

PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN ECUADOR ¹

1. LA SITUACIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

1.1 Situación del embarazo en el Área Andina.ⁱ

En los países andinos viven alrededor de 28 millones de adolescentes entre 10 y 19 años, de los cuales la mitad pertenece al grupo de 10 a 14 y la otra al grupo de 15 a 19 años. Los/as adolescentes representan al 20% del total de la población andina, aunque esta proporción irá decreciendo en los próximos años debido a la dinámica de transición demográfica. Algo más de la mitad de adolescentes se concentra en Colombia y Perú, y la otra mitad en el resto de los países andinos.ⁱⁱ De los 7 millones de adolescentes mujeres entre 15 y 19 años, se estima que 1.5 millones ya son madres o están embarazadas, siendo gran parte de estos embarazos no planificados.ⁱⁱⁱ La probabilidad de ser madre en esta etapa aumenta entre las mujeres pertenecientes a los grupos de mayor pobreza y desprotección.

La salud sexual y reproductiva es un componente central en la vida de adolescentes y jóvenes, la manera cómo es vivenciada y socializada por ellos y ellas puede resultar trascendental para el resto de sus vidas. No obstante del interés de los Estados y el compromiso asumido con marcos internacionales, todavía los/as adolescentes no han recibido la suficiente atención con importantes implicaciones sociales y económicas que incluyen procesos de socialización más precarios, efectos adversos para la salud de la madre y el/a hijo/a, dificultades para hacerse cargo de una familia, dificultades y falta de oportunidades para la formación escolar y laboral, el rechazo o la pérdida de redes sociales, la falta de apoyo, ausencia o irresponsabilidad de los hombres/padres, la transmisión intergeneracional de la pobreza, aspectos que repercuten en la posibilidad de alcanzar ciertas metas en el desarrollo social e individual, entre otras.

Por otra parte, en caso de que decidan terminar con el embarazo, las adolescentes se enfrentan a leyes que penalizan el aborto, a intervenciones riesgosas, a la falta de atención psicológica y social y el alto costo, entre otros aspectos.

1.1.1 Situación del embarazo y la fecundidad en la adolescencia

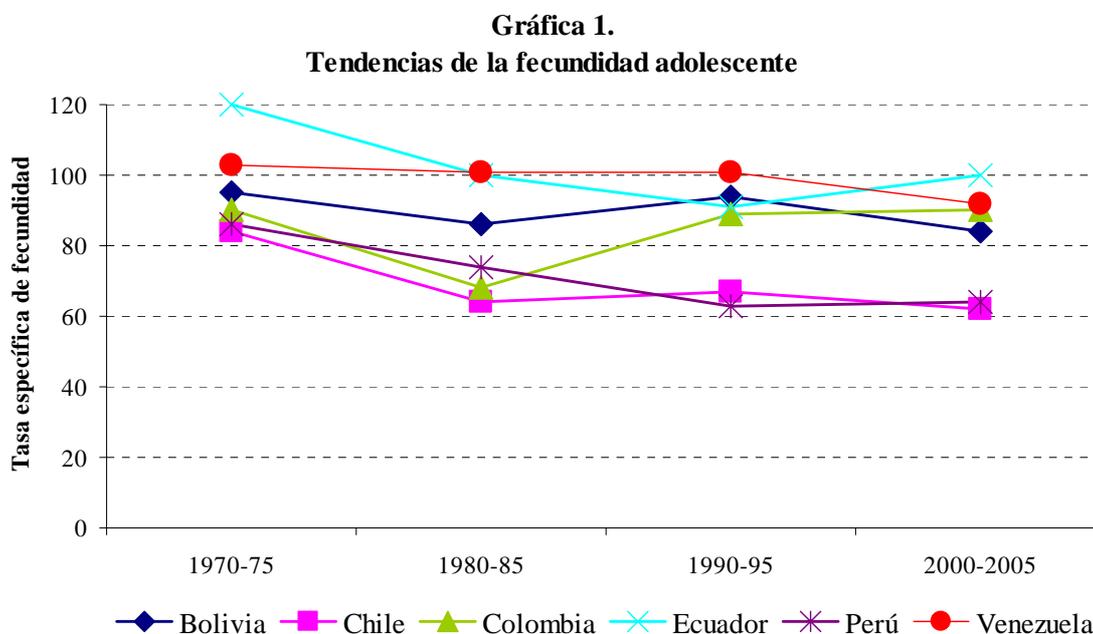
En América Latina, la fecundidad adolescente no muestra una tendencia tan sistemática a la baja como en otros países del mundo. De hecho, en la región se calcula que existen alrededor de 80 nacimientos por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 19 años de edad, a nivel mundial esta tasa es inferior únicamente a la que se encuentra en África Sub-Sahariana.^{iv} Además, América Latina es la región del mundo donde la mayor fracción del total de nacimientos son los de madres adolescentes. Así, la concentración de la reproducción en la adolescencia es una característica de la

¹ Este documento 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.

Para elaboración del plan los insumos utilizados fueron las Memorias del Taller Intersectorial del 26 de julio 2007, y el documento inicial preparado por el Programa de Adolescencia del MSP. Además participaron adolescentes y el día 21 de Septiembre se realizó una reunión con algunos representantes de adolescentes del Ecuador, en el marco de una voluntad política del Gobierno Ecuatoriano y de las organizaciones que han participado en la elaboración de este plan de priorizar la participación juvenil en todo el proceso de diseño e implementación del presente plan.

región. Aunque también en algunos países industrializados se da esta tónica (Reino Unido, Canadá, Australia, Islandia).

En general, los países andinos no son la excepción. En la Gráfica 1 se observa que en esta sub-región la fecundidad adolescente (15-19 años) aumentó en Colombia y Ecuador.^v



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.

Otra manera de mirar la magnitud del embarazo adolescente, es a través del porcentaje de adolescentes que son madres o están embarazadas. Dentro de los países de la región Chile y Perú presentan el porcentaje más bajo, seguido por Bolivia, mientras que en Colombia, Ecuador y Venezuela, más del 20% de las adolescentes son madres o están embarazadas.

