad y las familias, debido a que la muerte de una madre deja a muchos niños en la orfandad, debido a ello algunas organizaciones como la OMS, UNICEF y el Banco Mundial, reconocen el gran impacto que deja la muerte de una madre a causa del embarazo o el parto, ya que una mujer no debería morir al traer una vida al mundo (Noboa 2019, 4-15).

Una madre que muere por causas relacionadas a la gestación deja de contribuir con los ingresos, educación y protección de su familia, lo más alarmante es ver a sus hijos sufrir un mayor número de repercusiones, dado que muchos no podrán ir a la escuela, no tendrán acceso a los servicios de salud y no compartirán las mismas oportunidades que otros niños. Para afrontar la mortalidad materna, se ejercen varias acciones de salud pública buscando que las capacidades públicas y privadas luchen a favor de las mujeres embarazadas del país. De esta manera se podrá brindar acceso a servicios de salud gratuitos y universales (Comisión nacional de salud y derechos sexuales y reproductivos, 2007, 28).

2.2.2 Acciones frente a la mortalidad materna en el Ecuador

En el año 2004 en Ginebra la 57va Asamblea Mundial de Salud, acordó con el afán de ampliar servicios de salud para adolescentes y promover el derecho a la atención: “Mejorar la cobertura y calidad de atención prenatal en el parto, post parto perinatal y neonatal, ofrecer servicios de planificación familiar de alta calidad, eliminar los abortos peligrosos, combatir las Infecciones de Transmisión sexual, ITS y el VIH, promover salud sexual y reproductiva” (Comisión nacional de salud y derechos sexuales y reproductivos 2007, 32).

Todas estas acciones fueron tomadas en cuenta por el gobierno ecuatoriano y llevadas a cabo en varios programas que buscaron reducir la mortalidad materna y el número de embarazos en adolescentes.

Una de las estrategias que se establecieron fue el “Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal”, ejecutado a partir del año 2008 (Organización Panamericana de la Salud 2016, 40-50).

En este plan se realizaron varias acciones como la vigilancia de muertes materna y neonatales, se estableció un comité de muerte materna, que se encarga de realizar la investigación y seguimiento de los casos, a su vez se implementó la “Red de Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales conocidas como CONE, la ejecución de un programa de reanimación neonatal y del proyecto de disponibilidad asegurada de anticonceptivos”, este último programa se realizó en coordinación con el ENIPLA (MSP 2008, 16-30)

A partir del año 2016 el MSP ejecuta el programa “Ecuador sin Muertes Maternas” (Organización Panamericana de la Salud 2016, 50-60).

Esta estrategia busca incrementar el número de profesionales de la salud que se encargan del binomio madre e hijo, así como también su formación continua.

El programa busca a su vez incrementar la promoción de la salud sexual, ayudando a mejorar el conocimiento de las gestantes en riesgos y complicaciones de su embarazo, fomentando el acceso de las madres embarazadas a los centros de salud, ayudando de esta forma a prevenir la mortalidad materna neonatal.

Todas estas estrategias son utilizadas para lograr las metas establecidas por los ODS, para el Ecuador al año 2030, en donde se busca reducir la mortalidad materna a “menos de 70 por cada 1000 nacidos vivos” (Organización Panamericana de la Salud 2016, 60-100).

2.3 Una mirada a través de los derechos sexuales y reproductivos en el Ecuador

Nuestro país a lo largo de los años se ha enfrentado a varios retos buscando reducir las altas tasas de mortalidad materna neonatal y embarazos en adolescentes. Debido a ello se han creado diversas políticas y convenios con el afán de garantizar salud sexual y reproductiva en nuestro país. Por lo cual realizaremos un recorrido a través de todas las estrategias utilizadas. En el año 1998 se registran en la Constitución de nuestro país los derechos sexuales y reproductivos, los mismo nacen de las Conferencias del El Cairo en Beijing estableciendo hitos de derechos sexuales y reproductivos de la mujer, ocuparon como referente a los derechos humanos e internacionales, resultando de una combinación de ambos. (Comisión nacional de salud y derechos sexuales y reproductivos 2007, 8).

Con el afán de brindar educación sexual integral para niños niñas y adolescentes en el año 2000 el Ministerio de Educación, MINEDUC con el apoyo del UNFA, la UNESCO, y algunos otros colaboradores del Estado, elaboran el Plan Nacional para la Educación de la Sexualidad y el Amor, llamado PLANESA, (Costales 2010,39-40). Fue obligatorio transmitirlo en todos los centros educativos a nivel preprimario, primario, secundario y técnico, señalando que impartirlos quedó a disposición de los departamentos de orientación y padres de familia de cada colegio.

En el año 2006 se publicaron textos de educación sexual, entregados por el MINEDUC, los cuales tenían 2 enfoques muy definidos el primero, defender el derecho a las familias de cuándo y cómo dotar de conocimiento a sus hijos en cuanto a sexualidad; el segundo, el derecho del Estado a informar a jóvenes sobre educación sexual (Costales 2010,42).

En el año 2007 inicia la ejecución de la política de salud, derechos sexuales y reproductivos, en donde se establecen algunas disposiciones para ayudar a ejercer los derechos entre ellas encontramos: La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y Política, El Código Orgánico de Salud, Código de Niñez y Adolescencia, Ley de la Maternidad Gratuita Atención La Infancia, Ley de Control de Violencia a Mujer y la Familia, Ley de VIH SIDA, Ley de Educación Sexualidad y el Amor, con el objetivo de que la población goce plenamente sus

Derechos Sexuales Y Reproductivos (Comisión nacional de salud y derechos sexuales y reproductivos 2007, 22).

En el año 2012 se empezó a formular el Código Orgánico de Salud, en el año 2016 fue calificado por el Consejo de Administración Legislativa y el 25 de agosto del 2020, fue aprobado por la Asamblea Nacional. En definitiva, pasaron muchos años para su aprobación debido a las numerosas manifestaciones que se presentaron, no obstante, actualmente se encuentra vetado por la Asamblea Nacional y sufre el cuestionamiento de varios grupos próvida y la conferencia Episcopal Ecuatoriana, debido a que se interponen muchas ideologías religiosas y políticas.

2.3.1 Limitaciones y avances de la educación sexual en el país

Se han realizado un sin número de manifestaciones y debates por la ejecución de leyes en torno a la salud sexual y reproductiva de adolescentes, criticando la enseñanza de la sexualidad como promiscua, dentro de la esfera del libertinaje (Costales 2010, 41).

Por otra parte, en el año 2000 se debatía la aprobación del libre acceso de los jóvenes a la anticoncepción sin consentimiento de sus padres o de su conyugues, debido a ello se la llamo pecaminosa, lo que invitó a muchos detractores a tildarla como una invitación a los adolescentes a tener relaciones sexuales, con el supuesto de volver a los jóvenes expertos en anticoncepción (Costales 2010, 41).

El mundo ha evolucionado con el avance de la tecnología y la comunicación, permitiendo el fácil acceso de los adolescentes a fotografías, y videos de diversas experiencias sexuales que han hecho parecer a los adolescentes expertos en sexualidad.

Pese a ello las cifras de embarazo en adolescentes aún continúan elevadas en América Latina, dejando como precedente que los adolescentes siempre necesitarán de un acompañamiento profesional en cuanto a salud sexual.

De igual manera en los últimos años, se ha evidenciado un incremento en los movimientos de mujeres que buscan empoderar a todos por sus derechos, diversidad de políticas sobre identidades sexuales, también se han establecido cambios en la prescripción de

anticonceptivos a los adolescentes hoy en día en nuestro país ya no necesitan estar acompañados por sus familiares o conyugues para su adquisición (Costales 2010,62). Todo esto debe generar cambios en la manera de impartir educación sexual en los y las adolescentes, ya que debido a la gran revolución y libertad sexual en generaciones futuras evidenciaremos un incremento acelerado de enfermedades de transmisión sexual, debido al inicio precoz de la vida sexual.

2.4 Proyectos de salud sexual y reproductiva

2.4.1 ENIPLA

Fue un proyecto ejecutado por el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social en Quito, tuvo cobertura a Nivel Nacional, involucro al sector de desarrollo social estuvo dirigido en la atención de servicios de salud, buscando mejorar el acceso permanente y efectivo a los servicios de salud sexual y reproductiva (Ministerio Coordinador de Desarrollo Social 2011, 3-5).

