

POLÍTICA INTERSECTORIAL DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN NIÑAS Y ADOLESCENTES

Ecuador 2018 - 2025

Junio 2018

EXTRACTO

El embarazo en niñas y adolescentes constituye un problema social y de salud pública, que evidencia la desigualdad, la injusticia social y una clara violación de los derechos humanos, con un impacto social, económico y cultural invaluable.

AUTORIDADES:

Ministerio de Salud Pública

Verónica, Espinosa, Ministra de Salud Pública

Carlos Durán, Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud

Itamar Rodríguez, Viceministro de Atención Integral en Salud. Encargado

Carlos Cisneros, Subsecretario Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad

Sonia Díaz, Subsecretaria Nacional de Gobernanza de la Salud

Juan Chuchuca, Subsecretario Nacional de Provisión de Servicios de Salud. Encargado

Ana Lucía Bucheli, Directora Nacional de Promoción de la Salud

Ministerio de Educación

Fander Falconí Benítez, Ministro de Educación

Álvaro Sáenz Andrade, Viceministro de Educación

Mónica Reinoso Paredes, Viceministra de Gestión Educativa

Aleyda Matamoros, Subsecretaria de Educación Especializada e inclusiva

María Fernanda Porras, Subsecretaria para la Innovación Educativa y el Buen Vivir, Encargada

Ministerio de Inclusión Económica y Social

Berenice Cordero Molina, Ministra de Inclusión Económica y Social

Rocío Rosero Garcés, Viceministra de Inclusión Social

María Eulalia Alvear, Subsecretaría de Protección Especial

Ministerio de Justicia

Rosana Alvarado Carrión, Ministra de Justicia, Derechos Humanos y Cultos

UNFPA

Mario Vergara, Representante Nacional

OPS

Gina Tambini; Representante Nacional

Equipo de redacción y autores

Ana Lucía Bucheli, MSP

Marivel Illapa, MSP

Marcela Masabanda, MSP

Norma Oña, MSP

Sonia Sobrino, MinEduc

Susana Guijarro, MSP

Cecilia Barragán, MIES

Marcia Elena Álvarez, UNFPA

Daniela Alvarado, OPS

María José Larco, MinEduc

Equipo de colaboradores nacionales

Gabriela Villacrés, MSP

Sandra Álvarez, MIES

Soledad Guayasamín, UNFPA

Lola Valladares, UNFPA

Mariana Sandoval, Sociedad Civil

Claudia Gallardo, Sociedad Civil

Equipo de colaboradores internacionales

Alma Virginia Camacho Hübner, Asesora Regional de Salud Sexual y Salud Reproductiva UNFPA LACRO

Contenido

1. INTRODUCCIÓN	5
2. ANTECEDENTES	5
3. JUSTIFICACIÓN.....	6
4. MARCO LEGAL Y MARCO PROGRAMÁTICO.....	7
4.1 Marco Legal Internacional.....	7
4.2 Marco Legal Nacional	7
4.3 Marco Programático	8
5. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE NIÑAS Y ADOLESCENTES EN ECUADOR	8
5.1 Características socio demográficas:	8
5.2 Principales problemas que afectan a las y los adolescentes:.....	9
5.3 Adolescentes: salud sexual y salud reproductiva.....	10
5.4 Fecundidad de niñas y adolescentes.....	10
5.4.1 Tasa Específica de Fecundidad TEF (36).....	10
5.4.2 Embarazo en adolescentes.....	11
5.4.3 Embarazo no Intencionado en Niñas y Adolescentes	12
5.4.5 Embarazo en menores de 14 años y sus vínculos con la violencia sexual	12
5.5 Demanda, conocimiento, acceso y uso de métodos anticonceptivos y planificación familiar en adolescentes.....	14
5.6 Barreras para el uso de los servicios de salud sexual y salud reproductiva y el acceso a la información	14
5.7 Muerte Materna.....	15
5.8 Aborto	15
5.9 VIH/Sida.....	15
6. Determinantes sociales vinculados al embarazo en adolescentes	15
7. MARCO CONCEPTUAL Y ENFOQUES.....	16
7.1 Abordaje ecológico para el embarazo en niñas y adolescentes	17
7.2 Enfoques.....	18
8. ACTORES Y COMPETENCIAS	20
9. MODELO DE GESTIÓN DE LA POLÍTICA INTERSECTORIAL DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN NIÑAS Y ADOLESCENTES 2018 - 2025	21
9.1 Árbol de problemas.....	22
9.2 Árbol de objetivos	23

9.3 Teoría del Cambio Política Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes:	24
9.4 Objetivos	26
9.5 Lineamientos estratégicos y líneas de acción (Ver Anexo. 2)	26
9.6 Monitoreo y evaluación	28
10. BIBLIOGRAFÍA	29
ANEXOS 1.Matriz estratégica de la Política Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescente.....	32

1. INTRODUCCIÓN

El Ecuador es un Estado constitucional de derechos y justicia, soberano, unitario, independiente, democrático, laico, multiétnico y pluricultural, que garantiza el acceso a la salud y a la educación, como derechos fundamentales, además del derecho a la protección especial de grupos de atención prioritaria, entre ellos niñas y adolescentes. (1)

El Plan Nacional de Desarrollo, “Plan Toda una Vida” 2017-2021, define que el Estado debe asegurar los medios para el ejercicio del derecho de la población a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su salud sexual y salud reproductiva, considerando el contexto geográfico, social y cultural, para lograr una vida digna y libre de violencia para todas las personas, en especial para las que se encuentran en situación de vulnerabilidad, incluyendo la promoción de un desarrollo inclusivo que empodere a las personas durante todo el ciclo de vida. (2)

El embarazo en niñas y adolescentes es un importante problema social y de salud pública, a nivel global y especialmente en la Subregión Andina, que conlleva un impacto social, económico y cultural, debido a los vínculos entre pobreza, exclusión y fecundidad temprana. Además, el embarazo en este grupo etario está directamente relacionado con varias formas de violencia basada en género, entre ellas la violencia sexual. Por estos motivos, es importante evidenciar en el marco de las políticas públicas el tema del embarazo adolescente como una problemática de salud pública y de desigualdad social y una violación de derechos humanos. (3)

En este contexto, el Ministerio de Salud Pública (MSP), en su calidad de autoridad sanitaria nacional, el Ministerio de Educación (MINEDUC), como rector del sistema educativo, el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), rector de la inclusión económica y social de la población de atención prioritaria, y el Ministerio de Justicia Derechos Humanos y Cultos, como rector del acceso a la justicia, de manera coordinada y con el acompañamiento técnico del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) han elaborado la Política Nacional Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes 2018 - 2025.

Esta Política tiene como finalidad contribuir a la prevención y reducción del embarazo en niñas y adolescentes, en el marco del ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos, del derechos a la integridad personal, a una vida libre de violencia; y de la obligación del Estado de proteger a las niñas y adolescentes contra toda forma de violencia y abuso sexual, que responde a los mandatos constitucionales, a las metas planteadas en el Plan Nacional de Desarrollo 2017 – 2021 [2] a los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030, cuyo principio fundamental es “No dejar a Nadie Atrás” así como a otros instrumentos internacionales ratificados por Ecuador en esta materia. (4)

2. ANTECEDENTES

El embarazo en niñas y adolescentes es un problema causado por múltiples determinantes sociales, tales como la falta de acceso a bienes y servicios que les permitan ejercer sus derechos humanos, incluidos los derechos sexuales y derechos reproductivos en las distintas etapas del ciclo de vida, así como débiles sistemas de protección frente a toda forma de violencia incluida la violencia sexual.

La mayoría de casos de embarazos en niñas y adolescentes sucedieron cuando se encontraban fuera del sistema educativo o su condición de embarazo las obligó a dejarlo, lo que repercute a largo plazo, en sus oportunidades educativas, laborales, seguridad económica y capacidad para participar en la vida pública y

política. Como resultado de ello, las madres adolescentes, sus hijos, hijas y familias, tienen mayor vulnerabilidad a la pobreza y a la exclusión social. (5)

La tasa de fecundidad adolescente tiene relación directa con las condiciones socioeconómicas, y con el nivel de desarrollo del área donde habitan las niñas y adolescentes, situaciones que explican las diferencias entre las tasas de embarazo y el curso de prevalencia que presenta este fenómeno en cada persona, familia y comunidad. (6) Es indispensable resaltar que el embarazo de niñas y adolescentes, tiene múltiples causas, tiene muchas consecuencias en el orden personal, familiar, comunitario y social.

Al garantizar a las y los adolescentes el ejercicio integral de sus derechos, incluidos los derechos sexuales y derechos reproductivos, se promueven mejores niveles de salud, bienestar, educación, recreación, protección, seguridad, una vida libre de violencia, participación, entre otros; este ejercicio se traducirá en mejorar las condiciones para que desarrollen su pleno potencial. Invertir en las y los adolescentes supone un triple beneficio: 1) Para su salud y bienestar ahora; 2) Para su salud y bienestar en la vida adulta y; 3) Para la salud y bienestar de las generaciones venideras. (7)

En este contexto, los ministerios de Salud Pública, Educación e Inclusión Económica y Social, con el objetivo de mejorar la salud, la educación y oportunidades de niñas y adolescentes, y de responder de manera efectiva a sus demandas, plantean la implementación de la Política Nacional Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes 2018 – 2025, como un proceso de carácter integral que incorpora acciones de promoción, prevención, atención, protección y restitución de derechos para esta población.

3. JUSTIFICACIÓN

La evidencia demuestra que los problemas de salud y la muerte de adolescentes constituyen un grave problema mundial (8)

Ecuador ha logrado importantes avances en el área social, sin embargo, el ejercicio pleno de los derechos de niñas y adolescentes, todavía presenta brechas determinadas por inequidades económicas, de género, sociales y étnicas.

La salud de las y los adolescentes y, en particular su salud sexual y salud reproductiva, constituye un aspecto de especial preocupación debido a: altas tasas de fecundidad y maternidad en adolescentes, complicaciones obstétricas, abortos inseguros, infección por VIH, violencia basada en género y violencia sexual. (9)

La Violencia Basada en Género (VBG) y el Embarazo en Niñas y Adolescentes (ENA) son graves problemas sociales asociados a violaciones y de derechos humanos, que requieren una atención prioritaria por parte del Estado, pues incrementan la morbilidad y mortalidad en este grupo poblacional; especialmente en niñas menores de 14 años. (10)

A nivel regional, las tasas de fecundidad específica es mayor en adolescentes que pertenecen al quintil de menor ingresos, con bajo nivel de educación o sin educación, por pertinencia étnica siendo mayor en adolescentes indígenas o afrodescendientes y que viven el área rural comparada con adolescentes que pertenecen al quintil mayor de ingresos o han terminado la secundaria (5). Todas estas características, que son determinantes del círculo de la pobreza inciden en el acceso a la educación, la salud, a una vida digna y a las oportunidades para lograr su desarrollo integral y el de sus hijas/os.

Entre las consecuencias del embarazo en niñas y adolescentes se encuentran: el abandono permanente o discontinuidad en los estudios; la falta de acceso al trabajo formal; deficiente inserción social, pobreza, poco empoderamiento y participación de adolescentes, así como el no cumplimiento de sus proyectos de vida. Adicionalmente, existe un riesgo de morir durante el embarazo, parto o postparto de hasta 4 veces más en

las embarazadas menores de 15 años, o las relacionadas al aborto en condiciones inseguras. (11) Se han relacionado con embarazo en adolescentes problemas de salud mental como la depresión, lesiones autoinfligidas como el suicidio relacionado al embarazo.

4. MARCO LEGAL Y MARCO PROGRAMÁTICO

La Política Nacional Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes 2018 tiene un enfoque integral de derechos humanos, garantizados por la Constitución ecuatoriana, los instrumentos internacionales de derechos humanos y las leyes nacionales específicas relacionadas con esta temática.

4.1 Marco Legal Internacional

El Estado ecuatoriano, acogiendo el mandato constitucional que garantiza la protección de los derechos humanos, especialmente el derecho a la integridad personal, salud, derechos sexuales y derechos reproductivos, ha suscrito varios instrumentos internacionales enfocados en el tratamiento de los temas de desarrollo, la igualdad de género, los derechos de niños/as y adolescentes, de los pueblos y nacionalidades, entre otros.