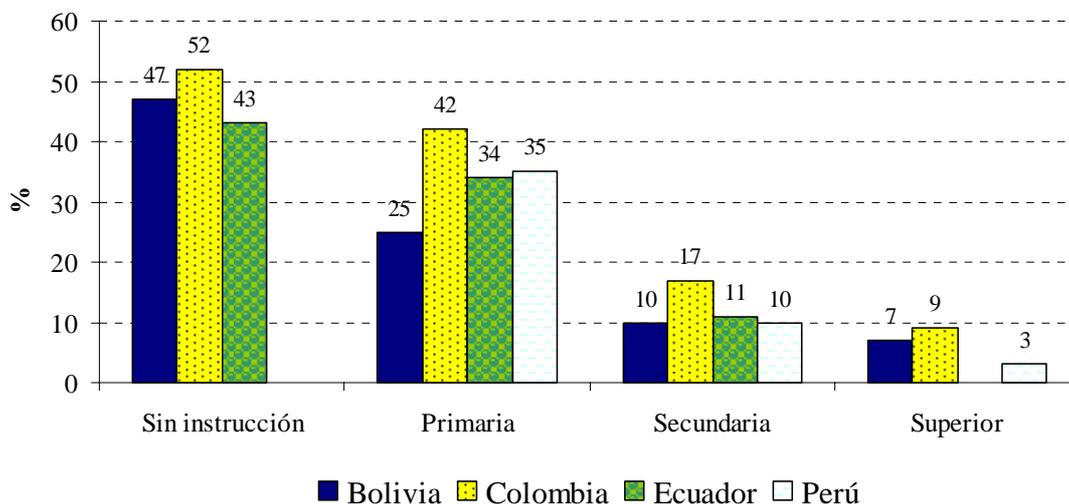
La fecundidad adolescente es mucho mayor en mujeres que en varones, aun cuando éstos inician su vida sexual más temprano. La mayoría de los/as hijos/as de madres adolescentes tienen como padre a un joven o adulto y, además, algunos varones adolescentes pueden desconocer o no responsabilizarse del hecho de haber sido padres. Esta situación se enmarca dentro de normas socio-culturales caracterizadas por la desigualdad de género, lo cual influye en significados y vivencias diferenciadas del grupo de adolescentes de acuerdo a su sexo.

1.1.2 Desigualdades y exclusiones

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

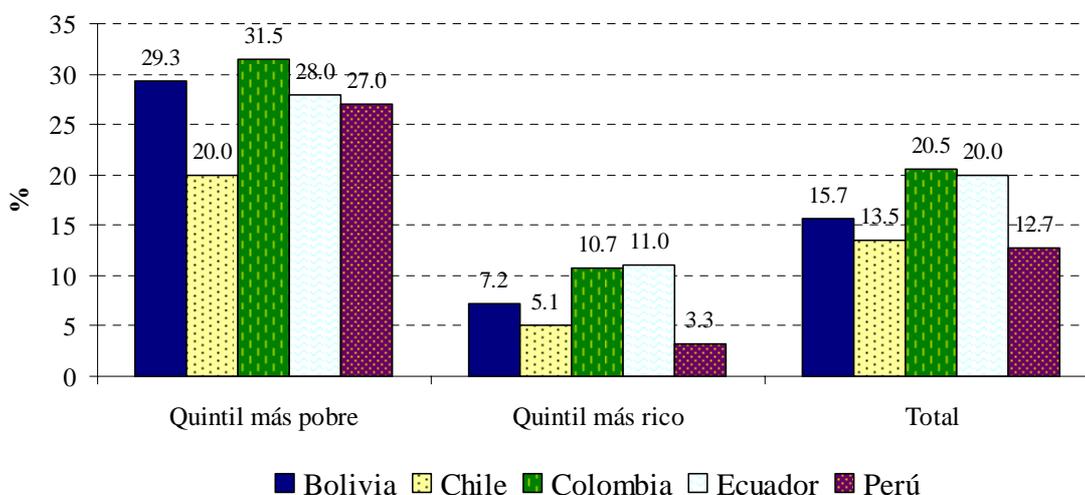
adolescentes que no tienen educación, comparadas con las de niveles educativos más altos.

Gráfica 2.
Porcentaje de adolescentes que son madres o están embarazadas según nivel de instrucción, 2003-2005



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 (ver Gráfica 3).^{vi}

Gráfica 3.
Porcentaje de adolescentes que son madres o están embarazadas según condición de pobreza, 2002-2005



Sobre otras consecuencias en términos sociales, existe poca información que establezca evidencia en la región sobre el tema; sin embargo, hay algunos estudios

que muestran el efecto negativo del embarazo en las adolescentes. Por ejemplo, se encontró que un nacimiento en la adolescencia rebaja la razón de ingreso/necesidades de una mujer en más del 30%. Respecto a la transmisión intergeneracional de la pobreza, se ha encontrado que el ser madre adolescente aumenta la probabilidad de ser pobre de 16% a 28%.^{vii} Asimismo, un estudio llevado a cabo en Chile indica que la maternidad temprana va acompañada de efectos económicos negativos, en términos de menores ingresos mensuales, especialmente para las madres pobres que más necesitan de esos ingresos. Los ingresos mensuales de las madres adolescentes son alrededor de un 90% menor que los de las madres adultas. Al incluir la variable educación (0-9 años) los ingresos mensuales de las madres adolescentes son alrededor del 70% inferior que los de las madres adultas. Por lo tanto, la maternidad temprana profundiza la pobreza de las mujeres.^{viii} En el mismo estudio sobre costos de la maternidad entre adolescentes, se demostró que 67% de las madres adolescentes fueron hijas de madres adolescentes, en comparación con el 35% en el caso de madres no adolescentes; lo cual es otro aspecto de las consecuencias de esta situación. Asimismo, una investigación realizada en 16 países de América Latina demuestra los impactos negativos de la maternidad adolescente sobre los logros educativos de los 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.^{ix}

1.2 Algunos aspectos contextuales del embarazo en adolescentes en el Ecuador^x

En el Ecuador viven cerca de dos millones y medio de adolescentes entre 10 y 19 años, Los/as adolescentes representan el 20% del total de la población ecuatoriana.

La tendencia de la fecundidad adolescente en el país en la última década es al incremento, siendo la más alta de la sub.-región andina y oscila alrededor de 100 nacimientos por cada mil mujeres.^{xi}

En Ecuador dos de cada tres adolescentes de 15-19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez. Las proporciones de maternidad adolescente son hasta cuatro veces más altas entre las que no tienen educación (43%), comparadas con las de niveles educativos más altos (11% con secundaria completa).