Fue ejecutado desde 2011 a noviembre del 2014, y “tuvo un presupuesto de \$32.610.421,00 dólares” (Ministerio Coordinador de desarrollo social 2011, 2).

Uno de sus principales objetivos fue difundir los derechos sexuales y reproductivos y la prevención de la violencia de género.

La ENIPLA buscó desde un abordaje integral mejorar el acceso de información, educación, consejería, inclusión y servicios de salud, para que los adolescentes sean capaces de libremente tomar sus decisiones y poder formular sus proyectos de vida. (Ministerio Coordinador de desarrollo social 2014, 5-10).

En el marco de sus objetivos se realizaron proyectos de promoción de la salud sexual y reproductiva, se implementaron acciones para reducir las brechas de acceso a información y de esta manera reducir los índices de embarazo en adolescentes.

Sus proyectos de promoción de salud sexual y reproductiva fueron impartidos en 9 425 instituciones educativas, llegando con educación sexual a 123 567 madres y padres de familia. En el año 2014 se entregaron 5,8 millones de anticonceptivos, se implementaron 100 servicios integrados de salud sexual y reproductiva dirigidos a adolescentes.

Al año 2014 17 502 unidades educativas cuentan con material para la enseñanza de educación sexual y reproductiva, 41 469 adolescentes recibieron capacitación en las “Caravanas Habla Serio” (Ministerio Coordinador de Desarrollo Social 2014, 23-27).

En su labor en el trabajo comunitario ayudo a visualizar con más claridad la problemática del embarazo en adolescente en el país y los estereotipos socio culturales a los que se encuentra relacionado. (Ministerio Coordinador de Desarrollo Social 2014, 23-27).

2.4.2 Plan Familia

En el año 2015 se plantea el Plan Familia, ejecutado por la Presidencia de la República del Ecuador, en coordinación con el MINEDUC, MSP, y el Ministerio de Inclusión Económica y Social, MIES.

Estuvo dirigido al sector de protección social y familiar, subsector inclusión social (Coordinación General de Planificación y Gestión Estratégica 2015, 4).

Fue ejecutado del 1 enero del 2015 al 31 de diciembre del 2017. Su presupuesto fue de \$24.760.682,06 (Coordinación General de Planificación y Gestión Estratégica 2015, 4). Uno de sus objetivos principales fue prevenir embarazo en adolescentes fortaleciendo el rol protagónico de la familia, empoderando a adolescentes en la toma de decisiones libres, responsables e informadas (Coordinación General de Planificación y Gestión Estratégica 2015, 28).

Para lograr sus indicadores de resultado estableció actividades en las que buscó que los adolescentes pospongan el inicio de su actividad sexual y de esa manera reducir las cifras de embarazo en adolescente (Coordinación General de Planificación y Gestión Estratégica 2015, 33).

Entre sus estrategias se encontró, brindar educación y asesoría en afectividad y sexualidad para adolescentes y jóvenes tomando como punto de partida a la familia. (Coordinación General de Planificación y Gestión Estratégica 2015, 32).

Su propósito fue lograr un giro en el patrón del comportamiento de adolescentes y jóvenes, por medio del fortalecimiento del rol protagónico de la familia (Coordinación General de Planificación y Gestión Estratégica 2015, 33).

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1 Diseño de la investigación

En esta tesina analizaré los proyectos ENIPLA y Plan Familia.

Será una investigación diacrónica, debido a que realizaré un análisis de las cifras de embarazo y mortalidad materna a través de los años en los que se ejecutaron los proyectos ENIPLA y Plan familia. Tendrá escala macro social debido a que los proyectos fueron ejecutados desde Quito, pero implementados a nivel Nacional.

La metodología que utilizaré será mixta, con el apoyo de los métodos cualitativos realizaré entrevistas a 4 funcionarios que participaron en la planificación y ejecución del ENIPLA y Plan Familia, también utilizaré métodos cuantitativos para analizar las cifras del MSP e INEC sobre mortalidad materna y embarazo en adolescentes, mediante las encuestas ENSANUT 2012 y 2018, y las gacetas de mortalidad materna publicadas por el MSP.

3.2 Población y muestra

El alcance de la investigación está dirigido al embarazo en adolescentes, el cual es considerado por varios autores como un problema de salud pública debido a las falencias encontradas en los servicios de salud de varios países, en especial en los sistemas de salud de los países Latinoamericanos (Valdivieso 2013, 23).

El periodo en el que realizaremos el análisis será del 2012 al 2019, este periodo está justificado por la fecha de implementación de los proyectos ENIPLA y Plan Familia. Los elementos que utilizaré para realizar el análisis son las estadísticas de embarazo y mortalidad de madres adolescentes en el Ecuador, que se encuentran en las encuestas ENSANUT 2012 y 2018, además para realizar el análisis nos basaremos en las políticas públicas sobre salud sexual y reproductiva en la adolescencia utilizadas en el Ecuador.

Las unidades de muestreo son los funcionarios que participaron en la elaboración y ejecución de las políticas ENIPLA y Plan Familia.

3.3 Procedimiento: técnicas e instrumentos para la recolección de datos

Al ser una investigación con metodología mixta, cualitativa y cuantitativa realizaremos un análisis documental y de contenido.

Las encuestas ENSANUT 2012, 2018 y gacetas de mortalidad materna publicadas por el MSP son los instrumentos que utilicé para la recolección de datos, de estas encuestas usé datos sobre el contexto socio económico, perfil de educación sexual, cifras de embarazo, planificación familiar y mortalidad materna en adolescentes.

Además, realicé entrevistas a 4 funcionarios que laboraron en la ejecución e implementación del ENIPLA y Plan Familia, las cuales se realizaron virtualmente debido a la crisis sanitaria por la pandemia del COVID-19, para realizarlas utilicé una guía de entrevistas, anexada al final del documento.

Las entrevistas están divididas en tres grupos:

El primero corresponde a un funcionario que se encarga de la planificación de proyectos en educación sexual en el MSP, le realicé preguntas sobre la necesidad de implementar dichos proyectos y razones para elegir los enfoques que tuvo cada uno, características socio económicas de las mujeres que pertenecen a los grupos de edad con las más altas tasas de fecundidad previo y posterior a la implementación, estrategias que se planificaron para la implementación en las comunidades, beneficios existentes que mejoraron el desarrollo de la población, evaluación de inversión usada en los proyectos. Sobre estos mismos temas consulté a funcionarios que analizan las cifras de embarazo y muerte materna a nivel nacional, provincial y comunitario, ya que me dieron un punto de vista diferente.

El segundo grupo corresponde al personal que se encarga de la ejecución de los proyectos en las comunidades a ellos les pregunté sobre la aceptación de los proyectos en las comunidades en particular en los sectores rurales, características de adolescentes que acudieron a los centros de salud posterior a la implementación de los proyectos, adaptación a los proyectos por parte de los profesionales de la salud en el sector urbano, estrategias que se utilizaban internamente para cumplir con los indicadores que solicitaba el MSP, indagué sobre como los indicadores en los años posteriores a la aplicación de los proyectos (sectores urbano y rural).

El tercer grupo corresponde a los docentes que se encargaron de la enseñanza del proyecto y estudiantes del sector de la salud que lo replicaron en sus prácticas entre varios adolescentes, a ellos realicé preguntas sobre temas como los instrumentos que se proponían para lograr los indicadores, método de enseñanza de cada proyecto y los debates que existieron en el ámbito educativo, los proyectos de vinculación comunitaria, acceso de adolescentes a los servicios de salud.

Capítulo 4

Resultados y análisis del estudio

A lo largo de este capítulo, identificaremos el número de embarazos y muerte materna de adolescentes, la evolución del acceso a los servicios de salud y la búsqueda de anticoncepción en la adolescencia.

Para ello es indispensable conocer la situación del país en materia de salud sexual y reproductiva, partiendo de la investigación de la línea base con la que inicia la ejecución de la ENIPLA y Plan Familia para ir identificando el impacto que dejaron estos proyectos he utilizado la línea base del Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2017 – 2021.

