

PLAN DE PREVENCION DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

ECUADOR ¹

Dra. Susana Guijarro P.

Responsable de Salud de la Adolescencia del Ministerio de Salud Pública. Ecuador

susanaguijarro@gmail.com

ANTECEDENTES

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador está empeñado en la reorganización de su estructura que se enmarca en la Reforma Democrática del Estado, proceso que tiene por objetivo mejorar la eficiencia, transparencia y calidad de los servicios a la ciudadanía, desde un enfoque de Salud Pública a través del Modelo Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural, MAIS-FCI.

En este contexto se impulsó el Plan Nacional de Prevención del embarazo en la Adolescencia, en el marco del Plan Andino, debido a que el Ecuador¹ es el país que tiene el porcentaje más alto de embarazo en la adolescencia en el área andina.

Trabajar en prevención del embarazo en la adolescencia nos da la certeza de que se previene todos los riesgos que pueden presentarse en esta etapa de la vida, ya que esta intervención implica fortalecer factores protectores como familia y educación, promover que cada adolescente ecuatoriano, hombre o mujer, tenga un proyecto de vida, y que lo cumpla; y que sea capaz de la toma de decisiones con información adecuada, que sea autónomo/a.

Bajo la iniciativa y liderazgo del Ministerio de Salud Pública, se comprometió el apoyo político de los Ministerios del Área Social: Educación, de Inclusión Económica y Social, de Coordinación de Desarrollo Social y se conformó el Comité de trabajo interministerial e intersectorial para el plan de prevención del embarazo en la adolescencia (CIPEA) que incluye también al Consejo Nacional de Mujeres CONAMU, Consejo Nacional de la Niñez y Adolescentes CNNA, Consejo nacional de Salud CONASA, las Agencias del sistema de Naciones Unidas: Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA, OPS-OMS, UNICEF y organizaciones del sistema.

El objetivo del Ministerio de Salud Pública es la institucionalización de la **Atención Integral de calidad para Adolescentes en el primer nivel de atención**, disminuyendo las brechas y barreras de acceso a los servicios de salud, garantizando una atención con

¹ El documento del Plan Nacional de Prevención del Embarazo en la Adolescencia fue elaborado de manera participativa e intersectorial por representantes técnicos de las siguientes instituciones: Ministerios: Salud Pública, Educación, Inclusión Económica y Social, Coordinador de Desarrollo Social; Consejo Nacional de las Mujeres CONAMU, Consejo Nacional de Niñez y Adolescencia CNNA, Proyecto Ecuador Adolescente, Plan Ecuador, Fondo de Población de las Naciones Unidas.

énfasis en la prevención y promoción de la salud, del ejercicio de los derechos humanos, incluido los sexuales y reproductivos; la equidad social y de género, el enfoque intercultural, intergeneracional y la participación social para impulsar el desarrollo humano y la capacidad de toma de decisiones en adolescentes y jóvenes ecuatorianas/os.

Los servicios de primer nivel deben pensar en las demandas y necesidades de adolescentes relacionadas más con aspectos psicosociales que biológicos, en su mayoría, prevenibles con una intervención adecuada, oportuna y comprometida del personal de salud.

El Ministerio de Educación facilitará el acceso de adolescentes al sistema educativo e impulsará la Educación Sexual Integral durante los trece años de formación escolar.

El Ministerio de Inclusión Económica y Social trabajará con la participación social en general, y de adolescentes y jóvenes en particular.

Se impulsará una estrategia comunicacional para el cambio en los patrones socioculturales especialmente el machismo y la violencia.

ANALISIS DE LA SITUACION DE LA ADOLESCENCIA EN EL ECUADORⁱⁱ

En el Ecuador viven cerca de dos millones y medio de adolescentes entre 10 y 19 años. Los/as adolescentes representan al 20% del total de la población ecuatoriana, por lo que se debe trabajar intensamente para aprovechar el bono demográfico en este momento.