Al respecto y en relación con el embarazo en niñas y adolescentes, son de relevancia los siguientes:

- Los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 : (4)
 - *Objetivo 3: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”.*
 - *Objetivo 4: “Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos”.*
 - *Objetivo 5: “Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas”*
- Convención sobre Derechos del Niño. (12)
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). (13)
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém Do Pará”. (14)
- Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes. (15)
- Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su Protocolo Facultativo (2006). (16)
- Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo-CIPD. (17)
- Plataforma de Acción de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, 1995. (22)
- Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (2013) (18)
- Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, del Niño y del Adolescente (2016-2030). (19)

4.2 Marco Legal Nacional

- Constitución de la República del Ecuador 2008. (1)
- Ley Orgánica de Salud 2006 y su Reglamento 2012. (20)
- Ley Orgánica de Educación Intercultural, 2011. (21)
- El Código Orgánico Integral Penal ecuatoriano, COIP. (22)
- El Código Orgánico de la Niñez y la Adolescencia. (23)
- Ley Orgánica Integral para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres y su Reglamento. (24)

4.3 Marco Programático

En Ecuador y en la Región existen planes, programas y agendas, cuyos objetivos y líneas de acción están dirigidos a la prevención de embarazo en adolescentes, a la violencia basada en género en el marco del ejercicio de los derechos y que ha sido referentes para la construcción de la presente política.

Entre estos instrumentos se destacan:

- Plan Nacional de Desarrollo “Toda una Vida”, 2017-2021. (2)
- Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 – 2021. (10)
- Plan Nacional de Erradicación de los Delitos Sexuales ACUERDO N° 062. 22. 2008. (25)
- El Plan Nacional de Convivencia Armónica y Cultura de Paz “Más unidos, más protegidos”. (26)
- Plan Multisectorial de VIH/Sida, 2017 – 2021. (27)
- Agenda Nacional para la Igualdad Intergeneracional. (28)
- Política Andina sobre Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes con énfasis en la Prevención del Embarazo. (29)

5 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE NIÑAS y ADOLESCENTES EN ECUADOR

5.1 Características socio demográficas:

De acuerdo con el Censo 2010, el 20,5% de la población nacional es adolescente; de los cuales el 10,6% entre 10 a 14 años y, el 9,8% entre 15 a 19 años. El 49% de adolescentes son mujeres y 51% son hombres; 60,6% reside en áreas urbanas el 39,4% en áreas rurales. (30)

Cuatro de cada diez adolescentes de áreas urbanas y ocho de cada diez de áreas rurales son pobres, medida por necesidades básicas insatisfechas (NBIs); y cerca de la mitad viven en condiciones de extrema pobreza. (30)

Según datos de registros administrativos del Ministerio de Educación en el periodo comprendido entre 2015 - 2016 en el Ecuador la población estudiantil fue de 4'612.629, estudiantes de los cuales el 9.28% asistían a educación inicial, el 72.35% a educación general básica y 18.37% a bachillerato. (31)

En 2012, alrededor del 84% de las y los ecuatorianos/as entre 15 y 17 años de edad estuvieron en el sistema educativo, sin embargo, tres de cada 10 no asistían a los niveles de grado correspondientes a sus edades, de estos la mitad pertenecía a comunidades indígenas. (31) Así mismo, el 68,6% de jóvenes urbanos/as culminó la educación secundaria frente al 36,1% del área rural, es evidente que las mayores brechas educativas se observan en adolescentes indígenas y montubios/as. (30)

Entre las causas del abandono escolar se identifica al embarazo en niñas y adolescentes, según el Estudio de Costos de Omisión en SSR en el 2015 6.487 adolescentes abandonaron sus estudios por un embarazo. Más de la mitad (56%) cursaba en ese momento la educación básica, lo que da un total de 36.871 años de escolaridad perdidos, con una media de 5.8 años por mujer, esto equivale a 728.5 millones de dólares de ingresos perdidos que habrían percibido de no haber abandonado los estudios antes del nivel superior. (32)

En Ecuador, los servicios de Protección Especial, buscan restituir los derechos humanos vulnerados o amenazados de niños, niñas y adolescentes y de aquellos/as privados/as de su medio familiar. A través de estos servicios, se atiende a 12.077 niñas, niños y adolescentes, de los cuales el 48% son mujeres. Del total de niñas y adolescentes atendidas, alrededor del 93% están ente 14 años o menos. Entre las niñas que son usuarias de los servicios de protección especial se ha identificado la presencia de niñas madres. (33)

5.2 Principales problemas que afectan a las y los adolescentes:

El desarrollo positivo del adolescente constituye un enfoque desde la perspectiva de promoción a una adolescencia saludable y una adecuada transición a la adultez, que va más allá de evitar algunos comportamientos como la violencia, el consumo de drogas o las prácticas sexuales de riesgo, y precisan de la consecución por parte del o la adolescente a una serie de logros evolutivos. Así, se opta por una perspectiva centrada en el bienestar, pone un énfasis especial en la existencia de condiciones saludables y expande el concepto de salud para incluir las habilidades, conductas y competencias necesarias para tener éxito en la vida social, académica y profesional. (34)

En este sentido, a continuación se describen algunos indicadores nacionales que dan cuenta de los principales problemas de salud en adolescentes, en línea con las directrices de la Guía para la “Aceleración Mundial de las Medidas para Promover la Salud de los Adolescentes (Guía AA-HA) 2017”:

- **Desarrollo positivo:** El 34% de adolescentes entre 10 a 18 años en Ecuador es inactivo; en la población afroecuatoriana este porcentaje se incrementa a 38,5%; En el ámbito educativo las y los adolescentes sufren: abandono escolar, exclusión educativa por diferentes motivos (embarazo, violencia, desmotivación, barreras de acceso), repetición escolar.
- **Lesiones no intencionales:** se encuentran dentro de las causas de mortalidad/morbilidad, siendo las principales: accidentes de tránsito, ahogamiento, intoxicaciones, accidentes y traumas.
- **Violencia:** en el ámbito escolar el 58,8% de estudiantes declara haber sufrido algún tipo de violencia entre pares. Del total de adolescentes el 22,8% reporta haber sufrido bullying; y el 19% menciona haber sufrido violencia física en el sistema educativo. (35); Así mismo, 8 de cada 10 embarazos en adolescentes menores de 14 años son producto de violencia sexual. (10) En la mayoría de casos el agresor es alguien de su propia familia
- **Enfermedades no transmisibles y desnutrición:** los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT- 2012) indican que el 19% de la población adolescente (12-19 años) presenta talla baja para la edad con una mayor prevalencia en mujeres que en hombres (21.1% vs 17.3%). Con respecto a la malnutrición por superávit el 26% de la población del mismo grupo etario tiene sobrepeso y obesidad. (36)
- **Salud mental, consumo de sustancias y conductas autolesivas:** Ecuador se encuentra entre los países con mayores tasas de suicidio en adolescentes en la Región, las mismas que tienden a incrementarse. (37) En 2016, las muertes por suicidio en adolescentes de 10 a 14 años fue del 6,3%, mientras que en el rango de edad de 15 a 19 años fue de 17%. (30)

Según la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas entre los Estudiantes (2008) la edad media para consumir alcohol por primera vez fue de 12,8 años. La prevalencia de uso de alcohol y tabaco en el grupo etario de 10 a 29 años fue de 25,2% y 28,4%, respectivamente. El consumo de sustancias psicotrópicas en adolescentes que cursan el noveno año de educación básica y entre el primero al tercer año de bachillerato asciende al 16,3%. La marihuana tiene un uso del 9,6%, seguido de la heroína con 2,5%, cocaína con 2,3%, pasta base con un uso de 1,9%. (38). Del total de atenciones ambulatorias por uso y consumo de drogas el 38,5% correspondió a edades entre 18 a 25 años. (39)

- **Adolescentes con discapacidad** Las mujeres con discapacidad sufren una combinación de desventajas que se vinculan al género y la discapacidad. En Ecuador las mujeres con discapacidad registran mayores niveles de violencia de todo tipo en relación con aquellas mujeres sin discapacidad. (40) Las condiciones de vulnerabilidad se agravan conforme las variables de situación socio económica, etnia, edad factores que ahondan las brechas de inequidad y exclusión.

Según datos del CENSO 2010, la mayor parte de mujeres con discapacidad, reportaron haber tenido un hijo/a entre los 15 y 19 años y el 3% entre los 10 y 14 años. (30)

En los servicios orientados a personas con discapacidad se atiende a 1.241 niñas, niños y adolescentes con discapacidad, de los cuales 45% son mujeres y de ellas el 53% son niñas de 14 años o menos. (33)

El Gobierno Nacional, adicionalmente, entrega el Bono Joaquín Gallegos Lara, una transferencia monetaria, a 8.380 para las personas cuidadoras de niñas, niños y adolescentes con discapacidad severa, de los cuales 3.668 son niñas y adolescentes mujeres. (41)

- **Entornos humanitarios y frágiles:** En entornos humanitarios se agrava la vulnerabilidad de las niñas y adolescentes, sobre todo con relación al incremento del embarazo en adolescente, violencia basada en género, especialmente la violencia sexual y trata. Las y los adolescentes con discapacidad incrementan al triple este riesgo.

5.3 Adolescentes: salud sexual y salud reproductiva

Según la ENSANUT 2012 (36):

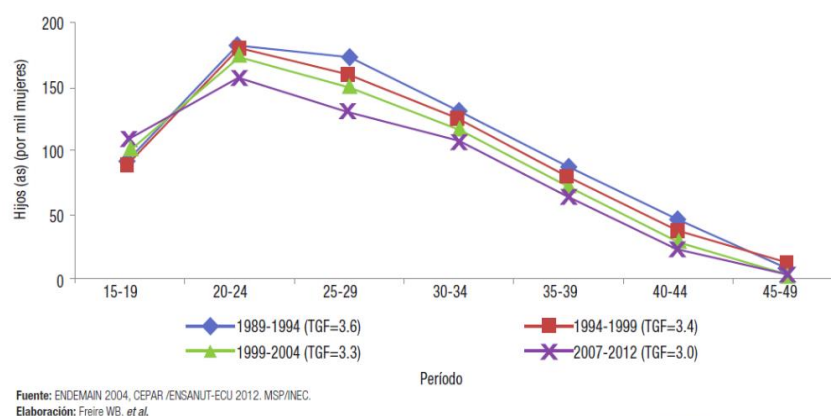
- El 39.2% de adolescentes entre 15 y 19 años ha iniciado una vida sexual activa.
- El 7,5% tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años, mientras que el 30,1% la tuvo antes de los 18 años.
- En mujeres de 15 a 24 años la información sobre sexualidad y salud sexual y salud reproductiva es mayor cuando éstas tienen mayor nivel de instrucción, sobrepasa el 80% en mujeres con instrucción secundaria completa o instrucción superior. La información sobre anticoncepción de emergencia es menor a los otros temas en todos los niveles de instrucción.
- La escuela y el colegio son la fuente principal de información en temas de sexualidad.
- El 89,9 % de niñas de 10 a 14 años que han tenido relaciones sexuales, las tuvo con personas mayores a ellas.
- Las adolescentes entre 15 a 24 años, en un 67,7%, no utilizaron método anticonceptivo en su primera relación sexual. Las principales razones para ello son no conocer los métodos anticonceptivos y no poder conseguirlos.
- El 7,5% de embarazos en menores de 15 años termina en abortos.
- El 44,3% de mujeres que se embarazaron (15 a 24 años) interrumpió sus estudios y no volvió a estudiar.

5.4 Fecundidad de niñas y adolescentes

5.4.1 Tasa Específica de Fecundidad TEF (36)

De acuerdo a la ENSANUT 2012, como se observa en el gráfico 1, la tendencia de la fecundidad en todos los grupos etarios tiende a la baja, excepto en el grupo de 15 a 19 años donde la fecundidad es mayor a la observada en las encuestas anteriores.