4.1 Situación de adolescentes ecuatorianos con respecto al embarazo y mortalidad materna

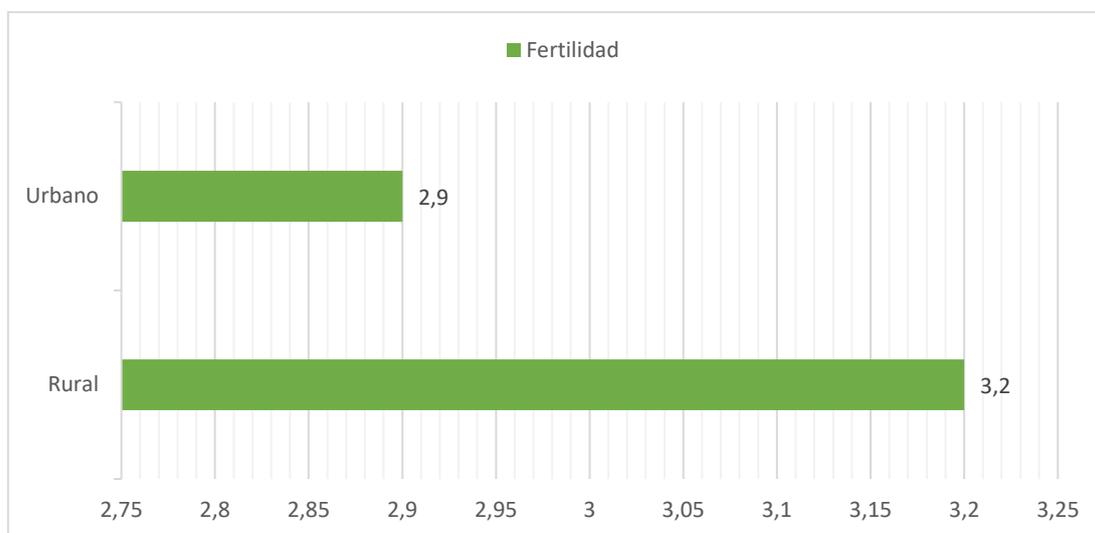
En este análisis revisaremos las cifras que exponen la situación del país, con respecto a la fecundidad y embarazo en adolescentes.

4.1.1 Fecundidad en el Ecuador

Podemos identificar como la fecundidad en el Ecuador ha ido disminuyendo al comparar las cifras del año 1975 en donde la tasa de fecundidad fue de 5,4 por cada mil nacidos vivos, posteriormente en el año 1982 al 1987, se observa cómo estas cifras siguen reduciendo de 4,8 a 3,8 (MSP, INEC 2012, 5).

Previo a la ejecución del proyecto ENIPLA, en la ENSANUT 2012 se identificó un promedio de 3 hijos por familia es decir que nacería por cada mujer ecuatoriana un aproximado de 3 hijos, como lo podemos analizar en la (figura 1), si comparamos estas cifras con los datos de los años 1975 a 1987 podemos identificar como la fertilidad global si ha ido disminuyendo, pero pese a ello si realizamos una comparación de las cifras de fecundidad entre el sector urbano y rural, como lo indica la ENSANUT 2012 fue de 3,2 hijos por mujer en el sector rural y 2,9 en el área urbana, estos valores pueden ser atribuibles a la escasa educación sexual y bajo empoderamiento de derechos sexuales y reproductivos en este grupo poblacional. Es por ello por lo que resulta importante plantearnos la interrogante, si esta tasa con una adecuada educación sexual puede llegar a reducirse en un futuro (MSP, INEC 2012, 2-10).

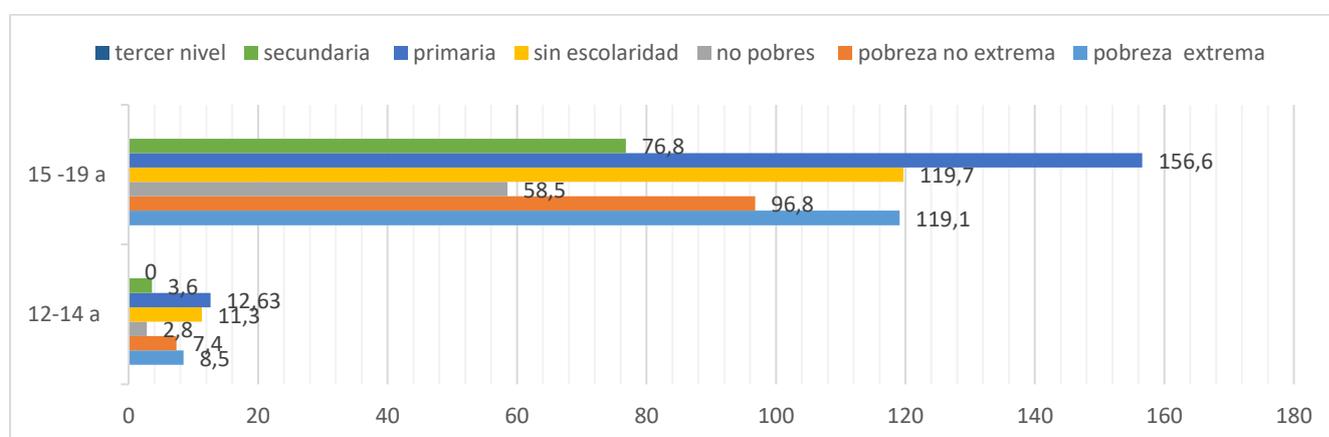
Figura 1. Tasa de Fertilidad en el Ecuador al año 2012



Fuente: ENSANUT 2012

El conocimiento es una herramienta fundamental para controlar la fecundidad, se ha podido evidenciar que una mujer que posee un mayor nivel de instrucción, tienen mayores oportunidades de controlar su fecundidad, como evidenciamos en la (Figura 2). Las adolescentes de 12 a 14 años y 15 a 19 años sin escolaridad tienen un mayor índice de fecundidad, a continuación, podemos identificar la tasa de fecundidad por cada 1000 adolescentes de 12 a 19 años con respecto su nivel económico e instrucción (Ministerio Coordinador de Desarrollo Local 2011, 5-11).

Figura 2. Fecundidad por nivel de instrucción y nivel socio económico

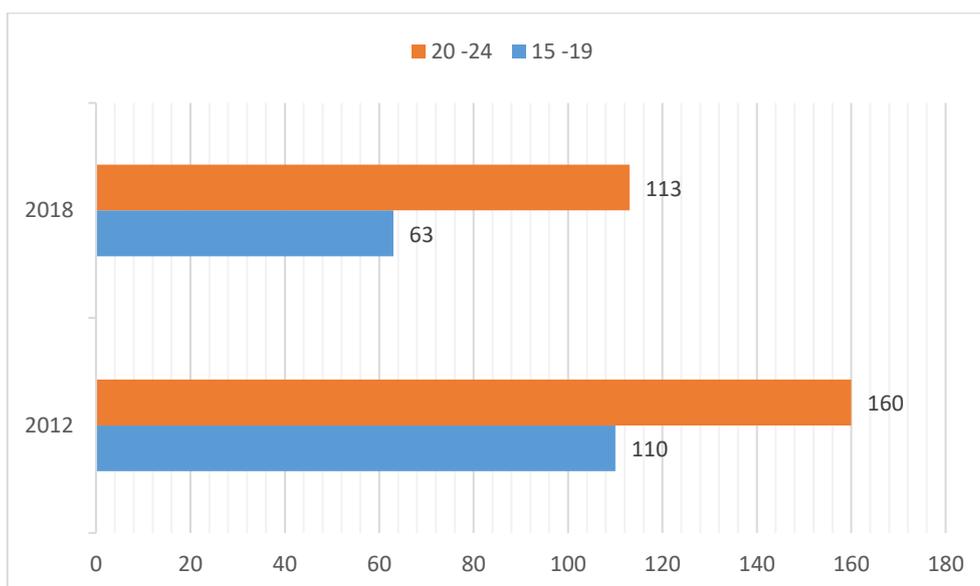


Fuente: ENIPLA

4.1.2 Cifras de embarazo adolescente a través de los años 2012 al 2019

Uno de los factores que inciden en el incremento de embarazo en la adolescencia es el inicio temprano de la vida sexual, datos del ENSANUT 2012 indican que el 39,12 % de adolescentes de 15 a 19 años ya han iniciado su vida sexual, de este porcentaje un 7,5% la ha iniciado antes de los 15 años y un 30,1% entre los 16 a 19 años (MSP, INEC 2012, 2-10). A continuación, en la (Figura 3) evidenciaremos una comparación entre el inicio de los proyectos ENIPLA y Plan Familia y como las tasas de fecundidad por cada 1000 nacidos vivos han ido disminuyendo, un ejemplo de ello es como la fecundidad en adolescentes de 15 a 19 ha disminuido de 110 a 63 por cada 1000 nacidos vivos entre los años 2012 al 2018, reduciéndose casi en la mitad la cifras de embrazo en adolescentes (Ministerio de Salud Pública 2017, 20-35)

Figura 3. Comparación de fecundidad del 2012 al 2018



Fuente: ENSANUT 2012, ENSANUT 2018

De igual forma en la (figura 4) y (figura 5) identificaremos la tasa de nacidos vivos por rango de edad de 10 a 14 años y 15 a 19 años respectivamente.