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 Ecuador, mientras poco más del 10% de las adolescentes de mayor nivel de ingresos son madres o se embarazan. Asimismo, al analizar las tasas de fecundidad por Área, se observa que la fecundidad adolescente en áreas rurales son 30% más altas que en áreas urbanas (3.9 vs. 2.9).

Ecuador es uno de los países con menor asistencia de adolescentes al nivel secundario de educación, con menos del 50%, lo que supone un factor de riesgo para la ocurrencia del embarazo en estas edades, así como una consecuencia del mismo. En relación con el embarazo adolescente, según ENDEMAIN 2004, el 45% de adolescentes que se embarazaron, no estudiaban ni trabajaban.

Las tasas de desempleo son siempre mucho más elevadas entre los jóvenes de 15-24 años, comparados con los demás grupos de edad y el desempleo es mayor entre las mujeres. Los/as adolescentes son quienes presentan menores tasas de ocupación, y adolescentes y jóvenes que trabajan y tienen hijos, por su menor edad y poca experiencia, encuentran mayores barreras para encontrar trabajo, y la gran mayoría

trabaja en empleos de baja productividad, con bajos salarios, sin cobertura de la seguridad social y con limitaciones para su crecimiento personal. En el caso de las mujeres, se profundizan las diferencias entre las adolescentes y jóvenes pobres, que trabajan en menores proporciones, y las no pobres, que en su gran mayoría están ocupadas. Los asalariados informales incluyen sobre todo a jóvenes que abandonan la escuela tempranamente, transitan y/o permanecen en el mercado informal sin superar la educación secundaria, muchos de ellos/as haciéndose jefes/as de sus hogares con hijos/as.

1.3 Aspectos asociados al embarazo en la adolescencia

1.3.1 Iniciación sexual, anticoncepción y nupcialidad

La edad de la iniciación sexual, el conocimiento y uso de anticonceptivos y la nupcialidad son determinantes próximos asociados a la probabilidad de que se produzca el embarazo adolescente. En el caso de la anticoncepción, hay una distancia entre el conocimiento y el uso de métodos (91% vs. 47% según ENDEMAIN 2004). El conocimiento está generalizado entre los/as adolescentes, principalmente entre varones y mujeres unidos/as o no unidos/as sexualmente activos/as. Más del 90% de estos grupos conocen algún método moderno, aunque hay métodos como la anticoncepción de emergencia que no son conocidos ni por la mitad de los/as adolescentes. La vasectomía, el condón femenino y los implantes también son métodos que una buena parte de adolescentes no conoce.

La mayoría de las adolescentes unidas no usa actualmente algún método anticonceptivo moderno, incluso aquellas quienes no desean hijos/as en los próximos meses, y los métodos que utilizan, no son los más adecuados, pues más de una entre diez adolescentes usan métodos tradicionales (12%, ENDEMAIN 2004), esto es más frecuente entre las mujeres no unidas sexualmente activas quienes en su mayoría utilizan este tipo de métodos.^{xii} En general, el uso en la primera relación sexual es muy bajo, únicamente 13.5% de las adolescentes usaron algún método durante su primera relación sexual; siendo que la razón predominante del no uso entre mujeres que tuvieron relaciones premaritales fue el que no esperaba tener relaciones, mientras que entre mujeres que tuvieron relaciones maritales fue el desconocimiento de métodos.^{xiii}

1.3.2 Acceso a servicios, información y educación en salud sexual y reproductiva

La incidencia de embarazos en la adolescencia se relaciona, entre otros aspectos, con limitaciones e insuficiencias en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, así como a la información y la educación.

A pesar de que existe una alta aceptación del uso de métodos anticonceptivos entre adolescentes varones y mujeres (aproximadamente 90%), este grupo poblacional es el menos expuesto a mensajes de planificación familiar, presenta el porcentaje más bajo de conversaciones con proveedores de servicios, tiene el menor porcentaje sobre el conocimientos de fuentes, así como una mayor demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos.

La educación, además de ampliar las aspiraciones de los y las adolescentes y de potenciar sus posibilidades de inserción productiva, contribuye a la preparación para la vida sexual y reproductiva y el ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva. En esta línea, el Ecuador cuenta con políticas públicas que protegen el derecho de los/as adolescentes a recibir información y educación en sexualidad y salud sexual y

reproductiva (PRONESA), pero existen importantes brechas en lo relativo a su implementación en las escuelas y mediante las vías no formales. Los datos disponibles corroboran la existencia de una demanda educativa insatisfecha en el campo de la educación de la sexualidad, ya que los/las adolescentes carecen por lo general de los conocimientos, actitudes y habilidades indispensables para tomar decisiones responsables respecto al inicio de su vida sexual, prevenir el embarazo, negociar las relaciones sexuales y el uso de métodos anticonceptivos, entre otros.

Los medios de comunicación juegan un rol importante profundizando la paradoja de que adolescentes y jóvenes tienen mayor acceso a información, pero no se garantiza la calidad y veracidad de la misma, esto afecta la toma de decisiones informadas y autónomas.

Los datos anteriores muestran que existe un acceso, aunque limitado, a información y educación de la sexualidad, alto conocimiento de métodos anticonceptivos pero poco uso de ellos, asistencia a controles prenatales y atención institucional del parto. No obstante, resulta evidente que la fecundidad adolescente no disminuye y, al contrario, mantiene una tendencia creciente. Por lo tanto, cabe la duda sobre si el enfoque de las acciones se concentran hacia la atención del embarazo adolescente en lugar de la prevención y/o si las acciones, como la organización de los servicios, responden a concepciones adulto céntricas, sin considerar las diversas necesidades de los/as adolescentes en diferentes contextos socio-culturales.

1.3.3 Familia y comunidad

Factores relacionados con desestructuración y/o disfuncionalidad familiar, comunicación inadecuada y falta de apoyo familiar han sido asociados con embarazo en adolescentes²

1.3.4 Implicaciones individuales y sociales del embarazo en adolescentes

Las implicaciones que tiene el embarazo en adolescentes son de distinta índole. Por ejemplo, puede haber consecuencias en la salud, la reproducción intergeneracional de la pobreza, la inestabilidad familiar, el abandono escolar y la inserción precaria en el mercado laboral. En términos demográficos también hay consecuencias, ya que en algunos estudios se ha observado que el inicio temprano de la fecundidad incide en el aumento de las tasas globales de fecundidad, particularmente aunado a la falta de acceso a métodos anticonceptivos modernos. Embarazarse en la adolescencia es un factor de riesgo para embarazos subsecuentes y para infecciones de transmisión sexual.