Gráfico 1: Tasas específicas de fecundidad por edad



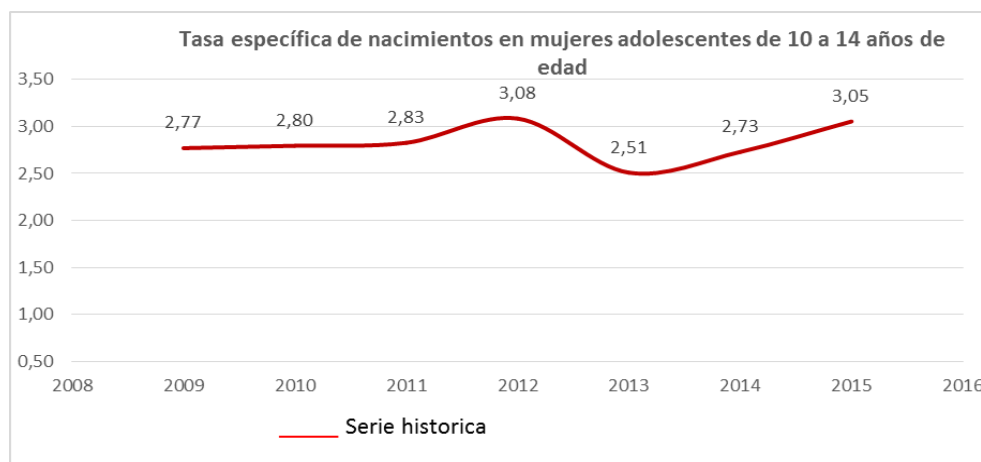
5.4.2 Embarazo en adolescentes

En América del Sur: Venezuela, Ecuador y Bolivia tienen las tasas más altas de fecundidad en adolescentes de entre 10 a 19 años: 80.9%, 77.3% y 72.6% respectivamente. (3)

Según la ENSANUT 2012 (10): de las adolescentes de 15 y 19 años, el 18.3% reporta haber tenido un/a hijo/a, cifra que ha aumentado en cinco puntos porcentuales (13.3%) desde la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil, (ENDEMAIN, 2004).

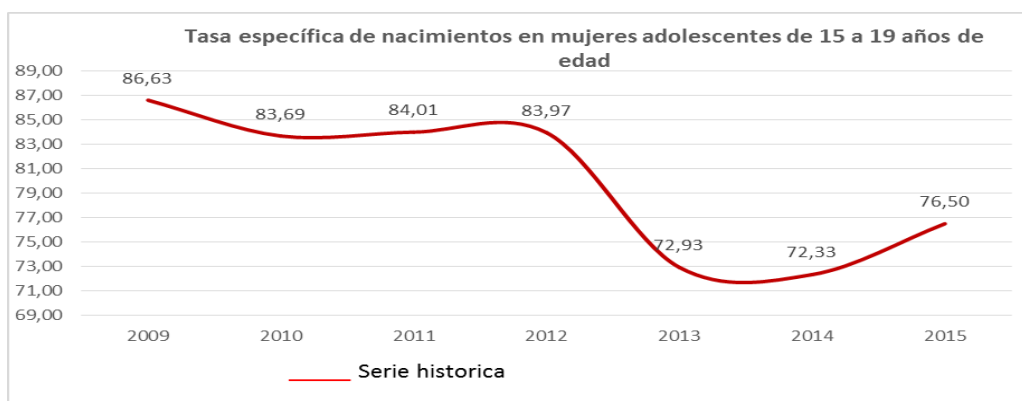
Tasas Específicas de Nacimientos en niñas y Adolescentes(42) :

Gráfico N° 2. Tasa de nacimientos de adolescentes menores de 14 años



De acuerdo Gráfico 2, en el 2015, se registraron 2436 nacimientos, que corresponde a una tasa de natalidad específica de 3,05 nacimientos por cada 1000 adolescentes de 10 a 14 años. Es decir cada día aproximadamente 7 niñas menores de 14 años fueron madres.

Gráfico N° 3 Tasa de nacimientos de adolescentes de 15 a 19 años



Elaborado por: Ministerio de Salud Pública.

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos 2016

De acuerdo al análisis del Gráfico 3: En el 2015, se registraron 57.743 nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años, que corresponde a una tasa específica de nacimientos de 76,50. Es decir cada día 158 adolescentes entre 15 y 19 años fueron madres.

5.4.3 Embarazo no Intencionado en Niñas y Adolescentes

Según el estudio de Costos de Omisión en SSR, en 2015, 25.400 embarazos ocurridos en adolescentes de 15 a 19 años fueron no intencionados, entendiendo como no intencionados los embarazos no planificados más los no deseados. En este mismo año se registraron 24.794 partos en adolescentes, esto es el 26% del total de partos del año; de esas, casi 7% correspondió a niñas de 10 a 14 años. Se estima que el Estado ecuatoriano perdió 331.7 millones de dólares debido a los embarazos no intencionados en adolescentes. (32)

El costo de omisión en salud sexual y salud reproductiva (correspondiente a la atención de embarazos no deseados y sus complicaciones, incluyendo el costo médico directo y el costo social), es 17 veces más alto que el costo de prevención efectiva (i.e. atención del aborto legal, evitar embarazos no intencionados y morbilidad prevenible). (32)

5.4.4 Embarazo subsecuente

Del total de adolescentes de entre 12 a 14 años que han tenido hijas o hijos, el 89% tiene un hijo o una hija y el 11%, dos hijas o hijos. (30)

Del total de adolescentes de entre 15 a 19 años, que ha tenido hijas o hijos, el 81,2% tiene un hijo o hija; el 16,2% tiene dos hijos o hijas; el 2% tiene tres hijas o hijos, el 0,6% tiene cuatro hijas o hijos y, el 1% tiene cinco hijas o hijos.

5.4.5 Embarazo en menores de 14 años y sus vínculos con la violencia sexual

Como lo indica el Informe del Estado Mundial de Población (2013), “los esfuerzos y los recursos para prevenir el embarazo en adolescentes, suelen centrarse en el grupo de 15 a 19 años. Sin embargo, las niñas más vulnerables que enfrentan mayor riesgo de complicaciones y muerte debido al embarazo y el parto, son de 14 años o menos.” (7)

Históricamente, el embarazo en menores de los 14 años ha sido invisibilizado por estigma, ocultamiento y falta de datos. Sin embargo, en los últimos años han tenido mayor visibilidad tanto mediática como estadísticamente, y se han convertido en una preocupación social y de política pública. (43)

Asimismo, cabe resaltar que los datos revelan que una de cada dos niñas que fueron madres a los 14 años, estaba casada o en unión. Incluso entre quienes fueron madres a los 11 años, 42% estaban en esta situación, lo que representa una alerta sobre la magnitud del problema alrededor del matrimonio y uniones tempranas en la Región. (44)

La maternidad infantil conlleva importantes consecuencias para la salud de las niñas, o su autonomía y, especialmente, para el ejercicio de sus derechos y sus posibilidades a futuro. Sobre este indicador, se dispone de escasos datos comparados entre países. De acuerdo con los datos disponibles, en el año 2010, 59,347 niñas de entre 10 y 14 años habían sido madres en países de América Latina, lo que equivale al 0,34% de la población de esa edad. (44)

En este contexto, es necesario contar con mayor investigación para visibilizar de manera exhaustiva esta problemática que constituye una severa violación de los derechos de las niñas.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (2013), 1 de cada 3 niñas experimentará violencia a lo largo de su vida, en muchos casos durante la adolescencia. A menudo, los autores de la violencia contra las niñas son las personas en quienes más confían. Con independencia del contexto social o geográfico, hasta el 60% de las agresiones sexuales registradas en una familia se cometen contra adolescentes de 15 años o menores a ella. (45)

Los embarazos en adolescentes menores de 14 años, tienen una relación directa con la violencia sexual, adicionalmente el sistema de salud y la Fiscalía General del Estado registran que entre el 30% y 50% de los casos reportados sobre violencia física, sexual o psicológica corresponden a niñas, niños, adolescentes. (46)

Según la ENSANUT 2012 en Ecuador: el 89.9% de adolescentes menores de 15 años tuvieron su primera relación sexual con personas mayores que ellas. De estas, el 9.1% fue con una persona mayor de 24 años. De las mujeres que tuvieron un embarazo antes de los 15 años el 7.8% fue con una persona de 30 años o más. El 7.5% de embarazos en menores de 15 años termina en aborto. (36)

Según datos de la Fiscalía General del Estado de 2015, de cada diez víctimas de violencia, seis corresponden a niños, niñas y adolescentes, siendo en un 80% de los casos las víctimas mujeres, lo cual nos permite concluir que las niñas y adolescentes menores de 14 años son consideradas como las principales víctimas de violencia sexual en el país. (46)

Según los datos sobre el contexto de la violencia sexual, especialmente en niñas de 14 años y menos, se identifica que ésta ocurre en el “ámbito familiar”, educativo y en el entorno cercano a la víctima; en la mayoría de los casos, estas violaciones no son denunciadas, solo el 10,8% de las mujeres adultas, adolescentes y niñas abusadas logran efectuar la denuncia y el 40% de niñas no informan de lo sucedido a nadie, esto debido a que al 28 % de las que avisaron no les creyeron y al 16,3% les pidieron que no digan nada de lo sucedido. El resultado es que solo una tercera parte del total de niñas y adolescentes abusadas fueron atendidas o recibieron alguna respuesta. (46)

Según el Registro de denuncias de delitos sexuales cometidos o detectados en el sistema educativo nacional (2014 a mayo 2018): se han reportado un total de 3.975 víctimas de violencia sexual en el sistema educativo, de las cuales el 87% son mujeres (3.459), y el 13% corresponde a hombres (515). Del total de víctimas de violencia sexual en el sistema educativo, el 23% de víctimas son menores de 10 años (915), el 44,3% son víctimas que se encuentran entre los rangos de edad de 10 a 14 años (1.759), y un 31.1% son víctimas de 15 a 19 años (1.237). (47)

“Cuando una niña no desarrolla su potencial, todos salimos perdiendo. Por el contrario, cuando puede ejercer sus derechos, mantenerse sana, completar su educación y tomar decisiones sobre su vida, gana ella y se benefician todas las personas que la rodean, ya que estará más sana y sus hijos también, si más adelante decide formar una familia. Además, llevará una vida más productiva y tendrá mejores condiciones económicas, lo que, a su vez, contribuirá a convertir el mundo en un lugar mejor. En muchos sentidos, la trayectoria vital de una niña de 10 años será el verdadero criterio para medir el éxito o el fracaso de la Agenda 2030”. (7)

5.5 Demanda, conocimiento, acceso y uso de métodos anticonceptivos y planificación familiar en adolescentes

Entre los derechos de los y las adolescentes, se identifica el derecho a vivir su sexualidad en condiciones seguras y satisfactorias, a decidir; de manera autónoma e informada, si quieren o no tener hijos o hijas, cuántos, cuántas, en qué momento y con quién; así como a ser protegidos/as de toda forma de violencia y abuso sexual. Para ello, es indispensable que el Estado garantice información actualizada, científica y veraz sobre educación integral de la sexualidad, así como acceso a métodos anticonceptivos modernos, que incluya métodos de larga duración y anticoncepción oral de emergencia. Asimismo, promover el uso de condones femeninos o masculinos, factor que contribuye a la prevención de embarazos no intencionados e infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH/sida. (10)

De acuerdo con los datos de ENSANUT (2012) (36):

- El conocimiento sobre los métodos anticonceptivos en adolescentes mujeres de 12 a 14 años es de 79.5%, en comparación con el 98% de mujeres entre 15 y 49 años.
- Las adolescentes y jóvenes entre 15 a 24 años, en un 67,7%, no utilizaron método anticonceptivo en su primera relación sexual. Las principales razones para ello son: no pensaba que iba a tener relaciones sexuales (58,2%), no conocía los métodos anticonceptivos (18,5%) y no poder conseguirlos (4%).
- De las mujeres casadas o unidas de 15 a 19 años, el 68.9% utilizan algún método anticonceptivo, de estas el 60.5% usan un método moderno, del total de población que utiliza este tipo de métodos el 48% lo hace a través de servicios del Ministerio de Salud, y el 37.7% de organizaciones privadas con fines de lucro (farmacias y clínicas privadas)

La evidencia a nivel mundial demuestra que satisfacer la demanda de métodos anticonceptivos, especialmente de larga duración resulta una intervención efectiva en la reducción de embarazos no intencionados y de abortos inseguros, por lo tanto, en la reducción de muertes maternas.