En el año 2014 termina la ejecución de la ENIPLA, durante su corto periodo de ejecución se redujo significativamente la tasa de fecundidad.

Recordemos que las acciones de este proyecto mantenían un enfoque de derechos sexuales y reproductivos, posteriormente en el año 2015 inicia el Plan Familia, en donde se evidencia un ligero incremento de las cifras de fecundidad atribuibles a dos razones:

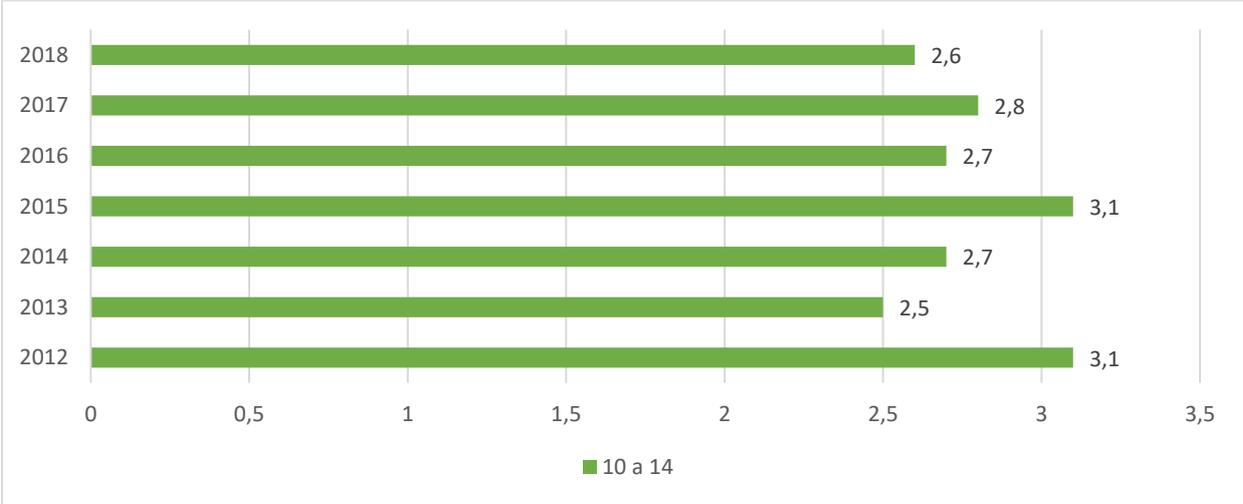
La primera, su enfoque basado en la familia, en donde sus acciones no involucraban a los adolescentes.

La segunda, el cambio de proyectos con diferentes enfoques, posteriormente en al año 2016 empiezan nuevamente a reducirse las cifras.

Debido a esta oscilación en las tasas de fecundidad podemos rescatar, la importancia de realizar permanentemente proyectos que busquen educar a los adolescentes en salud sexual y reproductiva, este debe ser un trabajo constante (Ministerio de Salud Pública 2017, 20-35). Dado el inicio temprano de la vida sexual un 18,3 % de adolescentes de 15 a 19 años ya han tenido un hijo, se evidencia un incremento del 5% en estas cifras a partir de la última encuesta realizada en el 2004 (MSP, INEC 2012, 2-10).

Como podemos identificar en la (Figura 4) a partir del año 2012 se ha evidenciado un ligero incremento del número de nacidos vivos de madres adolescentes en madres de 10 a 14 años, la curva tiende a situarse en un promedio de 3 por cada 1000 nacidos vivos. (MSP, INEC 2012, 2-10).

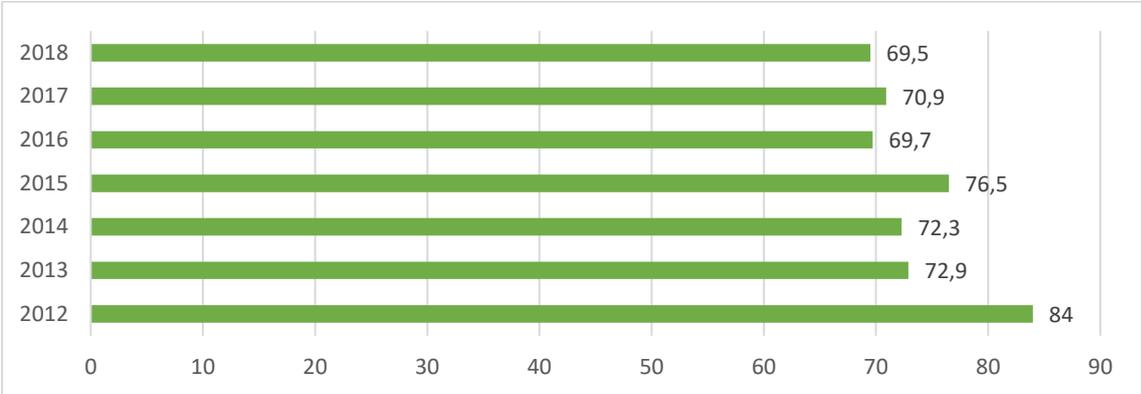
Figura 4. Tasa Especifica por cada 1 000 nacidos Vivos a Nivel Nacional de 10 a 14 años



Fuente: Tasa de Fecundidad INEC 2019

En cuanto a las adolescentes de 15 a 19 años como podemos identificar en la (figura 5) la curva ha ido descendiendo, en el año 2011 existían 80 nacidos vivos de madres adolescentes pertenecientes a este rango de edad, en la curva a nivel general se evidencia un ligero descenso el cual se da en los periodos en los que se ejecutaron los proyectos de salud sexual y reproductiva, del año 2012 al 2014 la curva desciende en el periodo en el que se ejecuta el ENIPLA, en el año 2015 asciende ligeramente la curva y como una coincidencia fue el año en el que se ejecutó el Plan Familia posteriormente de igual forma la curva va bajando ya que a partir del año 2017 se inicia el nuevo plan de salud sexual y reproductiva (Ministerio de Salud Pública 2017, 20-35)

Figura 5. Tasa específica por cada 1 000 nacidos Vivos a Nivel Nacional de 15 a 19 años

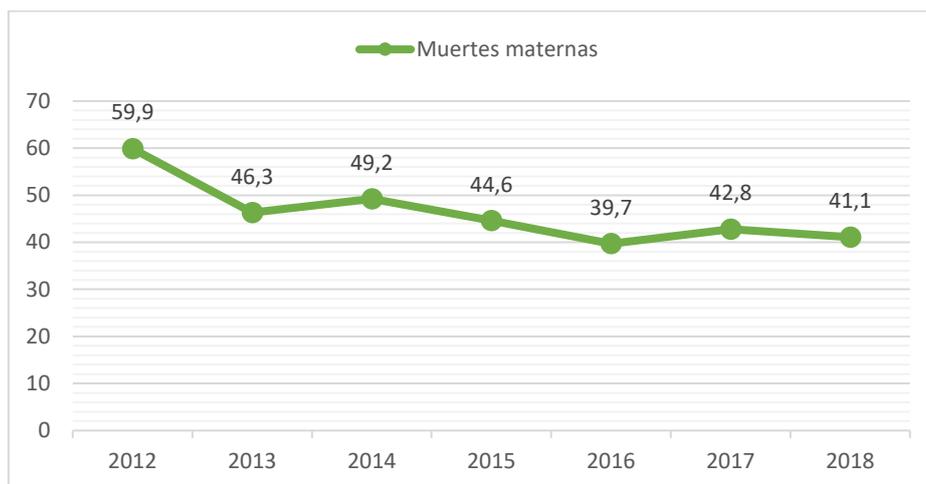


Fuente: Tasa de Fecundidad INEC 2019

4.1.3 Mortalidad materna en Ecuador del 2014 al 2019

Del año 2010 al 2014 el 14 % de las cifras correspondientes a la mortalidad materna en el país, corresponden a mujeres menores de 20 años, de ellas un 13.6% tienen entre 15 a 19 años. A continuación, podemos identificar en la (figura 6), la evolución de las cifras de mortalidad materna a nivel global en donde evidenciamos como las cifras han ido reduciendo paulatinamente en comparación con el año 2012, periodo en el que inicia la ejecución de los proyectos de salud sexual y reproductiva (Ministerio de Salud Pública, 2020, 25).