En general, las consecuencias son más graves para mujeres que para varones, lo cual evidencia las estructuras y relaciones de género desiguales en la región.

1.3.5 Salud materna y salud infantil

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.

En la mortalidad materna hay ciertos indicios de que un alumbramiento en adolescentes representa riesgos especiales para la futura madre; asimismo, hay consenso de que los riesgos aumentan considerablemente en adolescentes menores

² Chedraui, 2004; Ellis, 2003; Guijarro, 1999; Aquino, 2003; Lipovsek, 2002; Spear, 2003; Miller, 2001

de 15 años. Aunque el porcentaje de mujeres adolescentes que tuvieron su primer/a hijo/a antes de esta edad es bajo, es importante no subestimar el problema por su baja incidencia.^{xiv}

Algunos autores argumentan que las complicaciones obstétricas durante el embarazo en adolescentes se deben no tanto a la edad sino a otros factores asociados como un menor acceso a servicios, la pobreza y demás³

Hace falta estudios en el país sobre embarazo en adolescentes especialmente en menores de 15 años.

1.3.6 Violencia y embarazo en adolescentes

Algunos estudios determinan como factor de riesgo para embarazos en adolescentes el haber sufrido abuso sexual durante la infancia y/o adolescencia y también el tema de que muchos de los embarazos son fruto de abuso sexual, sin embargo esta problemática debe ser profundizada con estudios nacionales y locales.

1.3.7 Aborto inducido

Otra de las implicaciones del embarazo adolescente tiene que ver con los casos de aborto inducido. Según algunos investigadores, este fenómeno es frecuente entre mujeres adolescentes no unidas que no planeaban/deseaban sus embarazos. En Ecuador 10% de las mujeres entre 15 y 24 años que tuvieron su embarazo antes de los 15 años, dijeron que éste terminó en aborto. Esta cifra es más baja en los otros grupos de edad.^{xv}

En síntesis, la evidencia sugiere que el embarazo y la fecundidad adolescente es un problema tanto a nivel individual como 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, el embarazo adolescente 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, siendo que 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.

2. MARCO LEGAL INTERNACIONAL Y NACIONAL

Dentro del marco legal que sustenta la problemática del embarazo adolescente en el país se encuentra la Constitución Política de la República del Ecuador que garantiza el derecho a un nivel de vida que asegure la salud. La Constitución Política en los artículos 42, 43, 47 y 49 dispone el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia. El Estado promoverá la cultura por la salud y la vida con énfasis en la educación alimentaria y nutricional de madres y niños, y en la salud sexual y reproductiva, mediante la participación de la sociedad y la colaboración de los medios de comunicación social.

³ Conde-Agudelo, 2005; Treffers, 2001

Por otro lado la Constitución Política de la República del Ecuador dispone atención prioritaria, preferente y especializada a niños/as, adolescentes y mujeres embarazadas. El Estado les asegurará y garantizará el derecho a la vida, desde su concepción; a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición, a la educación y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social, a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria; a la participación social, al respeto a su libertad y dignidad, y a ser consultados en los asuntos que les afecten.

Por otro lado el país es signatario de varios instrumentos internacionales aprobados por consensos en Conferencias y Convenciones Internacionales, entre las que podemos destacar:

La Convención de Derechos Humanos que identifica los derechos culturales, sociales, económicos y políticos y determina que la familia, como grupo fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros, debe recibir la protección y asistencia necesarias para poder asumir plenamente sus responsabilidades dentro de la comunidad.

La Convención sobre los Derechos del Niño y sus protocolos facultativos determina cuatro tipos de derechos: a la supervivencia, desarrollo, participación y protección integral; determina la necesidad de protección y cuidados especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento.

La Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer establece que los Estados partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el periodo posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fueren necesarios, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

El Programa de Acción de la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo (Programa de Acción de El Cairo) de 1994, definió el término "derechos reproductivos" de la siguiente manera: "Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales de derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas, aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el momento de tenerlos, y a disponer de la información y de los medios necesarios para ello, y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y salud reproductiva. También incluye el derecho de todas las personas a adoptar decisiones en relación con la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, como está expresado en los documentos sobre derechos humanos".

En la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, realizada en Beijing en 1995, se incluyó a la salud sexual como parte de la salud reproductiva y se estableció que "Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva y decidir libremente respecto a estas cuestiones, sin coerción, discriminación y violencia. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exigen respeto y el consentimiento recíprocos y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual".

Finalmente, La Cumbre del Milenio en el año 2000, establece ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio, con el propósito de garantizar un desarrollo económico sostenible, de ellos tres se refieren a: igualdad entre géneros y la autonomía de la mujer, reducción de la mortalidad en la infancia y al mejoramiento de la salud materna.

El Estado Ecuatoriano ratificó la Convención Iberoamericana de Derechos de Juventud, donde se establecen como derechos fundamentales de adolescentes y jóvenes el acceso a educación de la sexualidad y a atención de salud sexual y reproductiva.

El Código de la Niñez y Adolescencia establece el derecho a la vida de niños, niñas y adolescentes desde su concepción (Art. 20); en el artículo 25 se determina la creación de condiciones adecuadas para atención durante el embarazo y el parto a favor de la madres y de niños/as, especialmente tratándose de madres adolescentes y de niños o niñas con peso inferior a 2.500 gramos. En el artículo 50 establece la protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes y en particular dispone el derecho a que se respete su integridad personal, física, psicológica, cultural, afectiva y sexual.

Ley Orgánica de Salud determina que el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública, así como la obligatoriedad de implementar acciones de prevención y atención en salud integral, sexual y reproductiva dirigida a mujeres y hombres, con énfasis en adolescentes sin costo, esto además de otras disposiciones que constan en el capítulo de la salud sexual y salud reproductiva.