5.6 Barreras para el uso de los servicios de salud sexual y salud reproductiva y el acceso a la información

Las y los adolescentes enfrentan barreras que pueden limitar el acceso a los servicios de salud. El Diagnóstico Andino de Embarazo Adolescente (2017) divide las barreras en tres grupos principales: socioculturales, institucionales y políticas (nacionales o territoriales) (3).

La adolescencia es considerada muchas veces como un período de riesgos y problemas, sobre todo en materia de sexualidad, donde las y los adolescentes responden y cumplen con estrictas normas y patrones de género y actitudes negativas frente a la sexualidad.

Son muchas las barreras para el acceso a servicios de salud, y en particular a los servicios de salud sexual y salud reproductiva (SSSR). Estas barreras operan tanto en la demanda, como en la oferta (3)(48). Por el lado

de la oferta existen aspectos como el costo, la distancia y el horario de apertura inadecuado, actitudes críticas y renuentes del personal de salud, así como falta de privacidad, confidencialidad, disponibilidad en asesoría y provisión de métodos de planificación modernos. (48) Desde la demanda adolescentes con poco conocimiento sobre sus derechos, su sexualidad que afectan su autonomía en la toma de decisiones

5.7 Muerte Materna

Para el año 2016, se registraron 154 muertes maternas, donde 1 muerte corresponde al grupo etario de 10 – 14 años, mientras que 16 muertes corresponden al grupo de 15 a 19 años. (Gaceta epidemiológica 52 MSP). Es decir, del total de muertes maternas 11% son de adolescentes. (49)

5.8 Aborto

En la base de datos de egresos hospitalarios del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos – 2016, se registraron 1102 abortos en adolescentes de 10 a 14 años, mientras que en adolescentes de 15 a 19 años se registraron 20.632. (50)

Según el Estudio de Costos de Omisión en Salud Sexual y Reproductiva en el Ecuador durante 2015 el Estado ecuatoriano gastó 4, 68 millones de dólares en la atención de las complicaciones derivadas de los abortos inseguros. (32)

5.9 VIH/Sida

De acuerdo a datos de la base de incidencia de VIH/sida, en 2016 se reportaron 23 casos nuevos de adolescentes de 10 a 14 años con VIH y 3 con sida, y 265 casos de VIH y 70 casos con sida en adolescentes de 15 a 19 años. (51)

6. Determinantes sociales vinculados al embarazo en adolescentes

En esta sección se enuncian algunas de las hipótesis relevantes sobre el embarazo adolescente, sus determinantes y consecuencias que han sido identificadas en la Región. El listado no es exhaustivo, de modo que su revisión y ampliación se constituyen en un reto para lograr una mejor coordinación de los esfuerzos intersectoriales en la prevención del embarazo en niñas y adolescentes. (52)

La mayoría de las investigaciones realizadas en los países en desarrollo, se diseñan desde un paradigma individual muy específico, obviando los otros factores sociales que intervienen. (53) Es importante desarrollar estudios, alineados al modelo ecológico (escolar, cultural-comunitario y nacional), para diseñar e implementar políticas públicas basadas en evidencia.

A continuación se citan los determinantes sociales más importantes vinculados al embarazo adolescente:

- El nivel educativo de las niñas y de sus entornos familiares constituyen fuertes factores protectores. (52)
- Un gran porcentaje de las adolescentes que se embarazan ya habían dejado sus estudios, por lo que las políticas de prevención deben implementarse tanto dentro como fuera del ámbito escolar. (52)
- El inicio sexual temprano es uno de los factores predictores del embarazo en adolescentes y está altamente relacionado con el nivel de ingresos del grupo familiar y con el acceso efectivo a servicios de salud sexual y salud reproductiva, especialmente a planificación familiar y anticoncepción. (52)
- El uso de métodos anticonceptivos modernos desde la primera relación sexual funciona como variable proxy indicativa de la intencionalidad de la adolescente y su pareja por prevenir un embarazo no intencionado. (52)

- Ni el embarazo en adolescente, ni la violencia sexual en contra de niñas, niños y adolescentes constituyen fenómenos exclusivos de los sectores socioeconómicos más vulnerables. (52)
- La investigación “Embarazo en la adolescencia en la Amazonia del Ecuador” evidencia que el embarazo en adolescentes es un reflejo de: 1. inequidad, 2. débil implementación de políticas intersectoriales de derechos sexuales y derechos reproductivos, 3. limitado acceso a servicios de salud que incluyen anticoncepción; 4. relaciones de género/poder que limitan la agencia de las adolescentes, de manera naturalizada a través de: simbolismos, pedagogía de la desinformación y del miedo; y de manera violenta: abuso sexual, explotación sexual y matrimonios forzados). (54)
- Según el estudio “Embarazo Adolescente y Pobreza en Ecuador”, el grupo de mayor riesgo de embarazo adolescente está compuesto por: adolescentes de zonas urbanas y rurales, de nivel socioeconómico bajo, sin instrucción o primaria incompleta, bajos conocimientos sobre sexualidad y que no utilizan un método anticonceptivo. (55)
- La probabilidad de alcanzar la educación secundaria de una adolescente embarazada de un nivel socioeconómico bajo es solo del 16% y de alcanzar la educación superior es del 0.5% mayor, incrementándose en 10% la probabilidad de seguir en el percentil económico más bajo. (55)

7. MARCO CONCEPTUAL Y ENFOQUES

La Política Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes (2018 – 2025), es una respuesta integral del Estado Ecuatoriano, para abordar las determinantes del embarazo en este grupo de edad.

Se considera que los embarazos en niñas y adolescentes responden a un conjunto de determinantes sociales y económicos, como la pobreza, la aceptación del matrimonio o uniones tempranas dentro de las comunidades y la familia; los esfuerzos inadecuados para mantener a las niñas y adolescentes en la escuela, la falta de educación integral de la sexualidad, el poco acceso a servicios de SSSR, incluidos métodos anticonceptivos de larga duración, la violencia basada en género y la violencia sexual principalmente.

Tiene particular importancia considerar los determinantes del embarazo de las adolescentes de 10 a 14 y de 15 a 19 años. En las adolescentes de 10 a 14 años deben considerarse más frecuentemente las situaciones de violencia sexual, incluido el incesto (56) y de embarazos y maternidades infantiles forzadas. (57)

El embarazo y la maternidad forzada en niñas menores de 14 años se definen como toda situación en la que una niña queda embarazada sin haberlo buscado o deseado y se niega, dificulta, demora u obstaculiza la interrupción del embarazo. El Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional ratificado por Ecuador, considera al embarazo forzado como crimen de lesa humanidad o como crimen de guerra, según el contexto y las características del caso. (5)

El embarazo en niñas vulnera el derecho a gozar de un estado de bienestar completo, debido a que sus maternidades han sido consecuencia de violencia con severas repercusiones en su salud y desarrollo integral y a sus derechos a ser protegidas de toda forma de violencia y abuso sexual. (46)

En las adolescentes de 15 a 19 años los determinantes se relacionan con condiciones de pobreza, estar fuera del sistema escolar, tener relaciones sexuales sin uso sistemático y/o adecuado de métodos anticonceptivos modernos, y estar en pareja y/o conviviendo. (58) El embarazo en estas adolescentes disminuye las posibilidades que tienen de ejercer su derecho a la educación, la salud y a su autonomía. Cuando una adolescente no puede gozar de sus derechos básicos, se vuelve más propensa a quedar nuevamente embarazada.

7.1 Abordaje ecológico para el embarazo en niñas y adolescentes (7)(52)

El marco ecológico considera los factores que influyen en el embarazo en niñas y adolescentes y la interacción entre estos permite comprender, de manera integral las causas y consecuencias del embarazo en niñas y adolescentes, los desafíos que estos plantean y de esta manera desarrollar estrategias intersectoriales efectivas, basadas en la evidencia, no solo para reducir el número de embarazos, sino también para mejorar las condiciones de vida de este grupo poblacional.

En el marco del enfoque ecológico es posible incidir sobre el embarazo en niñas y adolescente actuando sobre los riesgos que incrementan la probabilidad de embarazo y sobre factores protectores que lo reducen.

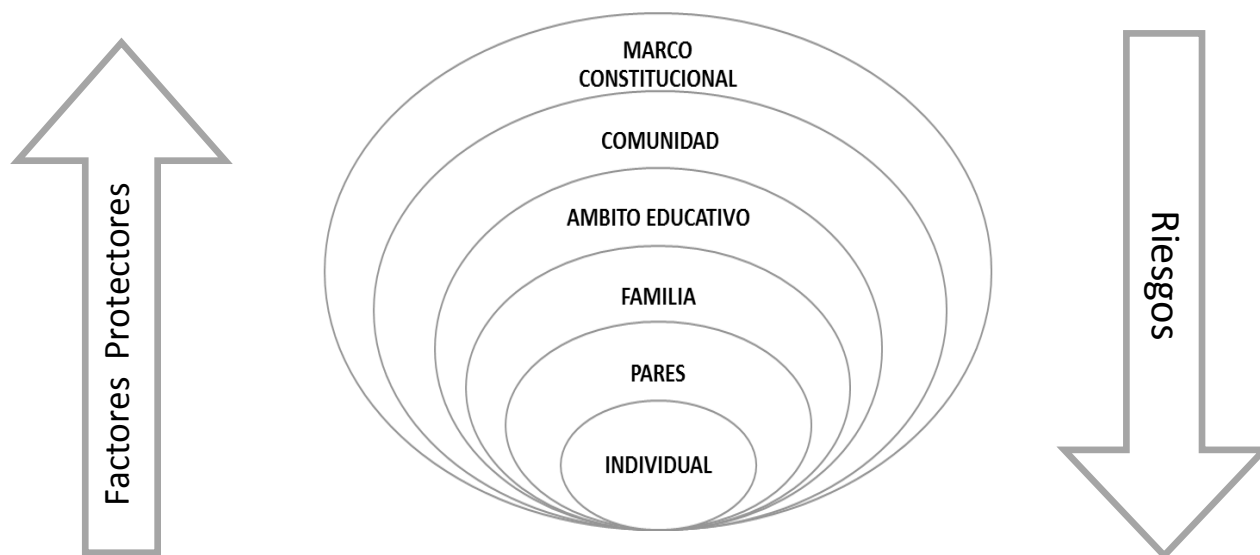
Estos se ubican en los diferentes niveles relacionados con la vida de las y los adolescentes: 1) Macro/institucional; 2) comunitario; 3) pares; 4) ámbito escolar o laboral; 5) familiar; y 6) individual. (6)

- 1) **Nivel Macro/ Institucional**, donde se toma en cuenta los factores determinantes a nivel nacional tales como económicos, sociales, las leyes, políticas, el nivel de compromiso de los gobiernos, la estabilidad política, etc. que facilitan la prevención del embarazo de niñas y adolescentes o que incrementan los riesgos, por ejemplo, si el sistema de salud facilita o dificulta el acceso a métodos anticonceptivos modernos.
- 2) **Nivel comunitario**, donde se ubican las estructuras, sistemas, costumbres y actitudes, por ejemplo, cada comunidad tiene sus propias costumbres creencias y actitudes que determinan cuanta autonomía tienen las niñas y adolescentes, con qué facilidad puede ejercer sus derechos, si las actitudes de la comunidad propician la protección contra la violencia sexual o intrafamiliar o la facilitan.
- 3) **Nivel escolar**, donde se identifican las oportunidades o limitaciones de las niñas y adolescentes para acceder a la educación básica y/o al bachillerato, a información sobre sexualidad, oportuna y de calidad, brindada en los establecimientos educativos.
- 4) **Nivel familiar**, incluyen la estabilidad y la cohesión de la familia, el grado de violencia o conflicto en el hogar, el nivel de pobreza o riqueza en el hogar, la presencia de modelos asignados a cada género, la historia reproductiva de los madres y padres, el nivel de educación de las y los adultos/as, el nivel de comunicación al interior del hogar, la intensidad de los valores culturales y religiosos, entre otros.
- 5) **Nivel entre los pares**, en este nivel se determina la influencia que puede tener el grupo de pares en cuanto a la vivencia de la sexualidad, prevenir el embarazo, permanecer o abandonar la escuela. La presión del grupo puede desalentar el inicio de las relaciones sexuales y el matrimonio a edad temprana o bien puede forzar la probabilidad de una actividad sexual precoz y sin protección.
- 6) **Nivel individual**, se refiere a las trayectorias propias de comportamiento y de salud, de cada adolescente, en el que también se puede profundizar los patrones problemáticos y perjudiciales así como pueden mejorar los patrones positivos. Con la adolescencia se presentan nuevos desafíos y cambios rápidos que incluye la maduración sexual y reproductiva, forjar una identidad personal y aceptación de su propia sexualidad, situaciones que podrían desencadenar vulnerabilidad frente a la presión de la sociedad, incluidos los grupos de pares.