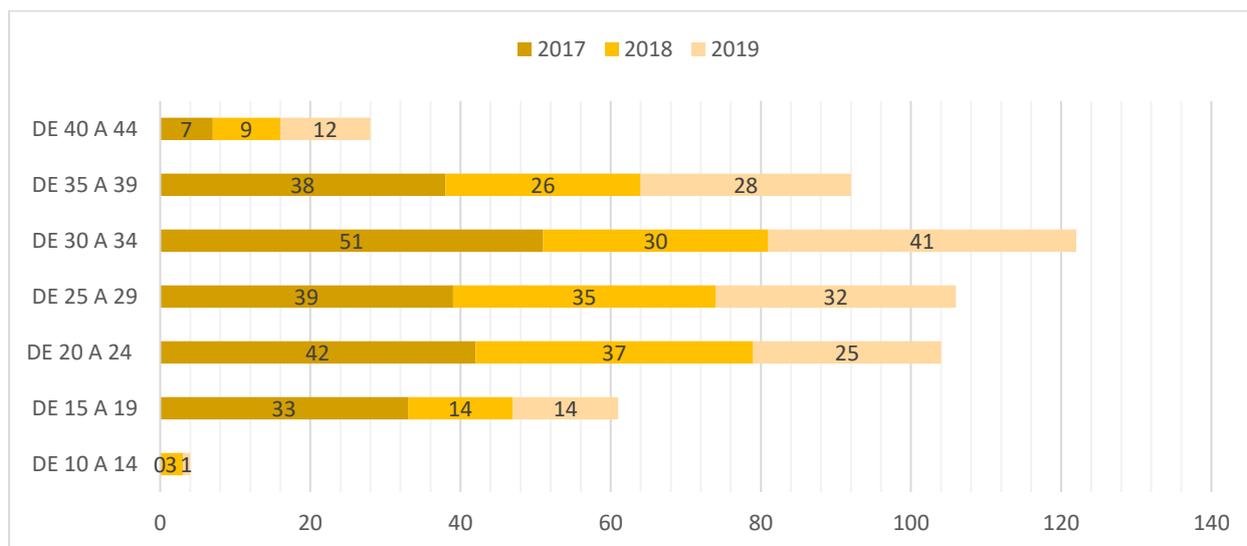
Figura 6. Mortalidad materna por cada 1 000 nacidos vivos en el Ecuador



Fuente: INEC 2018

En la (figura 7), podemos identificar como las cifras de muerte materna posterior a la ejecución de los proyectos han ido reduciendo, la línea gris que representa al año 2019 nos permite apreciar como los índices de muerte materna en adolescentes a reducido a la mitad en comparación con las cifras de años anteriores, dado que al incrementar el acceso de los adolescentes a los servicios de salud, proporcionamos asistencia segura y oportuna a adolescentes con embarazos en situación de riesgos disminuyendo de esta forma los índices de embarazos en adolescentes.

Figura 7. Muerte materna por rangos de edad



Fuente: Gacetas de muerte materna del MSP, 2017-2018-2019

4.2 Acceso de adolescentes a los servicios de salud

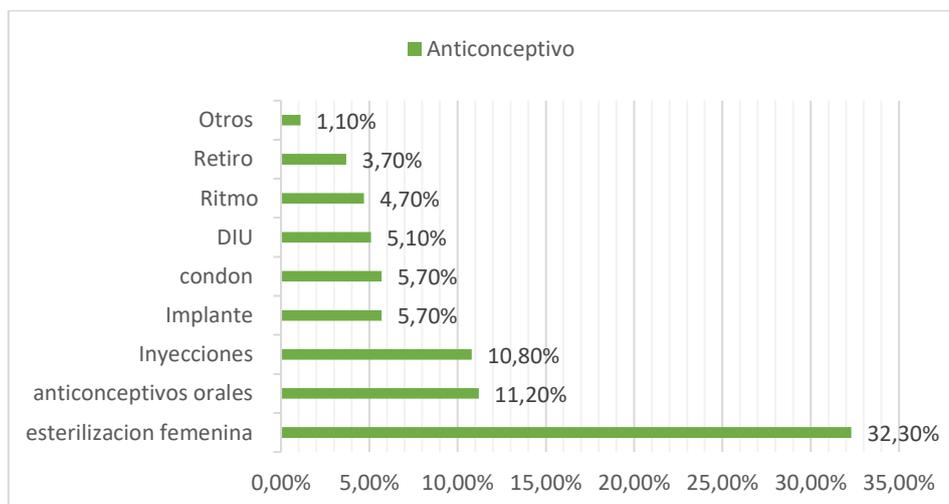
La encuesta ENDEMAIN del año 2004 explica que el 46.7% de adolescentes de 15 a 19 años ya han tenido su primera experiencia sexual. Muy pocos adolescentes usan anticoncepción en su primera relación sexual, datos del ENSANUT 2012 revelan que un 67.7% de mujeres de 15 a 19 años no han utilizado ningún anticonceptivo en su primera relación sexual, explican que no lo usaron por no poder acceder a ellos o no estar preparados para una relación sexual en ese momento, algunos indicaron que no lo utilizaron por desconocimiento de métodos anticonceptivos, pese a ello cifras de la ENSANUT 2012 indican que un 79,5% de adolescentes entre los 12 a 14 años, y el 98% de 15 a 49 años tienen conocimiento sobre el uso de anticonceptivos (MSP, INEC 2012, 2-10).

4.2.1 Adolescentes que acuden a consulta de planificación familiar

El acceso a planificación familiar de mujeres de 15 a 49 años ha ido incrementando paulatinamente se identificó en el año 1999 un 65.8% de mujeres que acudían en búsqueda de anticoncepción, en el año 2004 se evidencio un 72.4% y al año 2012 de 80.1% de mujeres que al menos usaban un método anticonceptivo (MSP, INEC 2012, 2-10).

Según datos del ENSANUT 2012 81,4% de mujeres casadas que tienen entre 15 a 49 años, usan algún anticonceptivo, un 71,7% utiliza algún método moderno y un 8,4% utiliza métodos tradicionales. A continuación, en la (figura 8) evidenciaremos los métodos anticonceptivos más utilizados entre las mujeres de 15 a 49 años (MSP, INEC 2012, 2-10).

Figura 8. Anticonceptivos más utilizados en mujeres ecuatorianas de 15 a 49 años



Fuente: ENSANUT 2012

4.3 Costo de omisión de salud sexual y reproductiva

Mediante el análisis del costo de omisión en salud busco determinar el escaso financiamiento que se realiza en prevención sexual, es decir en educación sexual y anticoncepción para evitar embarazos no planeados.

Un estudio realizado por el MSP, en el año 2017 busco identificar los costos de omisión en salud sexual y reproductiva.

Es importante recalcar que los costos de omisión engloban 2 aspectos indispensables en salud el primero los costos médicos o también llamados costos directos. Estos recursos deben ser llamados inversión en salud sexual ya que buscan prevenir embarazos no planificados los cuales son: la atención de pacientes en búsqueda de planificación familiar que encierra la consulta inicial y de seguimiento en anticoncepción así como también en la entrega del método anticonceptivo, los controles prenatales de embarazos no planificados, partos cesáreas, atención de abortos, óbitos no intencionados según sea el caso y las complicaciones obstétricas que puedan presentarse en el transcurso de la gestación. Esto representa el 19,6% es decir 92,7 millones de dólares del costo total de omisión que en el año 2015 ascendió a \$472,9 millones de dólares. El segundo aspecto es el costo social también conocido como costo indirecto, el cual representa el 80,45% del costo total es decir \$380,3 millones de dólares. En este se ve reflejada la falta de planificación familiar de la sociedad, el abandono escolar de una madre adolescente y los estragos que dejan en las familias la muerte materna (Ministerio de Salud Pública, Senplades, UNFA, SENDAS, 2017, 10-20).