Leyes como la Ley de Educación de la Sexualidad y el Amor, Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, Ley contra la Violencia a la Mujer y la Familia, Ley para la Prevención y Atención del VIH/SIDA, constituyen instrumentos jurídicos y legales que promueven y garantizan los derechos sexuales y reproductivos, al establecer el acceso universal a servicios de: atención integral en casos de violencia intrafamiliar y promoción del buen trato, salud sexual y salud reproductiva, educación sexual. Además establecen una articulación entre las acciones del Gobierno e instancias de control y veeduría social.

El Estado Ecuatoriano ha formulado y promulgado instrumentos de planificación y definido marcos institucionales con enfoque de derechos, particularmente los sexuales y reproductivos en adolescentes, para la operativización de las Políticas y preceptos constitucionales antes citados, así por ejemplo, el Plan Nacional de la Educación de la Sexualidad; Plan de Igualdad de Oportunidades 2005- 2009 ; Plan de Acción Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos; Plan Decenal de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia PNDPINA; Plan Decenal de Educación; Plan Nacional de Desarrollo Social, Productivo y Ambiental 2007-2010, Programa Nacional de Educación de la Sexualidad y el Amor-PRONESA; Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos; Agenda Social 2007; Agenda Social de la Niñez y Adolescencia 2007-2010; Decreto 620 del 10 de septiembre del 2007, Política de estado con enfoque de derechos Humanos para la erradicación de la violencia de género hacia la niñez, adolescencia y mujeres; Decreto 179 del 1 de junio del 2005, Política de Estado de Protección integral de la Niñez y Adolescencia.

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

En el Plan Nacional Decenal de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia (2004-2014), como meta de la política 22 y en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010 como meta del objetivo 3, se enuncia “disminuir el embarazo en adolescentes en un 25% y reducir la mortalidad por esta causa, especialmente en zonas pobres e indígenas”.

El 30 de marzo del 2007 en la Reunión de Ministros de Salud del Área Andina uno de los temas priorizados en la región mediante la resolución XXVIII 437 fue la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Se conformó un comité con representantes de los seis países, quienes elaborarán el Plan Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes.

3. MARCO CONCEPTUAL

El punto de partida es considerar el embarazo en adolescentes como un problema social, pues cuando una adolescente se embaraza, toda la sociedad debe movilizarse; e individual, porque afecta el desarrollo de las mujeres y hombres adolescentes, en el sentido de que se ven abocadas/os a nuevas situaciones que truncan o modifican sus proyectos de vida, en torno especialmente a estudiar, recrearse, profesionalizarse y realizar su metas personales.

Existen debates alrededor del presupuesto anterior, sin embargo, hay consenso en que un evento no esperado, en las condiciones sociales-económicas y culturales que vive el Ecuador y la Región Andina, no es un escenario que brinde las mejores oportunidades para que los y las adolescentes puedan vivir su embarazo en buenas condiciones. De hecho, las voces juveniles establecen que cuando una adolescente se embaraza, muchas veces enfrentan solas el problema, pues ni ella, ni su pareja, ni sus padres o madres, así como tampoco los servicios públicos (educación y salud) tienen suficientes elementos para abordar y apoyar a la joven que enfrenta un embarazo. En este ítem, abordaremos algunos de los determinantes que tienen que ver con la problemática.

La prevención del embarazo adolescente tiene que abordar la sexualidad, pues en la sociedad existen diversas instancias que influyen en las prácticas sexuales en forma contradictoria, y por tanto afectan en la forma en que la sociedad aborda el embarazo en adolescentes, así:

Los medios masivos suscitan un imaginario colectivo desligado de una construcción cultural erótico-afectiva. En ese sentido, promueven imaginarios contradictorios, duales con una doble moral, que se caracteriza por promover el erotismo ligado al consumo en donde la mujer y las adolescentes son vistas como objetos de deseo y sin embargo, no ayudan a mirar el embarazo en adolescentes en forma integral, mas bien fortalecen los estereotipos que desvalorizan a las adolescentes y no permiten la asunción de responsabilidades desde los diferentes sectores sociales (los adolescentes, integrantes de las familias, sector público – salud y educación-).

En los espacios familiares y otros espacios micro, la sexualidad es vista como degradante, pecaminosa o “en el mejor de los casos” legitimada en círculos de permisión como el matrimonio y la familia. Cuando se produce un embarazo en adolescentes, algunos padres y madres de familia, agudizan la situación, pues el embarazo en adolescentes puede ser causa de una violencia que está legitimada, los padres expulsan a las adolescentes de sus casas o les confinan.

La cultura patriarcal incide en un sentido sexual de poder y dominación con una clara definición de roles de género para la mujer y la niña que atraviesa los ámbitos familiares y sociales con la posesión del más débil. Los y las adolescentes plantean que sus parejas no asumen el embarazo, refieren desde maltrato hasta obligarles a abortar, cuyo denominador común es el no reconocimiento de que las adolescentes embarazadas tienen derechos y el primero de ello es la decisión sobre su cuerpo y su vida.

La institucionalidad en salud y educación en forma predominante manejan la sexualidad desde lo biológico y ligada a la procreación con dificultades de ahondar en las otras dimensiones de la sexualidad: psicológica, afectiva, erótica, relacional, placentera y comunicativa.

El sector salud, en los servicios de salud, maltrata a las adolescentes embarazadas y ahonda la problemática desde una intervención biologicista que no la considera persona social y sujeta de derecho, es en este ámbito en donde en forma sutil se irrespeta la confidencialidad, por la falta de preparación del recurso humano en salud integral.

Las autoridades y docentes de los planteles educativos tienen diversas formas de irrespeto y violación de los derechos de las jóvenes embarazadas, desde la negación al derecho a la educación, y a la integridad física. En ese espacio y en el Ecuador se han dado casos de expulsión de adolescentes embarazadas violando la normativa constitucional.

La sexualidad está estigmatizada en la sociedad y tiene dificultades de un diálogo y fluidez de información que permita un abordaje integral. En esa cultura sexual, surge la figura de la adolescente embarazada con los mismos estigmas. El embarazo en adolescentes es el pretexto para seguir vulnerando los derechos de las adolescentes y aumentar sus vulnerabilidades, por ello el trabajo debe centrarse en dos ámbitos:

- a) prevenir el embarazo en adolescentes a través de la promoción de los derechos sexuales de las adolescentes con una mirada integral y equitativa, y
- b) preparar a la sociedad para ayudar a llevar con dignidad los embarazos de las adolescentes que así lo decidan.