Este abordaje permitirá identificar los elementos que incrementan la probabilidad del embarazo en niñas y adolescentes y los factores protectores que lo reducen: las condiciones, actores y sus interrelaciones. Así

como su ubicación en diferentes niveles dependiendo de la influencia determinante en la vida de las niñas y adolescentes.

Gráfico N°4. Abordaje ecológico para embarazo en niñas y adolescentes



Fuente: Maternidad en la niñez enfrentar el reto del embarazo en adolescentes UNFPA, 2013
Elaborado por: Ministerio de Salud Pública

7.2 Enfoques

Los enfoques que se detallan a continuación, serán transversales y direccionarán las distintas fases de ejecución de esta Política:

Enfoque de derechos:

Este se basa en el reconocimiento de las personas como titulares de derechos humanos, universales, inalienables, intransferibles, interdependientes e indivisibles que generan obligaciones por parte del Estado, que debe respetar, proteger, garantizar y crear condiciones para el ejercicio de los mismos. Este enfoque plantea un cambio en la forma de aproximarse a la ciudadanía, pues repiensa a esta figura como sujeto de derechos, participación y concepción de las políticas públicas, que se constituyen en las herramientas requeridas para la construcción de la dinámica e interrelación entre diferentes actores sociales, y que sirven para potenciar el ejercicio de derechos y la exigibilidad de los mismos. (10)

Enfoque de igualdad:

La igualdad supone “garantizar la realización plena de nuestros proyectos de vida, en condiciones de igualdad de oportunidades, de equidad y justicia social, celebrando nuestras diversidades en un Estado Plurinacional e Intercultural.”

Este enfoque requiere esquemas que permitan reducir las inequidades y desigualdades sociales. Tiene como objetivo reducir la exclusión erradicando cualquier tipo de discriminación. (59)

Enfoque de género:

El enfoque de género es reconocido en el marco constitucional de derechos y obligaciones del país y se entiende como el conjunto de mecanismos y herramientas que inciden en los planes y programas en las leyes, acciones públicas, en los bienes y servicios tendientes a eliminar las inequidades entre los géneros. (73)

El enfoque de género propone la modificación de las relaciones de poder económicas, políticas, sociales y culturales entre hombres y mujeres de manera que exista igualdad en el ejercicio de derechos, en el acceso a beneficios, recursos y oportunidades. (74)

El enfoque de género permite tener una mejor comprensión de la realidad y de las vivencias, necesidades diferenciadas de mujeres y hombres, ubicando como un problema central a la desigualdad en las relaciones de poder entre las personas, sus causas y efectos.

Toma en cuenta las brechas de desigualdad existentes entre hombres y mujeres, sus distintos tipos de relaciones entre sí y los roles asignados socialmente de acuerdo con su sexo. Este análisis permite comprender la influencia de las distinciones en el quehacer social y, por ende, el desarrollo o retraso de la sociedad misma. Incluir el enfoque de género en las políticas públicas implica el reconocimiento y respeto de las diferencias entre hombres y mujeres. (60)

Enfoque de sexualidad integral:

El enfoque de sexualidad integral plantea la necesidad de pensar la sexualidad, no desde una perspectiva meramente reproductiva, sino reconocerla como parte del desarrollo integral del ser humano durante las diferentes etapas de su vida, en la que es fundamental la autonomía para decidir sobre la vida sexual sin violencia y discriminación. (76)

Enfoque de inclusión social:

Este enfoque hace referencia al derecho de todas las personas a vivir una vida libre de discriminación. Así mismo, incorpora, a todas las personas históricamente excluidas, incluyendo personas con discapacidades en todos los procesos, de promoción, prevención, atención, rehabilitación, protección y restitución de derechos. Exige la capacidad de identificar y nombrar las situaciones de injusticia que fomentan la desigualdad en los grupos sociales, a fin de evitar toda forma de discriminación respetando las diversidades. Las estrategias que propone este enfoque se incluye como parte de las políticas públicas, programas y servicios que ofrece el Estado para garantizar los derechos. (61)

Enfoque de interculturalidad:

Plantea el reconocimiento de las relaciones que pueden establecerse entre culturas diversas. En este sentido, el enfoque intercultural aborda la inequidad de las poblaciones según sus identidades culturales, diferenciando los aspectos globales y locales que hacen que las mismas se reflejen en las condiciones y condicionantes de la salud y el abordaje de la sexualidad. Este enfoque busca promover mecanismos específicos que fortalezcan la atención integral en salud, tomando en cuenta las diferencias culturales para que sean respetuosas de sus prácticas e identidades.

Este enfoque permite entender la vivencia de la salud, de la salud sexual y de la salud reproductiva como un proceso que se construye desde las cosmovisiones, imaginarios y prácticas culturales de las diversas personas. (61)

La adecuada contextualización étnica y cultural en situaciones de embarazo en niñas y adolescentes apoyará en la definición de aquellos mecanismos de acompañamiento y prevención que se implementarán en el

contexto educativo para fortalecer la vivencia de los derechos personales de niñas y adolescentes. El diálogo intercultural se centra en el reconocimiento de la otra persona como sujeto de derechos, sin ninguna barrera ni jerarquía social. (6)

Enfoque intergeneracional:

Este enfoque reconoce las diferencias de poder existentes entre los diversos grupos etarios. La inclusión de este enfoque implica la necesidad de desarrollar un diálogo intergeneracional entre las diversas creencias en torno a la sexualidad, preservando el respeto, la dignidad y la vivencia de los derechos de los y las adolescentes.

El enfoque inter-generacional propone una reflexión y transformación del adulto-centrismo existente en la sociedad y que se reconozca la capacidad de adolescentes, jóvenes y personas adultas mayores para tomar decisiones adecuadas sobre su vida sexual. Pero también implica la comprensión de la sexualidad como una dimensión que forma parte del desarrollo humano integral, durante todos los ciclos de vida. (61)

8. ACTORES Y COMPETENCIAS

Para el desarrollo de ésta Política, se ha realizado un mapeo de actores considerando los objetivos comunes y las acciones complementarias para lograr la prevención y reducción del embarazo en niñas y adolescente. Entre ellos se han identificado los que se citan a continuación:

Ejecutores Directos

El Ministerio de Salud Pública ejerce la gobernanza del Sistema Nacional de Salud priorizando la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, con altos niveles de atención de calidad, con calidez, garantizando la salud integral de la población, tomando en cuenta los objetivos institucionales que propician la disminución del embarazo en niñas y adolescentes:

Objetivo 2: Incrementar el acceso de la población a servicios de salud.

Objetivo 3: Incrementar la vigilancia, la regulación, la promoción y prevención de la salud.

Objetivo 4: Incrementar la satisfacción de los y las ciudadanos con respecto a los servicios de salud.

El Ministerio de Inclusión Económica y Social que entre sus competencias tiene la definición y ejecución de políticas, estrategias, planes, programas, proyectos y servicios de calidad y con calidez, para la inclusión económica y social, con énfasis en los grupos de atención prioritaria y la población que se encuentra en situación de pobreza y vulnerabilidad.

El Ministerio de Educación brinda una educación centrada en el ser humano, con calidad, calidez, integral, holística, crítica, participativa, democrática, inclusiva e interactiva, con equidad de género desde un enfoque de derechos y deberes, con pertinencia intercultural.

Secretaría Técnica Plan Toda Una Vida: es el organismo estatal, que impulsa la generación de políticas públicas, a más de la coordinación y ejecución de los programas y misiones: Misión Ternura, Impulso Joven, Mis Mejores Años, Menos Pobreza Más Desarrollo, Casa Para Todos, Las Manueles, Las Joaquinas y Misión Mujer, proyectos que promueven el acceso a la satisfacción de las necesidades básicas de los grupos de la población en condiciones de extrema pobreza, pobreza y vulnerabilidad.

La Misión Mujer centra su accionar en tres políticas prioritarias:

Política 1: Prevención y respuesta integral de la Violencia Basada en Género

Política 2: Prevención del embarazo en adolescentes

Otros actores importantes en la implementación de esta Política

- Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos – MJDHC
- Ministerio del Interior – MDI
- Fiscalía General de Estado
- Consejo de la Judicatura
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo – SENPLADES
- Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades - CONADIS, o quien realice sus funciones
- Consejo Nacional para la Igualdad de Género, CGNI o quien realice sus funciones
- Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional, CNII o quien realice sus funciones
- Consejo Nacional para la Igualdad de Pueblos y Nacionalidades del Ecuador, o quien realice sus funciones
- Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia, CNNA o quien realice sus funciones
- Organizaciones de la Sociedad Civil
- Organismos de Cooperación Internacional: UNFPA, OPS, UNICEF
- Academia
- Federaciones Científicas
- Policía Nacional
- Entre Otros

9. MODELO DE GESTIÓN DE LA POLÍTICA INTERSECTORIAL DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN NIÑAS Y ADOLESCENTES 2018 - 2025

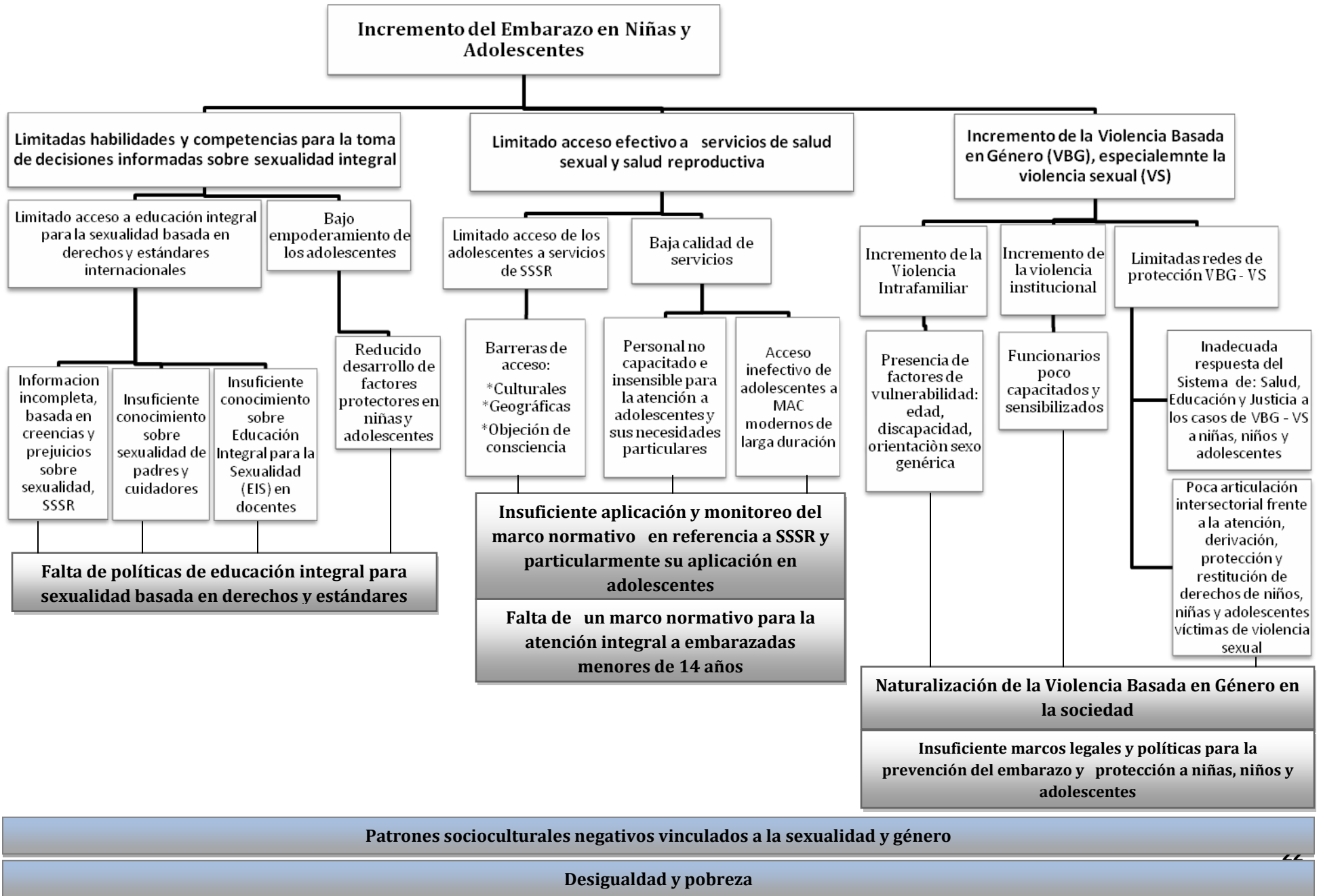
La presente Política está encaminada a contribuir a la aplicación del Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 en lo que respecta a la reducción de la tasa específica de nacimientos adolescentes, así como a las metas establecidas en la Agenda 2030.