Es importante recalcar que cuando mencionamos el proveer servicios de planificación familiar, incluimos la promoción de todos los servicios, así como también la salida a comunidades que desconocen de planificación familiar, a lo que llamaremos como demanda insatisfecha, ya que muchas personas de las zonas rurales aún siguen protegiéndose con métodos anticonceptivos tradicionales, vulnerando sus derechos sexuales y reproductivos y los de sus familias. En la mayoría de los casos esto se atribuye a la falta de promoción en servicios de salud.

Basándonos en el estudio del MSP, Senplades, UNFPA es importante identificar el costo de atención de un embarazo no intencionado el cual asciende por gestante a los \$612,00, por otra parte, es indispensable analizar el costo en educación sexual y anticoncepción que hubieran

evitado que se produzca un embarazo no deseado, evitar un embarazo mediante la prevención le cuesta al país \$114,00 por adolescentes. Estas cifras demuestran que la atención de un embarazo no intencionado es 5.4 veces más costoso que prevenirlo. De ahí nace la importancia de invertir en proyectos de salud sexual que contribuyan en la reducción de los altos índices de embarazo adolescente.

Datos del Plan Nacional de Desarrollo del 2017 al 2021 indican que el costo de omisión en salud bordea los 472,9 millones de dólares, que en el 2012 fue de 32,610.421 con el ENIPLA y de 24,760.682 en el 2014 con el Plan Familia dando un total de 56,7371.103 (Ministerio de Salud Pública, Senplades, UNFA, SENDAS,2017,10-20).

El costo de omisión es 17 veces mayor al costo de prevención el cual salvaría muchas vidas desde la niña adolescente hasta la madre que se ve afectada en su salud a causa de complicaciones obstétricas por embarazos no intencionados (Ministerio de Salud Pública, Senplades, UNFA, SENDAS,2017, 10-20).

4.4 Mas allá de los proyectos de salud sexual y reproductiva en el Ecuador.

Para realizar este análisis realice entrevistas por niveles estratégicos partiendo desde la planeación de los proyectos a la ejecución en dos áreas determinadas: en el sector salud y en el área educativa. Además de identificar la forma de comunicar cada proyecto en las universidades a las que se encuentra vinculado directamente el MSP.

Las entrevistas fueron realizadas al director subrogante de salud intercultural de MSP, una docente de la cátedra de sexualidad de la Universidad Central, un miembro de la estrategia médico del barrio y un director de un centro de salud del área rural. A continuación, vamos a identificar una mirada detrás de la elaboración de un proyecto de salud sexual y reproductiva. Es importante identificar las razones por las cuales se adopta la elección de un enfoque tan diferente de un proyecto a otro como es el caso del ENIPLA y el Plan Familia.

El Director de salud intercultural del MSP, expresa que los diversos enfoques pueden darse debido a la excesiva información que se repartió a la ciudadanía (niños y adolescentes), esto provocó muchas alertas en organizaciones pro familia que por cuestiones religiosas o culturales anteponen el tema religioso e intentan minimizar el tema de derechos sexuales y reproductivos, no visibilizando que los adolescentes merecen vivir una sexualidad libre y

responsable, los adolescentes deben empoderarse de sus derechos lo que deja muchos tabúes, además se decía que el dar información provocaba el inicio de relaciones sexuales a corta edad. Esta puede ser una de las causas ya que uno de los logros de la ENIPLA, fue la campaña “habla seria sexualidad sin misterios” y posteriormente se cambia radicalmente al Plan de Fortalecimiento de la Familia. Si bien es cierto son dos enfoques muy diferentes, pero según las estadísticas que vimos anteriormente cuando se ejecutaba el Plan Familia, las cifras de embarazos en adolescente fueron elevándose.

Para poder entender de igual forma el proceso de transformación de la educación sexual que vivió el Ecuador, es indispensable diferenciar los tres momentos de la educación sexual:

El primero la planeación y ejecución de la ENIPLA en donde se abordaron varias estrategias, con el objetivo de ir difundiendo los derechos sexuales y reproductivos que tenemos los ciudadanos. Si bien ya existían otros proyectos previos que se encargaban de fomentar en la ciudadanía el conocimiento de salud sexual y reproductiva, el director de salud intercultural del MSP, explica que el ENIPLA marca un hito porque fue una construcción intersectorial, entre el MSP, el MINEDUC, el MIES, dando mayor énfasis en el acceso a métodos anticonceptivos. Incluso en el periodo de ejecución de la ENIPLA, se emite el acuerdo ministerial 2490, el cual permite superar las barreras de acceso como largas filas o llamar al call center solamente para recibir información o el acceso a anticonceptivos, es importante recalcar que este acuerdo permite que se acceda a los métodos anticonceptivos utilizando solamente un carnet.

Lastimosamente no se dio continuidad a estos procesos talvez por un mal asesoramiento al gobierno de la época ya que se ponen en la mesa de discusión temas que antes no estaban. El segundo momento de la educación sexual es el Plan Familia en donde se embandera el tema de la abstinencia, el cual no es un método anticonceptivo que se haya establecido por la OMS, es más bien una cuestión personal y no puede ser considerada una política pública. El Plan Familia tuvo una carga conservadora muy fuerte y sus resultados no aportaron en la reducción de violencia de género, embarazos en adolescentes y en temas más alarmantes como el embarazo en niñas el cual en la mayoría de los casos es producto de abusos sexuales expresa el director de salud intercultural del MSP.

El tercer momento es el actual en donde se busca a través del Plan Nacional De La Salud Sexual Y Reproductiva realizar un abordaje integral, de la salud sexual.

El director de salud intercultural del MSP expresa que un ejemplo del abordaje integral es proponer la esterilización masculina, el año anterior se realizó un gran trabajo con la vasectomía en el país, recalca que es necesario que los hombres empiecen a asumir estas responsabilidades, pero es más difícil inmiscuir al sexo masculino porque creen que la educación sexual es solamente de la mujer, así empieza recalcando el director del centro de salud de Malimpia, prosigue explicando que en el Hospital Alberto Buffony, se realizó una campaña de vasectomía, pese a la campaña la aceptación fue muy baja, la educación sexual solo se ha dado a la mujer, pero falta mucho a la parte masculina, es la muestra de que aún queda mucho por hacer.

El director de salud intercultural del MSP, a su vez expresa que para ver el impacto de todos estos proyectos se debe esperar al menos 4 años hasta que empiece a aterrizar en los lugares en los que necesita aterrizar y por eso los indicadores no suelen ser positivos, porque no existe esa visión de dar un tema de continuidad.

En los países en los que se han reducido los índices de embarazo adolescente han durado aproximadamente 10 años los programas, debido a que no solamente es un tema de salud es un tema de cambio de costumbres, un cambio cultural, si la educación no hace su parte el abordaje no se convierte en un abordaje de educación sexual integral. Ya que no solamente se puede hablar de ETS, o anticoncepción.

Una manera de medir el impacto de estos proyectos a futuro es identificar como cuando se invierte en anticonceptivos muchas adolescentes pueden tomar decisiones informadas, por ejemplo, una adolescente que toma la decisión de utilizar un anticonceptivo como el implante aplazan su maternidad y puede vincularse a la parte laboral y ayudar al crecimiento económico de la sociedad.

De igual manera una docente de la cátedra de sexualidad de la Universidad Central recalca que el impacto de los proyectos de educación sexual, no se miden con una o dos charlas, es un trabajo que se realiza a mediano plazo, se ha visto un impacto positivo en la reducción del embarazo adolescente gracias a los programas de vinculación comunitaria, ella va percibiendo que el número de embarazadas en los colegios que daban las charlas redujeron, poniendo como ejemplo el número de adolescentes embarazadas en un colegio del área urbana bajo de

40 a 10, de igual forma en el cruce de datos se evidencia un impacto positivo a mediano y largo plazo.