En la sociedad ecuatoriana, existen diversos factores que causan vulnerabilidades que afectan el ejercicio y goce de los derechos de niños, niñas, adolescentes y jóvenes.

Los imaginarios de masculinidad que valorizan al hombre desde estereotipos de "poder dominación", para el uso del cuerpo de las mujeres transgrediendo sus límites lleva a estrechar el margen de comportamiento que legitima un embarazo en adolescentes sin ninguna responsabilidad masculina.

Estas relaciones de poder, por supuesto cruzan la estructura familiar, como espacio en el que se reproducen los roles y estereotipo de género asignados a hombres y mujeres, por los cuales, las mujeres asumen tareas domésticas sin tiempo para fomentar habilidades para el trabajo fuera de casa. Muchas de las mujeres tienen como única opción quedarse en círculos familiares en donde sufren abusos sexuales o emplearse en el servicio doméstico con abusos de todo tipo incluido el sexual y que además se constituyen en puertas de entrada a la explotación sexual (Geneva:2004, México)⁴.

⁴ El informe del proyecto de Geneva en Serbia habla de que 11 víctimas de explotación sexual tenían hermanas que habían sido traficadas. (Geneva:2004:5).

Los servicios de salud sexual y reproductiva son particularmente importantes para adolescentes expuestos a mayor vulnerabilidad, adolescentes trabajadores, los que viven en situaciones de pobreza, ruralidad, afro descendientes e indígenas, los que están fuera del sistema escolar, en situaciones de callejerización, explotación sexual, y drogadicción.

A pesar de que existe una alta aceptación del uso de métodos anticonceptivos entre adolescentes varones y mujeres en la región (aproximadamente 90%), este grupo poblacional es el menos expuesto a mensajes de planificación familiar, presenta el porcentaje más bajo de conversaciones con proveedores de servicios, tiene el menor porcentaje sobre el conocimientos de fuentes, así como una mayor demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos.

Debido a la gran diversidad étnica y multicultural del país, es particularmente importante generar información para buscar explicaciones en este campo, y para diseñar políticas nacionales con referencia local que tengan impacto en deconstruir las barreras de información y acceso a los servicios de salud, incluidos el acceso a métodos anticonceptivos modernos para los y las adolescentes.

Por otra parte, los factores relacionados con el acceso y permanencia en el sistema educativo y con la calidad y pertinencia de los contenidos educativos se asocian estrechamente con la incidencia del embarazo y la maternidad en la adolescencia. Existen fuertes evidencias respecto al efecto de “blindaje” o “protección” que ejerce la escuela: las adolescentes que están en la escuela y logran transitar sin rezago por los sucesivos niveles de enseñanza, tienen mayores probabilidades de continuar su formación y acceder en un futuro a mejores oportunidades de empleo, por cuanto el matrimonio y la maternidad no constituyen el único eje de su proyecto de vida.

No obstante, resulta evidente que la fecundidad adolescente no disminuye solamente con información y acceso a servicios. Por lo tanto, cabe la duda sobre si el enfoque de las acciones se concentran hacia la atención del embarazo adolescente en lugar de la prevención y/o si las acciones, como la organización de los servicios, responden a concepciones adulto céntricas, sin considerar las diversas necesidades reales y sentidas de los/as adolescentes en diferentes contextos socio-culturales.

Los sectores de educación, salud y trabajo no han desarrollado capacidades integrales e integradoras para disminuir las condiciones de exclusión y de riesgo de niños, niñas y adolescentes.

Del problema, contexto y marco conceptual se derivan los fundamentos estratégicos del presente Plan que están en concordancia con las leyes nacionales en salud, educación y en el campo social en general. Se resalta la Ley del Sistema Nacional de Salud y la Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos^{xvi}, quienes enfatizan en la garantía de los derechos humanos integrales e indivisibles, en la equidad, en donde se debe considerar lo de género, intergeneracional, la interculturalidad y la participación ciudadana.

4. FUNDAMENTOS ESTRATÉGICOS

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

4.1. Ejercicio de Derechos sexuales y derechos reproductivos

El Ecuador, durante la última década ha realizado importantes avances en materia de derechos sexuales y reproductivos, los mismos que constan en diferentes cuerpos legales como: la Constitución, códigos, leyes, y ha ratificado los acuerdos internacionales relacionados con el tema, los esfuerzos en la ejecución del presente plan deberán encaminarse a que el enfoque de derechos sea transversal en todas las acciones de las instituciones y de la sociedad civil, de manera que en la vida cotidiana los y las adolescentes del país, ejerzan y gocen de estos derechos. En algunos aspectos será necesario armonizar la legislación nacional y los acuerdos internacionales y ampliar los derechos sexuales de grupos poblacionales tradicionalmente discriminados, la erradicación de la explotación sexual, el tráfico de personas, el turismo sexual y la pornografía infantil, así como para el ejercicio más seguro del derecho a la reproducción.

4.2. Intersectorialidad

Reconociendo que en el desarrollo de la sexualidad y reproducción humana intervienen una diversidad de factores, que rebasan los ámbitos del sistema de salud, y considerando que el embarazo en adolescentes es una problemática social multicausal el plan será trabajado desde los múltiples sectores e instancias gubernamentales, no gubernamentales y sociedad civil para juntar esfuerzos, evitar su duplicación y hacer realidad la salud y los derechos sexuales y reproductivos, y para que los y las adolescentes participen activamente en el proceso de conformación de una sociedad más saludable, autónoma y libre.

La integración de lo local y de lo nacional, ordena y orienta las funciones de los distintos niveles de gestión de lo social, enfatizando en que la formulación participativa se hace desde lo local con la dirección estratégica objeto del Estado en el nivel central y la ejecución de acuerdo a las competencias definidas en el marco de un Estado unitario, desconcentrado y descentralizado.

La construcción y fortalecimiento de la Política Pública Social como sistema de protección integral, establece una interacción entre Estado y Sociedad Civil como dos espacios con la misma jerarquía de poder (entendiéndose el poder como la capacidad de hacer).

En ese sentido, la intersectorialidad es un elemento fundamental, pues es la necesidad de convocar a las voluntades de los múltiples sectores e instancias que inciden en el esfuerzo de hacer realidad la salud y los derechos sexuales y reproductivos, para que participen activamente en el proceso de conformación de una sociedad más saludable, autónoma y libre.