- ***Disminuir del 76,5% al 63,5% la tasa específica de nacidos vivos en mujeres adolescentes entre 15 a 19 años de edad al 2021:***
 - **Meta: disminuir 13 puntos porcentuales, al 2021.**
- ***Reducir del 2,65% al 2,55% la tasa de nacimientos en adolescentes de 10 a 14 años de edad por cada 1 000 mujeres al 2021:***
 - **Meta: disminuir 0,1 puntos porcentuales, al 2021.**

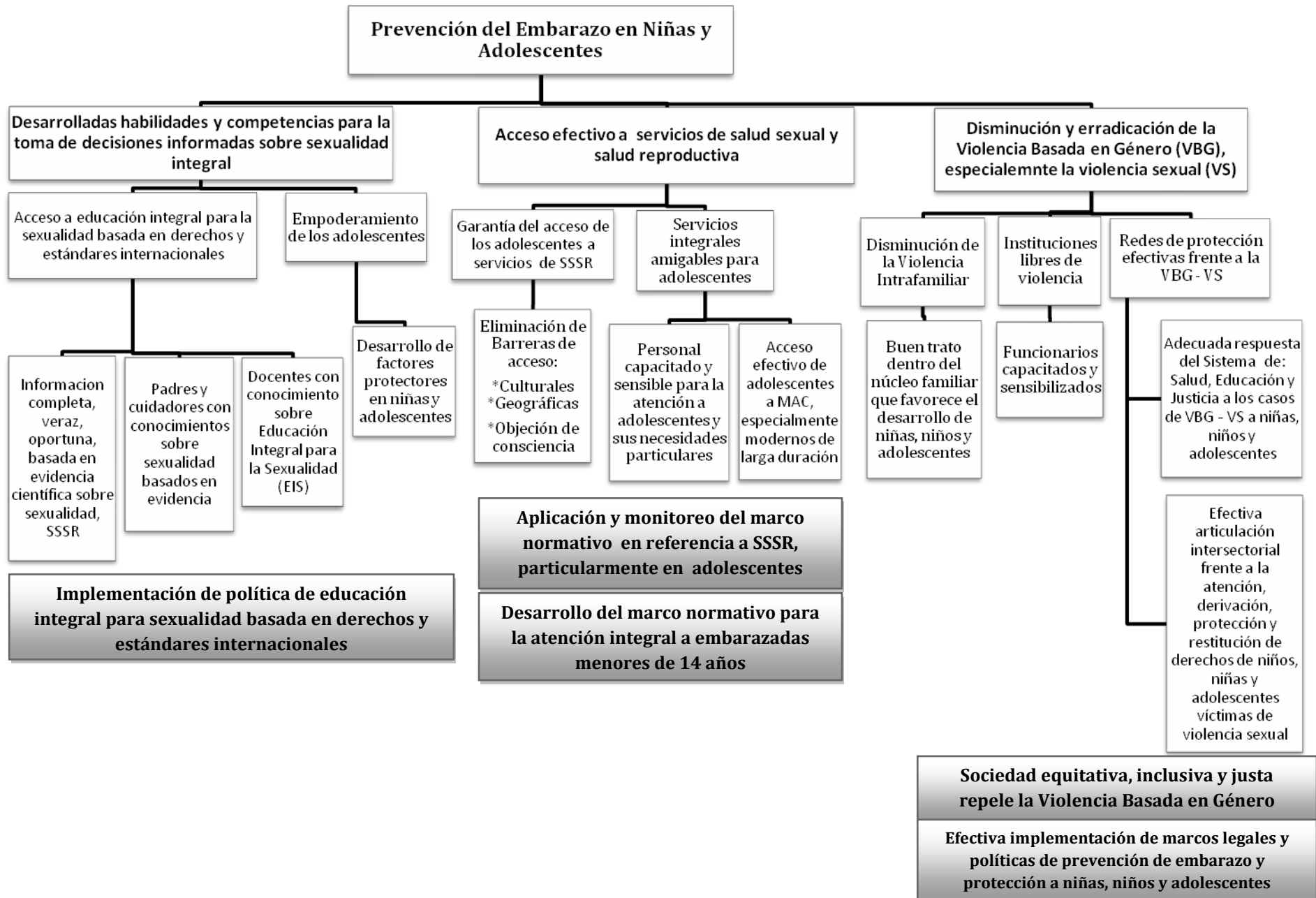
Adicionalmente, se busca contribuir a:

- ***Reducir la razón de mortalidad materna***
- ***Reducir la tasa de mortalidad infantil***
- ***Disminuir el embarazo no planificado, incluido el embarazo subsecuente en adolescentes***
- ***Reducir el número de uniones tempranas de niñas y adolescentes***
- ***Disminuir el embarazo subsecuente en adolescentes***
- ***Reducir la violencia con énfasis en violencia sexual en contra de niños, niñas y adolescentes***

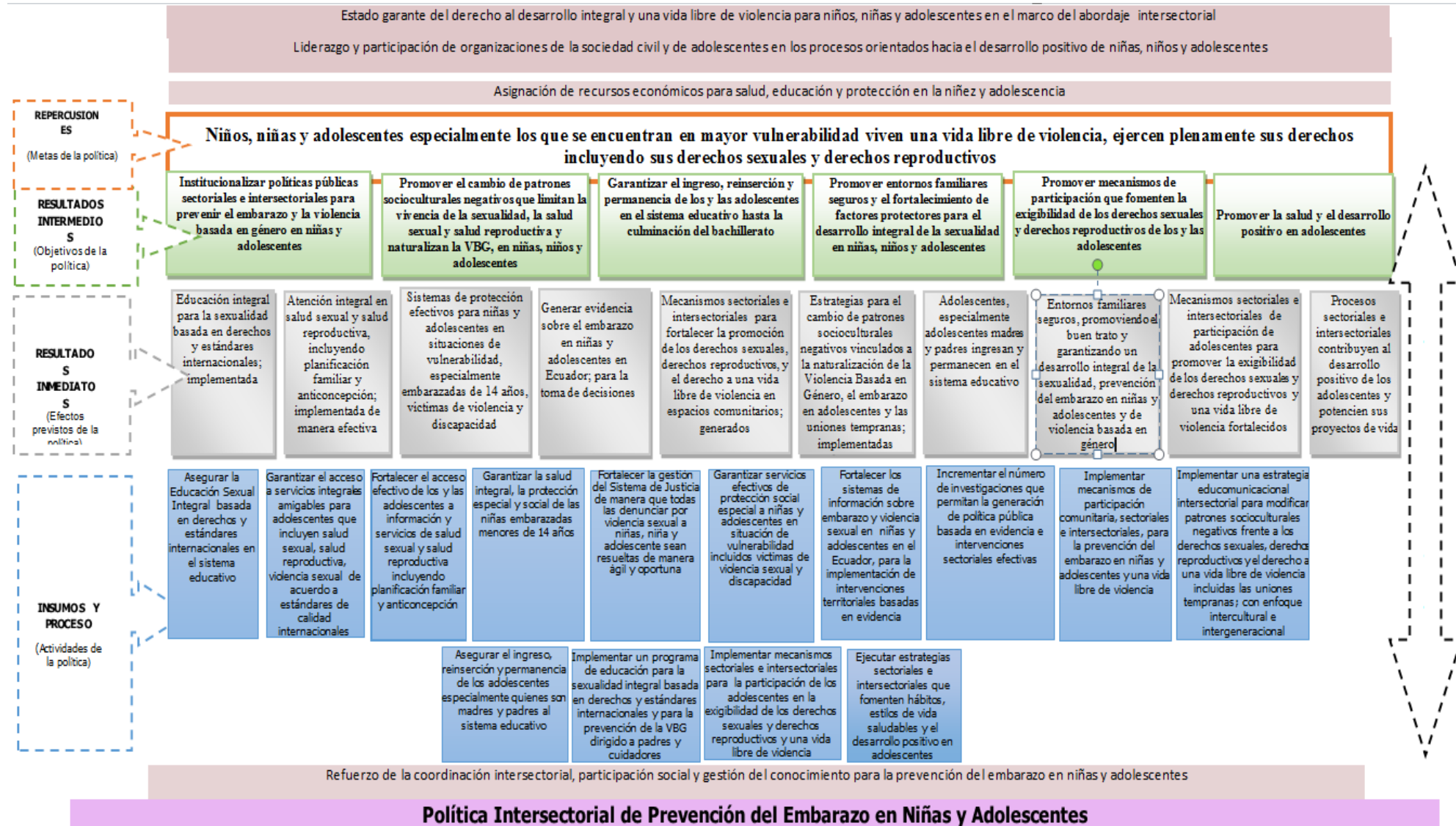
9.1 Árbol de problemas



9.2 Árbol de objetivos



9.3 Teoría del Cambio Política Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes: Posterior al análisis de los problemas asociados al embarazo en niñas y adolescentes; así como sus posibles soluciones, se desarrolló la teoría del cambio. Esta metodología muestra gráficamente la trayectoria de cambios que se busca promover con las actividades intersectoriales efectivas para prevenir y reducir el embarazo en niñas y adolescentes.



Narrativa de la teoría del cambio:

La Política establece la coordinación interinstitucional entre los Ministerios de: Salud, Educación, Inclusión Económica y Social, así como del Sistema de Justicia; de manera que cada sector es responsable de cumplir con los indicadores planteados para lograr la reducción de los nacimientos en niñas y adolescentes menores de 14 años y adolescentes de 15 a 19 años.

Esta Política tiene como finalidad contribuir a la prevención y reducción del embarazo en niñas y adolescentes, en el marco del ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos, del derecho a la integridad personal, del derecho a una vida libre de violencia, así como la obligación del Estado de proteger a las niñas y adolescentes contra toda forma de violencia basada en género incluida la violencia sexual.

Para ello plantea como supuestos:

- Fortalecimiento de la coordinación intersectorial, participación social y gestión del conocimiento para la prevención del embarazo en niñas y adolescentes;
- Asignación de recursos económicos para salud, educación y protección en la niñez y adolescencia;
- Liderazgo y participación de organizaciones de la sociedad civil y de adolescentes en los procesos orientados hacia el desarrollo positivo de niñas, niños y adolescentes.