4.4.1 Adolescentes y los Servicios de Salud

El acceso de adolescentes a los servicios de salud es fundamental en la prevención del embarazo en adolescentes, gracias a la implementación de proyectos en educación sexual el director del centro de salud de Malimpia expresa que se ha ido viendo mejoría en la educación sexual, lo nota en especial cuando realiza visitas domiciliarias las adolescentes desean acceder a métodos anticonceptivos, poco a poco los adolescentes en el sector rural intentan formar un plan de familia. Expresa que hoy en día se está trabajando en consultorios amigables en donde se da consultoría a los adolescentes sobre salud sexual y reproductiva, se trabaja de manera intersectorial entre el MIES, el ministerio de educación y el ministerio de salud.

Se realiza clubs de adolescentes públicos y privados que buscan reducir la tasa de embarazos, y también promover un cambio social en sus pueblos y parroquias, es importante que los adolescentes se inmiscuyan en el cambio social que produce la educación sexual en sus pueblos.

Durante la ejecución del Plan Familia, un médico rural perteneciente al centro de salud de Malimpia, que en el periodo de su formación perteneció a la estrategia Medico del Barrio, indica que dentro de las actividades que realizaban era necesario a las adolescentes embarazadas darles la protección que necesitaban para evitar un embarazo en los siguientes años. Se esperaba una alta afluencia de pacientes jóvenes, no había un alto índice en ese contexto, iban con más frecuencia jóvenes los fines de semanas en búsqueda de preservativos. El director del centro de salud indica que últimamente debido a la pandemia se ha evidenciado un incremento en los índices de embarazo en adolescentes, se ha visto en la consulta de 30 embarazadas 8 adolescentes, el expresa que son conscientes que aún falta educación sexual. Una docente de sexualidad de la Universidad Central expresa que los programas de vinculación comunitaria permiten la vinculación científica y bibliográfica con la comunidad educativa bajo la rectoría del MSP, estos programas no solamente son charlas, se realiza acercamiento con líderes comunitarios, buscando realizar con los estudiantes una sinergia entre la teoría y la práctica.

De igual forma el director del centro de salud de Malimpia afirma que trabajar en los colegios con los adolescentes hace que el mensaje llegue de manera más eficaz, se puede conversar y

tener un mejor acercamiento con ellos, porque en casa con sus papas ellos no hablan de sexualidad.

La docente de sexualidad de la Universidad Central expresa también que es fundamental entender que la manera de impartir atención a adolescentes es no ver al adolescente como una persona de 10 a 19 años o un paciente más, es importante verlo como un ser humano que tiene sentimientos, dudas, barreras es por ello importante el tipo de comunicación que se realice con los adolescentes, manejar varios principios como la confidencialidad, la empatía.

En la educación sexual se evidencia una conexión más ágil de los estudiantes universitarios con los adolescentes, estableciéndose como una herramienta el programa formador de formadores. No deber ser solamente dar educación sexual, lo que se realiza en la práctica es disminuir las barreras partiendo por las instituciones que realizan la vinculación con la comunidad, no estigmatizar al adolescente solamente en dar anticoncepción.

4.4.2 La realidad del embarazo en adolescentes ecuatorianos

Es vital para este análisis identificar la situación del embarazo adolescente en el sector rural, para ello tomaremos como ejemplo la parroquia Malimpia, ubicada en la provincia de Esmeraldas en el cantón Quinindé, la entrevista fue realizada al director del centro de salud a partir del año 2015, él nos explica que la parroquia Malimpia tiene una población multiétnica, son afrodescendientes, la cultura es muy diferente y la educación es bastante escasa, en su mayoría no pueden acceder a una educación de tercer nivel. El médico del barrio de la comunidad de Malimpia especifica que la población tiene mucho desconocimiento, existen muchos mitos, sobre anticoncepción aún más en la población joven, pero también en la población adulta, existen casos que van por su segundo o tercer embarazo y no conocen como seguir evitando más embarazos.

El médico del barrio de la parroquia Malimpia indica que existen muchos embarazos adolescentes en la zona rural, pacientes jóvenes entre los 13 a 16 años ya van por su segundo embarazo las cifras son muy preocupantes y nos preguntamos qué está pasando, ellos aún no han definido su personalidad, aún no saben si desean formar un hogar, además tiene muy bajos ingresos económicos, vienen de familias que viven del trabajo del campo. Existen muchos tabúes en torno a la educación sexual, y este desconocimiento el que ha ido incrementado las cifras de embarazo en adolescentes, muchas madres jóvenes siguen sin ser

identificadas o captadas, siguen existiendo partos en casa, y por ellos las cifras siguen en aumento.

Debido a la situación de la comunidad la educación sexual es un camino muy difícil, existe mucha deserción estudiantil, falta de educación, falta de cultura.

Es un pensamiento muy habitual y como lo explicaba Neusman para muchas adolescentes del área rural el embarazo temprano es una meta de vida, el director del centro de salud de Malimpia indica que muchas familias prefieren que sus hijos estén en el campo y no les dan la oportunidad de superarse, este pensamiento tiene un papel importante en la educación sexual y en la planificación familiar, ya que por ellos muchos adolescentes han sido violentados en sus derechos de determinar cuándo es la época de tener un hijo, comprometerse y formar un hogar. Ya que si se reduce el embarazo en adolescente definitivamente puede reducirse la pobreza, planteando a los adolescentes la elaboración del plan de vida y los logros que visualizan alcanzar en el futuro.

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

- Se ha logrado en los últimos años incrementar el acceso de los adolescentes a los servicios de salud, pero es importante resaltar que este incremento sucede gracias a la atención empática de los profesionales de salud, viendo al paciente no como un objeto más de consulta sino como un amigo que busca un poco de atención, lo que ha contribuido en la reducción del embarazo en adolescentes.
- Los proyectos de salud sexual y reproductiva han aportado de manera positiva en la reducción del embarazo adolescentes en los últimos 6 años, hemos visto como las curvas de acceso de atención, índice de embarazo y mortalidad materna han reducido pese a que en algunos años la curva se ha elevado no ha superado las cifras previas a la ejecución de los proyectos, recalcando que es importante trabajar diariamente en una educación sexual que busque el empoderamiento de los derechos sexuales de los adolescentes y sus familias.
- Al analizar el costo de omisión en promoción de la salud sexual afirmamos que es indispensable continuar invirtiendo en promoción de la salud sexual y reproductiva y prevención del embarazo en adolescentes, es un camino que aún falta por recorrer en varios sectores del Ecuador en particular en el sector rural.
- Mediante las cifras analizadas en esta tesina, podemos decir que en nuestro país es necesario que constantemente se ejecuten proyectos que velen por la salud sexual reproductiva de los y las adolescentes ya que en los periodos que no se ha realizado ningún proyecto los índices de embarazo en adolescente se han incrementado, por otra parte identifiquemos que a partir de la implementación del ENIPLA, los indicadores de fecundidad en adolescentes han ido reduciendo concluyendo que la educación sexual debe poseer un enfoque de derechos sexuales y reproductivos, que ayudaran al empoderamiento de la sexualidad de muchas niñas y adolescentes.

Recomendaciones

- ✓ Es indispensable seguir trabajando en la educación sexual de los sectores rurales en donde se sigue pensando que el embarazo es parte de la meta de vida de una adolescente.

- ✓ Se deberían abordar proyectos de educación sexual que involucran más al hombre como parte fundamental de la planificación familiar y no dejar reposar todo ese peso sobre la mujer.

- ✓ El estudio de las nuevas masculinidades es un pilar fundamental en próximos estudios y proyectos que busquen cimentar nuevas bases en la educación sexual, dejando de lado el machismo e incluyendo a la mujer en la toma de decisiones familiares, evitando violentar los derechos de niñas y adolescentes.

Anexos

Guía de la Entrevista

Preguntas que se realizaran a los funcionarios que se encargan de la Planificación

Previamente se les preguntara nombre, cargo al que pertenecen y cómo influyen en la creación de proyectos.

1. ¿En qué consiste la planificación de proyectos en educación sexual?
2. ¿Cuáles fueron las ideas iniciales que se buscaron para la elaboración de proyectos?
3. ¿Cómo se eligen los enfoques de cada proyecto?
4. ¿Cómo se llevó a cabo la planificación del ENIPLA y Plan Familia a Nivel Nacional?
5. ¿Cuáles fueron los puntos débiles en la ejecución del ENIPLA y Plan Familia?
6. ¿Cuáles fueron los beneficios posteriores a la ejecución de los proyectos?
7. ¿Cuál fue la contribución de los proyectos en el desarrollo de la población?
8. ¿Cómo se realiza la evaluación de la inversión utilizada en proyectos?
9. ¿El tiempo que utilizaron en la planificación e implementación fue suficiente para la ejecución del proyecto?
10. ¿En la evaluación de indicadores a nivel país existen aún cifras altas de embarazo en adolescente y muerte materna (ven cambios antes de implementación)?