Un dato relevante es que la fecundidad ha disminuido en todos los grupos etarios, menos en la adolescencia. De las adolescentes mujeres entre 15 y 19 años, se estima que el 20% ya son madres o están embarazadas. En los últimos 10 años, la tendencia de aumento del porcentaje de embarazo en la adolescencia en mujeres de 10-14 años fue del 74%, y en mujeres de 15 a 19 años, la tendencia del embarazo aumentó el 9%.

La persistencia de estas altas tasas de fecundidad en adolescentes está relacionada con los contextos más pobres, rurales, indígenas, afros y con menor educación, con factores culturales y políticos, así como con el inicio cada vez más temprano de las relaciones sexuales, insuficiente educación de la sexualidad, falta de servicios de SSR con atención diferenciada y barreras culturales para su acceso.

Los embarazos en la adolescencia son causa y consecuencia de la deserción escolar y laboral, lo que impide el logro de la autonomía económica y profundiza la reproducción intergeneracional de la pobreza. En el Endemain 2004 se demuestra que el 45% de adolescentes embarazadas ya estaban fuera del sistema escolar antes del embarazo. Varios investigadores han demostrado que la educación tiene un efecto de "blindaje" en la prevención del embarazo adolescente y en la posibilidad de que una adolescente embarazada pueda seguir estudiando y no se vea rezagada del sistema escolar, así como en la toma de decisiones en aspectos determinantes como es la anticoncepción pues se demuestra que la mayoría de adolescentes del Ecuador (91%) tienen conocimiento sobre el uso de métodos modernos de anticoncepción, pero solamente el 47 % los usan.

La maternidad temprana profundiza la pobreza de las mujeres.ⁱⁱⁱ Una investigación realizada en 16 países de América Latina demuestra los impactos negativos de la maternidad adolescente sobre los logros educativos de niños y niñas de hogares pobres. Los resultados indican que el haber nacido de madre adolescente soltera es un factor que reduce significativamente las probabilidades de estos niños y niñas de culminar la enseñanza secundaria y romper el círculo vicioso de la transmisión intergeneracional de la pobreza;^{iv} se ha encontrado que el ser madre adolescente aumenta la probabilidad de ser pobre de 16% a 28%.^v

Las brechas por niveles de ingresos son también importantes. Por un lado, alrededor del 30% de las adolescentes del quintil inferior de ingresos son madres en Bolivia y Ecuador, mientras que son pocas las adolescentes de mayor nivel de ingresos que son madres o se embarazan.^{vi}

En el caso de la mortalidad infantil existen evidencias claras respecto a que ésta se asocia a la maternidad temprana. La tasa de mortalidad infantil es mayor en adolescentes que en el resto de los grupos de edad. En el caso de la mortalidad postneonatal y en la niñez se encuentra evidencia en el mismo sentido; factor a tomar en cuenta en las políticas de prevención.

Un tema de especial preocupación son las/los adolescentes viviendo en condiciones de mayor exclusión y vulnerabilidad, adolescentes muy jóvenes, menores de 15 años, indígenas, afro ecuatorianos, migrantes, hijos de migrantes, adolescentes fuera del sistema escolar, adolescentes con embarazos subsecuentes y de zonas de frontera, refugiados, entre otros. Es importante conocer esta realidad y establecer estrategias diferenciadas para enfrentarla

En síntesis, la evidencia sugiere que el embarazo y la fecundidad adolescente es un problema tanto a nivel individual como familiar y social. Este fenómeno se relaciona directamente con la falta de oportunidades para el ejercicio de los derechos y para el desarrollo educativo y laboral. Además, es a la vez causa y producto importante de las desigualdades socio-económicas, generacionales y de género. La mayoría de las madres adolescentes se encuentra en una perspectiva de exclusión y marginación, y sus hijos/as tienen altas probabilidades de continuar inmersos en esta dinámica. De esta manera, el embarazo adolescente es un problema que afecta el avance en los ODM relativos a la reducción de la pobreza, el aumento del nivel educativo, la promoción de la equidad de género, el empoderamiento de las mujeres y el mejoramiento de la salud materna e infantil.