La implementación de la presente Política contribuirá con los siguientes resultados intermedios (efectos previstos de la política):

- Educación integral para la sexualidad basada en derechos y estándares internacionales implementada;
- Atención integral en salud sexual y salud reproductiva, incluyendo asesoría en planificación familiar y anticoncepción incluidos los de larga duración reversibles y anticoncepción oral de emergencia; implementada de manera efectiva;
- Sistemas de protección efectivos para niños, niñas y adolescentes especialmente los que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad, incluidos adolescentes con discapacidad;
- Sistemas de información, monitoreo y evaluación fortalecidos para la toma de decisiones.
- Mecanismos sectoriales e intersectoriales para fortalecer la promoción de los derechos sexuales, derechos reproductivos, y el derecho a una vida libre de violencia en espacios comunitarios generados;
- Estrategias para el cambio de patrones socioculturales negativos vinculados a la naturalización de la Violencia Basada en Género, violencia sexual, el embarazo en adolescentes y las uniones tempranas;
- Mantener políticas de permanencia escolar en niñas, niños y adolescentes, especialmente adolescentes madres y padres ingresan y permanecen en el sistema educativo de calidad;
- Entornos familiares seguros, libres de violencia, garantizando un desarrollo integral incluida la sexualidad en niños, niñas y adolescentes;
- Mecanismos sectoriales e intersectoriales de participación de adolescentes para promover la exigibilidad de los derechos sexuales y derechos reproductivos y una vida libre de violencia fortalecidos;
- Procesos sectoriales e intersectoriales contribuyen al desarrollo de habilidades para la vida , que promuevan conductas positivas y potencien oportunidades futuras.

Para lograr los resultados enunciados es necesario contar con insumos y procesos que se traducirán en macro actividades que cada sector debe ejecutar de manera individual e intersectorial. Los cuales deberán

ser: ejecutados de manera inmediata, monitoreados de manera constante y evaluados anualmente y al final de la gestión de la presente Política.

Para este fin, se elaborará un **plan operativo intersectorial** conforme lo dispuesto en la presente Política con la finalidad de dar cumplimiento a los indicadores tanto de resultado como de impacto. Así como, la generación de un proyecto de inversión intersectorial que canalice el presupuesto adecuado para la consecución de los objetivos planteados.

9.4 Objetivos

Objetivo General

Contribuir a que las y los adolescentes accedan de manera universal a información, educación, educación integral de la sexualidad y servicios de salud sexual y salud reproductiva, para la toma de decisiones libres, responsables y saludables sobre su sexualidad y reproducción, a través del ejercicio pleno de los derechos sexuales y derechos reproductivos para una vida libre de violencia.

Para alcanzar el objetivo planteado se han determinado los siguientes objetivos específicos.

Objetivos Específicos

1. Institucionalizar políticas públicas sectoriales e intersectoriales para prevenir el embarazo y la violencia sexual en niñas y adolescentes.
2. Promover el cambio de patrones socioculturales negativos que limitan la vivencia de la sexualidad, la salud sexual y salud reproductiva y naturalizan la violencia basada en género en niñas, niños y adolescentes.
3. Garantizar el ingreso, reinserción y permanencia de los y las adolescentes en el sistema educativo hasta la culminación del bachillerato.
4. Promover entornos familiares seguros y el fortalecimiento de factores protectores para el desarrollo integral de la sexualidad en niñas, niños y adolescentes.
5. Promover mecanismos de participación que fomenten la exigibilidad de los derechos sexuales y derechos reproductivos de los y las adolescentes.
6. Promover la salud y el desarrollo positivo en adolescentes.

Para cumplir con estos objetivos específicos se han definido lineamientos estratégicos y líneas de acción.

9.5 Lineamientos estratégicos y líneas de acción (Ver Anexo. 2)

Los lineamientos estratégicos de la presente Política parten de una profunda reflexión de las necesidades de los y las niñas y adolescentes, reconociéndolos como sujetos de derechos. Consideran estrategias e intervenciones, basadas en evidencia actualizadas, recomendadas por la Organización Mundial de la Salud para la “Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!)” (OMS, 2017).

De cada lineamiento estratégico se han priorizado líneas de acción; así como, indicadores de resultado sectoriales e intersectoriales que pretenden abordar este problema social.

Lineamiento Estratégico 1:

Fortalecer la actuación sectorial y la coordinación intersectorial para abordar la prevención del embarazo en niñas y adolescentes de acuerdo al MARCO INSTITUCIONAL.

Líneas de acción:

- 1.1 Garantizar la implementación de la educación integral para la sexualidad basada en derechos y estándares internacionales dentro de la escuela y otros entornos cotidianos.
- 1.2 Garantizar el acceso de los y las adolescentes a atención efectiva e integral en salud sexual y salud reproductiva, asegurando asesoría y acceso a métodos eficaces de anticoncepción incluidos los de larga duración y reversibles de intervalo y post evento obstétricos.
- 1.3 Proteger y restituir los derechos de niñas y adolescentes en situaciones de vulnerabilidad especialmente en embarazadas menores de 14 años, víctimas de violencia sexual y discapacidad
- 1.4. Generar evidencia para la toma de decisiones en referencia al embarazo en niñas y adolescentes en Ecuador

Lineamiento Estratégico 2:

Fortalecer los espacios de participación de la COMUNIDAD en la prevención del embarazo en niñas y adolescentes

Líneas de acción:

- 2.1 Generar mecanismos sectoriales e intersectoriales para fortalecer la promoción de los derechos sexuales, derechos reproductivos, y el derecho a una vida libre de violencia en espacios comunitarios.
- 2.2 Fomentar el cambio de patrones socioculturales negativos vinculados a la naturalización de la violencia basada en género, el embarazo en adolescentes y las uniones tempranas

Lineamiento Estratégico 3:

Garantizar el acceso y permanencia de los y las adolescentes en el ÁMBITO EDUCATIVO.

Líneas de acción:

- 3.1 Promover la inclusión y permanencia de los y las adolescentes en el sistema educativo.
- 3.2 Promover a madres y padres adolescentes el ingreso, reinserción y permanencia en el sistema educativo.

Lineamiento Estratégico 4:

Desarrollar entornos favorables en las FAMILIAS, para la prevención del embarazo en niñas y adolescentes

Líneas de acción:

- 4.1 Desarrollar habilidades de los núcleos familiares para fortalecer los entornos familiares seguros, libre de violencia para el desarrollo de una sexualidad integral, la prevención del embarazo en niñas y adolescentes y prevención de violencia

Lineamiento Estratégico 5:

Fortalecer los mecanismos de participación de adolescentes.

Líneas de acción:

- 5.1 Fortalecer mecanismos sectoriales e intersectoriales de participación de adolescentes para promover la exigibilidad de los derechos sexuales y derechos reproductivos y una vida libre de violencia.

Lineamiento Estratégico 6:

Fortalecer el desarrollo integral INDIVIDUAL de los y las adolescentes.

Líneas de acción:

- 6.1 Generación de estrategias sectoriales e intersectoriales que contribuyan al desarrollo positivo de los y las adolescentes y potencien sus proyectos de vida

9.6 Monitoreo y evaluación

Se considerará al **monitoreo** como el proceso que permite recolectar, analizar y utilizar información para el seguimiento al progreso de la presente Política, así como, el proceso que permitirá la toma de decisiones oportunas, e implementación de ciclos rápidos de mejora para la consecución de los objetivos planteados.

El monitoreo se dirigirá a los procesos plasmados en el “**plan operativo intersectorial**”; en lo que respecta a cómo, cuándo y dónde tienen lugar las actividades programadas por cada sector e intersectoriales, quién las ejecuta y a cuántas personas o entidades beneficia.

El monitoreo se realiza una vez comenzado el programa y continúa durante todo el período de implementación, anualmente y al final de la vigencia de la presente Política.

Adicionalmente, se considerará a la **evaluación** como el proceso que se concreta en los logros esperados y alcanzados de la Política, como una apreciación sistemática y objetiva. La función esencial de la evaluación es determinar si la implementación de la política es eficaz y de no serlo determinar los mecanismos de mejora, buscando maneras oportunas y creativas para superar las limitaciones, involucrando el análisis de las capacidades, recursos técnicos y políticos invertidos, así como los resultados específicos de su implementación.

El **monitoreo** y la **evaluación**, observarán y analizarán los resultados obtenidos de la gestión, para determinar si las intervenciones programadas y ejecutadas consiguieron los objetivos propuestos y/o en qué medida los alcanzaron.

En este sentido, el Comité Interinstitucional de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes 2018 - 2025, será el encargado de establecer mecanismos de coordinación, cooperación, comunicación, monitoreo y evaluación intersectoriales de la presente Política. Así mismo, este comité, formulará de manera articulada e integrada un “Plan de Monitoreo y Evaluación” a partir del “plan operativo intersectorial”.

El objetivo es contar con un sistema de monitoreo y evaluación que permita:

- a. Monitorear el cumplimiento de los indicadores de resultado,
- b. Evaluar los avances y nudos críticos en el proceso de implementación de la política, para establecer las mejoras oportunas y garantizar una efectiva implementación,
- c. Reportar de manera periódica los avances de implementación de la política.

El monitoreo será continuo a través del “Plan Operativo Intersectorial”, donde cada cierre de año será presentado un informe al Consejo Sectorial de lo Social o a quien haga sus funciones, para valorar el alcance de las metas y necesidades de ajustes. Este proceso tendrá como insumo “La Matriz Estratégica de la Política” (Anexo 1.) la cual contiene indicadores de resultados sectoriales e intersectoriales.

Será responsabilidad del Consejo Sectorial de lo Social o quien haga sus funciones el monitoreo y evaluación de la implementación de la política.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Asamblea Nacional. Constitución de la República del Ecuador. Quito: Lexis; 2008. 207 p.
2. SENPLADES. Toda una Vida. Senplades. 2017. 1-148 p.
3. Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue. Diagnóstico de Situación del embarazo en la adolescencia en la Subregión Andina [Internet]. 2016. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
4. Naciones Unidas/CEPAL. Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe. 2016. 61 p.
5. Organización Panamericana de Salud, Organización Mundial de la Salud, Fondo de Población de Naciones Unidas, Fondo de las Naciones Unidas para la infancia. Acelerar el progreso hacia la reducción en la adolescencia en América Latina y el Caribe. 56 p.
6. Ministerio de Educación. Protocolos de atención frente a situaciones de Embarazo, Maternidad y Paternidad de estudiantes en el sistema educativo. 2017. 108 p.
7. Campbell B, Gilmore K, Kaidbery M, Loaiza E. Maternidad en la niñez, Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. 2013. 132 p.
8. Patton G, Coffey C, Cappa C, Currie D, Riley L, Gore F, et al. Health of the World ' s Adolescents: A synthesis of internationally comparable data. 2012;
9. Bearinger LH, Sieving RE, Ferguson J, Sharma V. Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential. Lancet. 2007;369(9568).
10. Ministerio de Salud Pública. Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 - 2021 [Internet]. 2017. 278 p. Available from: <http://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN NACIONAL DE SS Y SR 2017-2021.pdf>
11. Angélica Díaz, Pablo Sanhueza R NYB. Riesgos Obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con embarazadas adultas. Rev chil Obs ginecol. 2002;67(2):481-6.
12. Partes LE. Convención sobre los derechos del niño. 1990. 1-17 p.
13. Naciones Unidas. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. 2012. 13 p.
14. Permanente M, Salvador DEEL, La A, Estados ODELOS, Salvador S, Salvador E, et al. Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Convención BELEM DO PARA). 1995. 14 p.
15. Organización Iberoamericana de Juventud. Convención Iberoamericana de derechos de los jóvenes. 21 p.
16. Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo. 2006. 42 p.
17. Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo [Internet]. El Cairo; 1994. 194 p. Available from: http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd_spa.pdf
18. Naciones Unidas. Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo. 2013. 40 p.
19. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial Para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030). 2016. 108 p.
20. Congreso Nacional. Ley organica de salud. 2012.