Preguntas que se realizaran a los funcionarios que se encargan de la ejecución

Previamente se les preguntará nombre, cargo al que pertenecen y cómo influyen en la creación de proyectos.

1. ¿Cómo fue la comunicación de los proyectos ENIPLA y Plan Familia en las comunidades en particular en los sectores rurales?
2. ¿Cómo se realizó la comunicación de los proyectos hacia los adolescentes por parte del personal encargado de la ejecución?
3. ¿Cómo fue la adaptación a los proyectos por parte de los profesionales de la salud?
4. ¿Cuáles fueron las estrategias que se utilizaban internamente para cumplir con los indicadores que solicitaba el MSP, antes y después de la ejecución de los proyectos?

5. ¿Cuáles son las características de los adolescentes que acudieron a los centros de salud posterior a la implementación de los proyectos?
6. ¿Los resultados continuaron posteriormente a la aplicación de los proyectos en los sectores urbano y rural?
7. ¿Se identificaron beneficios en las comunidades posterior a la ejecución de los proyectos?
8. Según los indicadores de su centro de salud existen aún cifras altas de embarazo en adolescente y muerte materna (ven cambios antes de implementación)
9. ¿Cómo se refleja la inversión en educación sexual en los centros de salud?
10. ¿Considera que la inversión realizada en educación sexual fue mayor a la utilizada en salud sexual y reproductiva?

Preguntas que se realizara al personal que se encarga de la réplica de los proyectos en las comunidades (ENSEÑANZA y APRENDIZAJE)

Previamente se les preguntará nombre, cargo al que pertenecen y cómo influyen en la creación de proyectos.

1. ¿Cuál fue el método de enseñanza de cada proyecto y los debates que existieron en el ámbito educativo?
2. ¿Existieron dificultades al comunicar los proyectos en las comunidades?
3. ¿Se utilizaron todas las estrategias que se propusieron en los proyectos al implementarlos con los adolescentes?
4. ¿Cuáles son los instrumentos que se propusieron y utilizaron para replicar los proyectos en las comunidades?
5. ¿Cómo fue la aceptación de los adolescentes al recibir las capacitaciones con respecto al ENIPLA y Plan Familia?
6. ¿Existieron limitantes que impidieron compartir los proyectos con los adolescentes?
7. ¿Cuáles fueron los beneficios que se identificaron después de la ejecución de los proyectos?
8. ¿Cómo se realizaron los proyectos de vinculación comunitaria?

Lista de referencias

- Comision nacional de salud y derechos sexuales y reproductivos. 2007. *Politica de salud sexual y derechos sexuales y reproductivos*. Quito: Consejo Nacional de salud y derechos sexuales y reproductivos.
- Bnaco Mundial. 2012. *Embarazo adolescente y oportunidades en America Latina y el caribe, sobre maternidad temprana, pobreza, logros economicos*. . Washington DC.
- Castaño, Guillermo, Arango, Santiago Morales, y Rodriguez. 2012. "Consumo de drogas y practicas sexuales de los adolescentes de la unidad de Medellin". *Sociedad Cientifica española de estudios sobre alcohol, alcoholismo y otras toxicomanias*: 347-363.
- Castro Posligua, Aida Crus Maria .2017. "La educacion sexual en el Ecuador, una mirada criticada". *Paacarina del Sur en linea*.
- Consejo general de colegios oficiales de psicologos. 2015. *Papeles del Psicologo*. Madrid.
- Coordinación General de Planificación y Gestión Estratégica. 2015. "Plan Nacional de Fortalecimiento de la familia". Proyecto.
- Costales Villaroel , Maria Alexandra. 2010. *Discursos de educacion sexual desde el colegio y el Estado*. Abla Ayala.
- Instituto mexicano de seguridad social. 2017. *Revista medica del instituto mexicano de seguridad social*. Mexico.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. 2020. *Instituto Nacional de Estadística y Censos*. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/home>.
- Islas, Luis Paulino, Lino Cardiel , y Juan Fernando Figueroa.2010. "Recien nacidos de madres adolescentes problema actual". *Revista Mexicana de Pediatria*: 152-155.
- La Rosa, Alfonso.2015. "Complicaciones en recién nacidos de madres adolescente tempranas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza del 2008a mayo del 2012". *Scielo Peru*: 1-7.
- Ministerio coordinador de desarrollo local. 2011. *Estrategia intersectorial de prevencion de embrazos en adolescentes y planificacion fmiliar*. Quito: MSP.
- Ministerio coordinador de desarrollo social . 2011. "Estrategia Nacional intersectorial de planificacion familiar".
- Ministerio coordinador de desarrollo social . 2014. *Informe de rendicion de cuentas sector social*.
- Ministerio de Salud Publica. 2020. *Gacetas de muerte materna*. <https://www.salud.gob.ec/gacetas-muerte-materna-2020/>.

- Ministerio de Salud Publica. 2018. *Gacetas de muerte materna*.
<https://www.salud.gob.ec/gacetas-muerte-materna-2020/>.
- Ministerio de Salud Publica. 2017. *Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva: Viceministerio de Gobernanza de la Salud Publica*. Quito.
- Ministerio de Salud Publica, Senplades, UNFA, SENDAS. 2017. *Estudio del Costo de Omiision en Salud Sexual y reproductiva en Ecuador*. Quito.
- Mora, y Hernandez. 2015. "Embarazo en la adolescencia: como ocurre en la sociedad actual". *Perinatologia y reproduccion humana*: 77-78.
- MSP. 2008. *Plan Nacional de Reducción de reduccion acelerada de muerte materna y neonatal* . Quito: CONASA.
- MSP, INEC. 2012. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición- ENSANUT 2012 Demografía, salud materna e infantil y salud sexual y reproductiva* . Quito.
- Noboa, Hugo. 2019. *Mortalidad Materna en el Ecuador: Una mirada Critica*. Quito: Juan Cuvi.
- OEA. 2016. *Informe hemiferico sobre violencia sexual y embarazo infantil en los estados, parte de la convencion de Berlin Do Para*. MESECVIT.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. 2015. *La educación Integral en Sexualidad una revision global de evidencias practicas y lecciones aprendidas*. Paria: UNESCO.
- Organizacion Mundial de la Salud. 2021. *Organizacion Mundial de la Salud*. 2021.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality> (último acceso: 2021 de 15 de 1).
- Organizacion Panamericana de la Salud. 2016. *Preparar a la región para alcanzar los objetivos de desarrollo sostenibles Ecuador*. Quito: OPS.
- Publica, Ministerio de Salud. 2020. *Ministerio de Salud lleva a cabo plan de reducción de muerte materna y neonatal*. s.f. <https://www.salud.gob.ec/ministerio-de-salud-lleva-a-cabo-plan-de-reduccion-de-muerte-materna-y-neonatal>.
- Thimeos, Julia. 2013. "Eduacion sexual preventiva en adolescentes". *Revista Contextos*: 25-42.
- UNFPA. 2020. *Consecuencias socioeconómicas del embarazo en adolescentes en Ecuador. Implementación de la metodología para estimar el impacto socioeconómico del embarazo y la maternidad adolescentes en países de América Latina y el Caribe*. Quito: Fondo de Población de las Naciones Unidas.

- Unicef. 2014. Plan Internacional. *Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes*.
Panama.
- Urquijo , Martin. 2014. "La Teoria de las capacidades en Amartya Sen": 63-80.
- Valdivieso , Carla Cecilia. 2013. El embarazo adolescente: Un problema de salud publica.»
Tesis, Quito.
- Vallejo , Baron Juliana. 2013. "Embarazo en adolescentes complicaciones". *Revista Medica de Costa Rica y Centroamerica*: 66.
- Velez, Alba Lucia . 2015. "El embarazo en el adolescente una vision desde la dimension emocional y la slaud publica." *Revista Cuidarte, Programa de enfermeria UDES*: 344-400.