UTILIZACION DE SERVICIOS DE SALUD POR ADOLESCENTES

1. Factores individuales:

En la perspectiva de que todas las unidades operativas de primer nivel abran sus puertas para brindar atención integral a adolescentes, es necesario analizar las causas por las cuales los/las adolescentes no acceden a dichos servicios.

En el sistema de salud fácilmente podemos demostrar que no hay la “costumbre” o la tradición en nuestra cultura de acudir para solicitar atención médica para adolescentes ni de ofertar esta atención. A los niños se los lleva a control pediátrico cada mes durante el primer año de vida, luego periódicamente, al menos cada año hasta la etapa escolar, pero durante la adolescencia, ni los padres/madres ni los/as adolescentes se preocupan de acudir a un chequeo o a un screening, tampoco los prestadores de salud han recibido la capacitación en pregrado ni en postgrado, ni se han preparado para ofertar servicios que respondan a las demandas y necesidades en la adolescencia.

La mayoría no acuden a los servicios de salud, existe la percepción tanto de adolescentes como de adultos en general, de que son y están “sanos”, y de que los servicios no están dirigidos para ellos/as; además de que tienen temor a los procedimientos médicos, sienten vergüenza de ser vistos en los establecimientos y les preocupa la falta de privacidad y confidencialidad justamente porque el conocimiento previo que tienen es de que el personal de salud obtiene y da información a la madre o al padre sin tomar en cuenta su preocupación y menos su criterio.

Los y las adolescentes ecuatorianos, no saben cuando ni dónde buscar atención ya que no tienen conocimiento sobre signos o síntomas, desconocen la ubicación de los servicios y cuáles son las prestaciones de los mismos. Además de que los Servicios no están abiertos en los horarios adecuados y a pesar de la gratuidad de la atención, a menudo, el gasto de bolsillo sobrepasa sus posibilidades económicas por lo que muchas veces, se auto diagnostican y auto medican.

Un tema alarmante es que sienten vergüenza y/o culpa si experimentaron violencia o abuso sexual y no se atreven a consultar, menos a denunciar

Podemos inferir que existen barreras para el acceso de adolescentes a los servicios de salud, tanto socioculturales como económicas, geográficas y de género.

2. Factores de los servicios y profesionales de la salud:

Tanto en nuestro país como en muchos de los países latinoamericanos, hace falta una oferta de servicios amigables e integrales para adolescentes, y en los pocos que hay, no se usan los instrumentos específicos como la historia clínica para adolescentes, ni existe un sistema de monitoreo y evaluación, tampoco los/as adolescentes participan en los comités de usuarios/as.

Las prestaciones no incluyen las demandas de adolescentes debido a que los servicios no han pensado en sus necesidades.

A esto se suma la falta de capacitación del personal de salud para el abordaje de adolescentes así como su actitud inadecuada y su falta de involucramiento personal ya que existe inclusive, dificultad en la identificación del/la adolescente como “paciente”,

acostumbrados, como estaban a tratar directamente con los padres durante la época de la niñez.

Es importante resaltar la asimetría en la información y la falta de sensibilidad y capacitación del personal de salud para solucionarla.

PLAN DE PREVENCION DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

ASPECTOS PRINCIPALES

El punto de partida es considerar al embarazo en adolescentes como un problema tanto social como individual y familiar, pues afecta el desarrollo de las mujeres y hombres adolescentes o jóvenes, en el sentido de que se ven abocadas/os a nuevas situaciones que truncan, retrasan o modifican sus proyectos de vida, en torno especialmente a estudiar, recrearse, profesionalizarse y realizar su metas personales.

Este plan se enmarca en los postulados de la Constitución Política de la República, en los instrumentos internacionales suscritos por el Estado Ecuatoriano y en el marco legal y normativo vigente en el país.