4.3. Promoción de la igualdad entre hombres y mujeres

Acorde con la Política Nacional de SDSR, el presente plan considera un “marco de equidad de género”, sin embargo, debido a la situación de desigualdad de las mujeres, éste debe ser priorizada para las mujeres, como manifestaron todas las naciones en las Convenciones, Pactos y Conferencias Internacionales. Uno de los principales retos que tenemos es el fortalecimiento de la autonomía de la mujer como condición fundamental para el logro de un desarrollo humano sostenible y el mejoramiento de la salud sexual y salud reproductiva de todas y todos. La sexualidad y los cuerpos son el territorio por excelencia de las relaciones y la negociación de los intereses compartidos y opuestos de hombres y mujeres, y sus resultados se encuentran expresados en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la salud sexual y salud reproductiva de las mujeres. Es necesario aumentar la capacidad de las mujeres para

defender sus derechos individuales y colectivos en todos los ámbitos que contribuyen a conformar la identidad de género^{xviii}.

El enfoque de género insertado en las Políticas Públicas constituyen una mirada fundamental para: "tomar en cuenta las diferencias entre los sexos en la generación del desarrollo y analizar en cada sociedad, las causas y los mecanismos institucionales y culturales que estructuran la desigualdad entre los sexos, así como elaborar políticas con estrategias para corregir los desequilibrios existentes"

4.4. Construcción de ciudadanía y participación social

Tradicionalmente en el país se ha enfatizado en la salud reproductiva y poco en la salud sexual, por tanto es necesario incrementar acciones tendientes al desarrollo de la sexualidad saludable en la población ecuatoriana, por esta razón, se considera que una de las mejores herramientas para lograr este objetivo es la educación sexual integral, científicamente fundamentada y que promueva el crecimiento afectivo, personal, familiar, social y la calidad de vida en hombres y mujeres en todas las etapas del ciclo vital. Es importante apoyar para que los medios de comunicación promuevan imágenes femeninas y masculinas positivas y diversas que destaquen comportamientos en los que se comparten el poder, la práctica sexual responsable, segura y placentera y las relaciones sexuales basadas en el respeto mutuo y la autonomía.

Un aspecto fundamental es promover y fortalecer la organización y participación de adolescentes en la construcción del plan, en su ejecución, en la toma de decisiones y en los sistemas de vigilancia y veeduría social.

4.5. Respeto a la diversidad cultural y étnica

El Estado Ecuatoriano es un Estado Social de derecho, soberano, unitario, independiente, democrático, laico, multiétnico y pluricultural, por lo tanto la convivencia entre diferentes culturas en la sociedad ecuatoriana amerita la creación de conocimiento y líneas de acción que permitan el desarrollo de todos los grupos poblacionales que cohabitan en el territorio nacional.^{xix}

El Estado ecuatoriano cuenta con la presencia de mas de 13 nacionalidades indígenas, con cosmovisiones propias que afectan la salud de sus integrantes y de los y las adolescentes, es imperativo, incorporar el enfoque de interculturalidad en el Plan Nacional de Prevención de Embarazo Adolescentes, pues el ámbito local se matiza con las particularidades de los contextos geográficos y culturales en donde las desigualdades y exclusiones se profundizan.

5. 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

6. 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 los y las adolescentes
- Implementar y fortalecer los servicios de atención integral, con énfasis en SSR y prevención del embarazo en adolescentes.
- Garantizar la participación de las/los adolescentes en la construcción e implementación de políticas públicas integrales e intersectoriales de prevención del embarazo en adolescentes a nivel nacional y local.

7. Líneas de Acción

7.1. Sistemas de Información, Monitoreo y Evaluación

OBJETIVO 1: 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

ACTIVIDADES	RESULTADO	ACTORES ^v	PRESUPUESTO
<p>Elaboración de una línea de base y análisis de situación:</p> <ul style="list-style-type: none"> Realización de un estudio retrospectivo de revisión de historias clínicas y partes diarios en las unidades operativas de salud Elaborar y/o actualizar registros sobre población adolescente escolarizada, embarazadas asistiendo a colegios y valoración de los aspectos biológicos, psicológico, familiar, social y pedagógicos. Desarrollo de Investigaciones cualitativas y cuantitativas sobre aspectos relacionados con el embarazo en adolescentes (sectores salud, educación y otros), con representación provincial, cantonal en territorios de alta prevalencia y, a nivel urbano/rural. (Módulo en ENDEMAIN 2008) Desarrollar proyectos de investigación sobre brechas de información: embarazo en adolescentes en situaciones de mayor vulnerabilidad (violencia y embarazo adolescente, embarazos subsecuentes, adolescentes menores de 15 años, embarazo en adolescentes y VIH/SIDA) 	<ul style="list-style-type: none"> Línea base elaborada, publicada y difundida Investigaciones cualitativas-cuantitativas realizadas Proyectos de investigación realizados. 	<p>MSP, MCDS, MIES, ME, ONG, Cooperación Internacional</p> <p>MSP, OPS MSP- ME MCDS, CNNA, CONAMU, ONG y Organizaciones juveniles, Universidades, ONG, UNFPA</p>	<p>A definir</p> <p>A definir</p>
Fortalecimiento del Sistema de Información, Eliminación de brechas en el registro e información:			

^v Las negrillas corresponden a las Instituciones u organizaciones que lideran la actividad

ACTIVIDADES	RESULTADO	ACTORES ^v	PRESUPUESTO
<ul style="list-style-type: none"> Fortalecimiento de un sistema de registro e información del Ministerio de Salud Pública sobre adolescentes Estandarizar los grupos de población, indicadores y actualizar los módulos del SIISE y del proceso de construcción del Plan Estratégico Nacional del Sistema de Estadísticas (PENDES). Adaptar los procesos y sistemas de registro y procesamiento de la información institucionales (registros, indicadores) a la estandarización nacional 	<ul style="list-style-type: none"> Sistema de información sobre embarazo adolescente: implementado y funcionando Sistema de indicadores estandarizado 	<p>MSP</p> <p>MSP, ME, INEC, MCDS, MIES, CONAMU, CNNA, ONG, UNFPA, OPS</p> <p>ME, MSP, MIES MCDS, CNNA, CONAMU, ONG, OPS, UNFPA.</p>	
Monitoreo y Evaluación del Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes:			
<ul style="list-style-type: none"> Elaboración e implementación del Plan de Monitoreo y Evaluación en los ámbitos nacional, provincial y cantonal 	<ul style="list-style-type: none"> Sistema de monitoreo y evaluación del Plan implementado y funcionando a nivel nacional y local 	<p>ME, MSP, MIES MCDS, CNNA, CONAMU, ONG, Cooperación Internacional.</p>	
Sistematización de experiencias y metodologías de educación, comunicación, prevención y atención del embarazo en adolescentes en el ámbito nacional, provincial y cantonal:			
<ul style="list-style-type: none"> Sistematizar experiencias y metodologías de trabajo con adolescentes Difundir experiencias y metodologías 	<ul style="list-style-type: none"> Experiencias y metodologías recuperadas y socializadas Replicadas experiencias y metodologías exitosas 	<p>MSP, ME, MIES, MCDS, CNNA, CONAMU, ONG y Organizaciones juveniles, Cooperación Internacional.</p>	