21. Asamblea Nacional. Ley Orgánica de Educación Intercultural. Lexis; 2015. 6 p.
22. Ministerio de Justicia DH y C. Código orgánico integral penal. 2014. 330 p.
23. Congreso Nacional. Código de la Niñez y Adolescencia. 2003. 107 p.
24. CEPAL. Ley Orgánica Integral para la Prevención y Erradicación de la Violencia de Género Contra las Mujeres [Internet]. 2016. 41 p. Available from: https://oig.cepal.org/sites/default/files/2018_ecu_leyintegralprevencionerradicacionviolenciagenero.pdf
25. Ministerio de Educación y Cultura del Ecuador. Plan Nacional Para La erradicación De Los Delitos Sexuales En El Ambito Educativo. 2006.
26. Organización de las Naciones Unidas para la Educación C y C. Plan de Acción de Cooperación Internacional en el marco del Plan Nacional de Convivencia Armónica y Cultura de Paz en el Espacio Escolar. :6.
27. Estrat P, Nacional R. Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional al VIH/Sida. 2015. 158 p.
28. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. Agenda Nacional para la Igualdad Intergeneracional. 2014. 1989 p.
29. Organismo Andino de Salud, Convenio Hipólito Unanue OC. Política Andina sobre Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes con énfasis en la prevención del embarazo. In 2012. p. 1–27. Available from: <http://207.58.191.15:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/364/PoliticaAndinaSSRAdolescentes21Nov12.pdf?sequence=1>
30. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. VII Censo de Población y Vivienda 2010.
31. Ministerio de Educación. Estadísticas educativas - Archivo Maestro de instituciones educativas - AMIE [Internet]. 2014. Available from: <http://educacion.gob.ec/amie/>
32. Ministerio de Salud, Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Costos de Omisión en Salud Sexual y Reproductiva en Ecuador. 417AD.
33. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Registros Administrativos – INFOMIES. 2018.
34. Oliva A, Pertegal MA, Lucia A, Carmen RM, Rios M, Hernando A, et al. Desarrollo Positivo Adolescente y los Activos que lo promueven. Un estudio en centros docentes andaluces. 2011;1–152. Available from: http://personal.us.es/oliva/DES_POS_ACTIVOS_PROMUEVEN.pdf
35. Ministerio de Educación. Una Miranda en profundidad al Acoso Escolar en el Ecuador [Internet]. Quito; 2015. 80 p. Available from: <https://educacion.gob.ec/acoso-escolar/>
36. Freire WB, Ramírez-Luzuriaga MJ., Belmont P., Mendieta MJ., Silva Jaramillo MK, Romero N., et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de la población ecuatoriana de cero a 59 años. ENSANUT-ECU 2012. Ministerio. Vol. I. Quito, Ecuador; 2014.
37. Quinlan-Davidson M, Sanhueza A, Espinosa I, Escamilla-Cejudo JA, Maddaleno M. Suicide among young people in the Americas. *J Adolesc Heal*. 2014;54.
38. Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas - CONCEP. Tercera Encuesta Nacional Sobre el Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media. 2008. 1-93 p.
39. Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas. Plan Nacional de Prevención Integral y control del Fenómeno Socio Económico de las Drogas. 2017. 117 p.
40. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Consejo Nacional Intergeneracional. La Violencia de Género Contra las Mujeres en el Ecuador: Análisis de los resultados de la Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres. Quito; 2014.
41. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Sistema Nacional de Discapacidades. Quito; 2018.
42. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Registro estadístico de nacidos vivos, años. 2015. 2016-2021 p.
43. Cavenaghi S, Cabella W. Comportamiento Reproductivo y fecundidad en América Latina [Internet]. 2014. 236 p. Available from: http://www.alapop.org/alap/Serie-E-Investigaciones/N3/SerieE-Investigaciones_N3_ALAP.pdf
44. Céspedes C, Robles C. Niñas Y Adolescentes En América Latina Y El Caribe Deudas De Igualdad. *Ser Asuntos Género*. 2016;99.
45. Bloom DE, Edmeades J, Luchsinger G, Searle L, Thompson L. Nuestro futuro depende de las niñas

- que cumplen esta edad decisiva. Estado de Población Mundial. 2016;113.
46. Torre VGD la, Castello P, Cevallos MR. Vidas Robadas - Entre la Omisión y la Premeditación - Situación de la maternidad Forzada en el Ecuador. 2015. 49 p.
 47. Ministerio de Educación. Registro de denuncias de delitos sexuales cometidos o detectados en el sistema educativo nacional. 2018 p.
 48. Svanemyr J, Guijarro S, Riveros BB, Chandra-Mouli V. The health status of adolescents in Ecuador and the country's response to the need for differentiated healthcare for adolescents. *Reprod Health*. 2017;14.
 49. Ministerio de Salud Pública del Ecuador - Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Muerte Materna Ecuador - Gaceta Epidemiológica. 2016.
 50. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Base de datos de Estadísticas Hospitalarias. 2016.
 51. Ministerio de Salud Pública. Base de datos de incidencia de VIH - SIDA. 2016.
 52. Tobar F. Abordaje del Embarazo Adolescente en América Latina y el Caribe. 2012. 15 p.
 53. Blum R. Risk and Protective Factors Affecting Adolescent Reproductive Health in Developing Countries [Internet]. 2005. Available from: www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241592273/en/
 54. Goicolea I. Embarazos en la adolescencia en la Amazonía de Ecuador. 2009;1-96.
 55. González-Rozada M. Embarazo Adolescente y Pobreza en Ecuador. 2010.
 56. Martínez v. Abuso Sexual Contra Niños, Niñas y adolescentes - Guía para tomar acciones y proteger sus derechos [Internet]. 2016. 20 p. Available from: <http://es.calameo.com/read/004469103fd2cd9889646>
 57. Páramo M, España M, Gall B, Ballestas C, Guirola Y, Lanza NF, et al. Niñas Madres . Embarazo y maternidad infantil forzada en América Latina y el Caribe [Internet]. 2016. 89 p. Available from: Los objetivos del estudio fueron, por un lado recoger evidencias que permitan visibilizar esta realidad silenciada en la región; y por el otro promover el debate instalando conceptos claros y contundentes sobre la maternidad infantil forzada. Con los
 58. Sarachaga DV de, Escobar JC, Perrotta G, Oizerovich S, Gulmanelli M, Marina M, et al. Prevención y Reducción del Embarazo no intencional en la Población Adolescente del Cono Sur. 2017. 20 p.
 59. Organización Panamericana de Salud. Política de Igualdad de Género [Internet]. 2016. 20 p. Available from: http://www.unicef.org/spanish/gender/3984_bigpicture.html
 60. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Plan Nacional de Prevención y Atención de la Violencia Física, psicológica y Sexual Detectada en los Servicios de Atención en contra de Niños, Niñas, Adolescentes, personas con Discapacidad y Personas Adultas. 2018. 15 p.
 61. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de atención integral de salud. 2013. 11 p.

ANEXOS 1. Matriz estratégica de la Política Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescente

Lineamiento estratégico	Objetivos	Líneas de acción	Indicadores de Resultado	Sector Responsable
<p>1. Fortalecer la actuación sectorial y la coordinación intersectorial para abordar la prevención del embarazo en niñas y adolescentes de acuerdo al MARCO INSTITUCIONAL</p>	<p>Institucionalizar políticas públicas sectoriales e intersectoriales para prevenir el embarazo y la violencia basada en género en niñas y adolescentes</p>	<p>1.1 Garantizar la implementación de la educación integral para la sexualidad basada en derechos y estándares internacionales</p>	<p>Porcentaje de establecimientos educativos que incorporan la Educación Sexual Integral basada en derechos y estándares internacionales</p>	<p>MINEDUC</p>
		<p>1.2 Garantizar el acceso de los y las adolescentes a atención efectiva e integral en salud sexual y salud reproductiva</p>	<p>Porcentaje de establecimientos de salud que brindan atención integral amigable para adolescentes, que incluyen salud sexual, salud reproductiva, violencia sexual de acuerdo a estándares de calidad internacionales</p>	<p>MSP</p>
			<p>Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos, incluidos los métodos de larga duración reversibles en adolescentes de 15 a 19 años</p>	<p>MSP</p>
		<p>1.3 Proteger y restituir los derechos de niñas y adolescentes en situaciones de vulnerabilidad especialmente embarazadas menores de 14 años, víctimas de violencia y discapacidad</p>	<p>Marco normativo sectorial e intersectorial generado para garantizar la salud integral, la protección especial y social de las niñas embarazadas menores de 14 años</p>	<p>MSP MINEDUC MIES SISTEMA DE JUSTICIA</p>
			<p>Porcentaje de denuncias por violencia sexual a niñas, niños y adolescentes resueltas en el Sistema de Justicia</p>	<p>MSP MINEDUC MIES SISTEMA DE JUSTICIA</p>
			<p>Número de mecanismos sectoriales e intersectoriales diseñados para garantizar servicios efectivos de protección social especial</p>	<p>MIES SISTEMA DE JUSTICIA</p>

		1.4 Generar evidencia para la toma de decisiones en referencia al embarazo en niñas y adolescentes en Ecuador	Fortalecer los sistemas de información sobre embarazo y violencia sexual en niñas y adolescentes en el Ecuador para la implementación de intervenciones territoriales basadas en evidencia	MSP MINEDUC MIES
			Número de investigaciones que permitan la generación de política pública basada en evidencia e intervenciones sectoriales efectivas	MSP MINEDUC MIES
2. Fortalecer los espacios de participación de la COMUNIDAD en la prevención del embarazo en niñas y adolescentes	Promover el cambio de patrones socioculturales negativos que limitan la vivencia de la sexualidad, la salud sexual y salud reproductiva y naturalizan la VBG, en niñas, niños y adolescentes	2.1 Generar mecanismos sectoriales e intersectoriales para fortalecer la promoción de los derechos sexuales, derechos reproductivos, y el derecho a una vida libre de violencia en espacios comunitarios	Número de mecanismos de participación comunitaria, sectoriales e intersectoriales, implementados para la prevención de uniones tempranas, del embarazo en niñas y adolescentes, y una vida libre de violencia	MSP MINEDUC MIES
		2.2 Fomentar el cambio de patrones socioculturales negativos vinculados a la naturalización de la Violencia Basada en Género, el embarazo en adolescentes y las uniones tempranas	Número de estrategias comunicacionales intersectoriales implementadas para modificar patrones socioculturales negativos frente a la sexualidad, los derechos sexuales, derechos reproductivos, el derecho a una vida libre de violencia, incluidas uniones tempranas, el embarazo en niñas y adolescentes con enfoque intercultural e intergeneracional	MSP MINEDUC MIES
3. Garantizar el acceso y permanencia de los y las adolescentes en el ÁMBITO EDUCATIVO	Garantizar el ingreso, reinserción y permanencia de los y las adolescentes en el sistema educativo hasta la culminación del bachillerato	3.1 Promover la inclusión y permanencia de los y las adolescentes en el sistema educativo	Porcentaje de adolescentes con bachillerato completo	MINEDUC
		3.2 Promover a madres y padres adolescentes el ingreso, reinserción y permanencia en el sistema educativo	Porcentaje de adolescentes madres y padres con bachillerato completo	MINEDUC MIES MSP

<p>4. Desarrollar entornos favorables en la FAMILIA para la prevención del embarazo en niñas y adolescentes</p>	<p>Promover entornos familiares seguros y el fortalecimiento de factores protectores para el desarrollo integral de la sexualidad en niñas, niños y adolescentes</p>	<p>4.1 Promover el buen trato dentro del núcleo familiar como estrategia para el desarrollo de una sexualidad integral, la prevención del embarazo en niñas y adolescentes y de la Violencia Basada en Género</p>	<p>Porcentaje de ejecución sectorial e intersectorial del programa de educación para la sexualidad integral basada en derechos y estándares internacionales y para la prevención de la VBG dirigido a padres y cuidadores</p>	<p>MSP MINEDUC MIES</p>
<p>5. Fortalecer los mecanismos de participación de adolescentes</p>	<p>Promover mecanismos de participación que fomenten la exigibilidad de los derechos sexuales y derechos reproductivos de los y las adolescentes</p>	<p>5.1 Fortalecer mecanismos sectoriales e intersectoriales de participación de adolescentes para promover la exigibilidad de los derechos sexuales y derechos reproductivos y una vida libre de violencia</p>	<p>Porcentaje de mecanismos de participación sectorial e intersectorial de adolescentes vinculados a la exigibilidad de los derechos sexuales y derechos reproductivos y una vida libre de violencia</p>	<p>MSP MINEDUC MIES</p>
<p>6. Fortalecer el desarrollo integral INDIVIDUAL de los y las adolescentes</p>	<p>Promover la salud y el desarrollo positivo en adolescentes</p>	<p>6.1 Generación de estrategias sectoriales e intersectoriales que contribuyan al desarrollo positivo de los adolescentes y potencien sus proyectos de vida</p>	<p>Porcentaje de ejecución de estrategias sectoriales e intersectoriales que fomentan de hábitos, estilos de vida saludables y el desarrollo positivo en adolescentes</p>	<p>MSP MINEDUC MIES</p>