El Plan Nacional de Desarrollo en el Objetivo 3 especifica: Aumentar la esperanza de vida y calidad de vida de la población, y propone como una de sus metas “reducir en 25% el embarazo adolescente”

El plan cuenta con un enfoque de derechos con énfasis en los sexuales y reproductivos, de promoción de la igualdad de género, respeto a la diversidad cultural y étnica, dialogo intergeneracional y participación ciudadana

Las líneas de acción definidas para este Plan y que guardan relación con las propuestas para la región Andina son:

- 1) Sistemas de información, monitoreo y evaluación;
- 2) Fortalecimiento institucional y cooperación técnica;
- 3) Participación de adolescentes;
- 4) Abogacía, alianzas y participación social.

Una estrategia fundamental es la coordinación interministerial y la integración de programas sociales que amplíen el ámbito de protección social de los/as adolescentes. Así como promover una activa participación de adolescentes en el proceso de construcción, ejecución y evaluación del plan

FUNDAMENTOS ESTRATÉGICOS

Los fundamentos estratégicos del presente Plan se corresponde a los planteados en la Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos^{vii}:

- Ejercicio de Derechos sexuales y derechos reproductivos
- Intersectorialidad
- Promoción de la igualdad entre hombres y mujeres
- Construcción de ciudadanía y participación social
- Respeto a la diversidad cultural y étnica

OBJETIVO GENERAL

Contribuir a disminuir el embarazo en adolescentes mediante el fortalecimiento institucional de los servicios de salud, educación y protección social, en un marco de coordinación interinstitucional e intersectorial con activa participación de la sociedad civil

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Implementar un Sistema Nacional de Información, sobre la situación del embarazo en adolescentes que permita la construcción de políticas públicas integrales e intersectoriales acordes a la realidad nacional y local incluido un sistema integrado de monitoreo y evaluación.
- Fortalecer la rectoría del Estado para la protección integral de adolescentes
- Implementar y fortalecer los servicios de atención integral de calidad para adolescentes en el primer nivel de atención, con énfasis en Salud sexual y salud reproductiva, y prevención del embarazo en adolescentes.
- Garantizar la participación de adolescentes en la construcción e implementación de políticas públicas integrales e intersectoriales de prevención del embarazo en adolescentes a nivel nacional y local.

EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA ADOLESCENTES

CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN DE CALIDAD PARA ADOLESCENTES^{viii}:

- Integral: el /la adolescente debe ser considerado en su totalidad biopsicosocial, considerando los diferentes aspectos del problema que le causa sufrimiento
- Integrada: es necesario ser capaz de seleccionar en cada momento el apropiado enfoque para mantener, restablecer y mejorar la salud ofreciendo una combinación óptima de atención curativa, preventiva, promoción y rehabilitación en función de las necesidades y/ o de los riesgos.

- Continua: la atención no debe limitarse solamente al momento de la consulta, sino asumir la responsabilidad por la persona hasta que finalice o hasta que se solucione el problema de salud, para lo cual es necesario un seguimiento y trabajo en equipo y además en red para juntos, ayudar en la solución. La falta de continuidad en la atención reduce la eficacia de la atención de salud e incrementa los costos. La continuidad asegura que la atención sea de calidad y de calidez por parte del equipo de salud. Esto es esencial para evitar situaciones en las que el /la adolescente, por falta de información, incomprendión o acogida inadecuada no entienda la importancia o no acepte seguir en contacto con el personal de salud
- Participativa: para que las soluciones propuestas sean negociadas de acuerdo a la prioridades del /a paciente.

CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS:

- Permanencia: el servicio debe ser permanente, mientras más tiempo estén abiertos los servicios, con horarios alternativos, se facilita el acceso de adolescentes
- Polivalencia: los servicios deben ser multifuncionales, manejar todos los problemas presentados por la población, ya sea en forma directa o haciendo la referencia al nivel correspondiente
- Accesibilidad: los servicios deben ser accesibles geográficamente ya que se ha demostrado como la accesibilidad disminuye a medida que aumenta la distancia del domicilio del /la paciente. La accesibilidad económica, ya que un obstáculo financiero puede ser penoso e insuperable para los /las adolescentes que generalmente tienen dificultades económicas. También debe ser accesible socioculturalmente puesto que algunas formas de prestación de atención pueden ser inaceptables para las personas y finalmente, deben tener accesibilidad funcional que provea los servicios requeridos por la comunidad.

CARACTERISTICAS DE LOS NIVELES OPERACIONALES:

El **primer nivel** es la puerta de entrada al sistema de salud, y su funciones son de contacto con la población y de síntesis de la información que es la que conduce a la toma de decisiones ya que si se tiene que referir a un paciente, la información necesaria debe ser transferida al nivel de referencia para ser completada y que retorne al primer nivel donde se continuará con la atención. Otra función del primer nivel es la resolución de problemas ya que el 85 % de los problemas de salud se resuelven en ese nivel.

El **segundo nivel** o nivel de referencia complementa la capacidad resolutiva del primer nivel. Su rol es asegurar la continuidad de la atención curativa a las personas que no pueden ser tratadas ambulatoriamente o que requieren técnicas que no están disponibles en el primer nivel. Forma parte de un sistema integrado donde todos los elementos están

dispuestos, organizados y coordinados en concordancia de un objetivo común: la responsabilidad de la salud de la población adolescente

EN SÍNTESIS

El Ministerio de Salud tiene como fin solucionar toda la problemática que tenga el /la adolescente, su familia y/o su pareja, no solamente el motivo de consulta, ya que este es muy fácil de satisfacer, generalmente con una receta. Lo que se necesita es que el personal trabaje para la salud y se preocupe de cada ser humano, de ahí la importancia de trabajar en equipos multi e interdisciplinarios y en red, tomando cuenta el contexto, los recursos y los apoyos del sistema con el gran objetivo de promover para que el/la adolescente tenga un Proyecto de vida claro como uno de los factores protectores más importantes. Si el /la adolescente encuentra esta oferta en el sistema de salud, aumentará la utilización

Para esto, también se trabaja en el cambio del paradigma de salud en el sistema, hacia la teoría que parte de la conceptualización de Alma Ata en la que la salud deja de ser definida como lo opuesto a la enfermedad y propone un nivel de salud que permita a las personas llevar una vida económica y socialmente productiva.

El desarrollo del Plan para la Prevención del Embarazo en la Adolescencia beneficiará a los y las adolescentes ecuatorianos/as con la seguridad de que, si les brindamos la atención integral de calidad y la educación que necesitan en este momento, se puede incidir en los estilos de vida y en su calidad de vida futura garantizando su desarrollo humano, lo cual redundará en el crecimiento del país ya que se contará, en poco tiempo, con un gran porcentaje de personas jóvenes, capacitadas, “sanas” y productivas quienes se integrarán e impulsarán el progreso nacional.

BIBLIOGRAFÍA

ⁱ Las tasas de fecundidad se obtuvieron de las siguientes fuentes: CELADE (2004). *Boletín Demográfico 68. América Latina y Caribe: Fecundidad 1950-2050*. Santiago de Chile; Encuestas DHS; Guzmán, J.M. et al. (2001). *Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe*. México; Guzmán, J.M. et al. (2006). “La démographie de l’Amérique latine et de la Caraïbe depuis 1950”. *Population*. Vol. 61. Núm. 5-6. France. INED.

ⁱⁱ La información incluida en esta sección proviene de: ENDEMAIN 2004 y Sistema integrado de Indicadores Sociales (SIISE versión 4.5)

ⁱⁱⁱ Buvinic, M. (1998). *Costos de la maternidad adolescente en Barbados, Chile, Guatemala y México*. Washington. No WID-102.

^{iv} Aldaz-Carroll, E. & R. Morán. 2001. Escaping the poverty trap in Latin America: the role of family factors. En: Cuadernos Económicos (online), ago 2001, vol. 38, no. 114, p. 155-190.

^v Guzmán, J.M. et al. (2001). *Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe*. México.

^{vi} Encuestas DHS para Bolivia, Colombia y Perú; Rodríguez (2005) para Chile; ENDEMAIN para Ecuador.

^{vii} Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos

^{viii} Bases de organización de los servicios de salud: Mercenier, P., Van Bale, H. 1997