LÍNEA DE ACCIÓN

7.2. Fortalecimiento institucional y cooperación técnica horizontal

OBJETIVO 1: Fortalecer la rectoría del Estado para la protección integral de los y las adolescentes e implementar servicios de atención integral

ACTIVIDADES	RESULTADO	ACTORES	PRESUPUESTO
1. Fortalecimiento de los programas nacionales para adolescentes: Atención Integral para Adolescentes MSP, Programa Nacional de Educación de la Sexualidad y el Amor PRONESA, Dirección de Atención Integral a Niñez y Adolescencia DAINA, Dirección Nacional de Juventud DNJ, en lo técnico, financiero, logístico			
<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de un plan de capacitación dimensionado en lo financiero y requerimientos técnicos permanentes para desarrollar competencias en los técnicos de cada uno de los programas para la atención integral de adolescentes en el marco de los derechos con enfoques de género, intergeneracional e intercultural. • Capacitación en prevención del embarazo en adolescentes a nivel nacional, provincial y local. • Conformación de un sistema de supervisión y seguimiento al plan de capacitación, con recursos financieros y técnicos suficientes y sostenibles. 	Fortalecidas las capacidades nacionales técnicas y financieras para la protección integral de adolescentes con énfasis en prevención del embarazo en adolescentes	ME, MSP, MIES, MCDS, CNNA, CONAMU, ONG, Organizaciones juveniles, Cooperación Internacional	
2. Fortalecimiento de los programas de promoción de la salud:			
<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento de la institucionalización de la Educación de la sexualidad en todos los establecimientos del sistema educativos • Fortalecimiento de la coordinación entre los sectores de salud y educación para mejorar la información sobre salud sexual y salud reproductiva a adolescentes en el sistema escolar y fuera del sistema escolar 	Los establecimientos educativos del ME implementan educación de la sexualidad integral Incorporada la problemática del embarazo adolescentes en los programas de promoción de salud del MSP en coordinación con el sector educativo La comunidad y los y las	ME, Instituciones del Comité de Apoyo Interinstitucional CAI MSP-ME, ONG, Cooperación Internacional,	

ACTIVIDADES	RESULTADO	ACTORES	PRESUPUESTO
	adolescentes se encuentran informados sobre el embarazo en adolescentes y el ejercicio de los derechos	Organizaciones comunitarias y juveniles	
3. Fortalecimiento de los modelos de gestión y atención a nivel cantonal, provincial y nacional propiciando la institucionalización de una atención integral y diferenciada a los y las adolescentes:			
<ul style="list-style-type: none"> • Implementación de proyectos de mejoramiento de la accesibilidad y calidad de la atención de los servicios de salud identificando barreras de acceso económicas, culturales, geográficas de género (entre otras). • Fortalecimiento de redes interinstitucionales e intersectoriales y de cooperación horizontal. • Fortalecimiento de los servicios de salud para una atención diferenciada para los y las adolescentes • Fortalecimiento de los departamentos de orientación y bienestar estudiantil-DOBE del sistema educativo • Aplicación del currículo educativo de Educación de la sexualidad en todos los establecimiento del país, y fortalecimiento de la Educación de la sexualidad en la comunidad educativa, con su respectiva supervisión y seguimiento técnico continuo 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de indicadores de calidad sobre atención diferenciada para adolescentes en servicios del MSP y en los DOBE del ME • Redes intersectoriales e interinstitucionales para atención integral de adolescentes conformadas y funcionando • Lograr que los y las adolescentes reciban una atención diferenciada y de calidad en salud y educación • La ES incorporada en el currículo de los establecimientos educativos del ME 	<p>MSP, ME, ONG, Cooperación Internacional</p> <p>MSP, ME, MIES, MCDS, CONAMU, CNNA</p> <p>MSP-ME</p> <p>ME</p>	
4. Fortalecer la promoción y aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. LMGYAI:			
<ul style="list-style-type: none"> • Promoción y acceso a prestaciones de salud sexual y reproductiva y prevención de embarazo para adolescentes 	Servicios de salud del MSP aplican la LMGYAI con énfasis en adolescentes	MSP UELMGAI	

LÍNEA DE ACCIÓN

7.3. Participación de adolescentes, abogacía, alianza y participación social

OBJETIVO 1: Asegurar el derecho de adolescentes a la participación y construcción de políticas públicas a nivel nacional y local con énfasis en la prevención del embarazo en adolescentes

ACTIVIDADES	RESULTADO	ACTORES	PRESUPUESTO
1. Promoción de actoría de adolescentes en la vigilancia y exigibilidad de sus derechos con énfasis en la prevención del embarazo en adolescentes:			
<ul style="list-style-type: none"> • Mapeo e inventario de organizaciones de adolescentes y jóvenes; y organizaciones gubernamentales y de la sociedad civil que trabajan con adolescentes y jóvenes. • Recuperar las experiencias nacionales y locales en promoción de derechos de adolescentes. Desarrollar herramientas de comunicación y abogacía de jóvenes para jóvenes • Conformación de espacios organizados de adolescentes (Consejos Consultivos de niños, niñas y adolescentes) y veedurías juveniles que identifiquen casos de discriminación y/o exclusión 	<p>Inventario y mapeo de organizaciones juveniles y de adolescentes temáticas y territoriales</p> <p>Banco de experiencias nacionales y locales de promoción de derechos de los adolescentes</p> <p>Banco de información (Pág. Web) para comunicación y abogacía de adolescentes y jóvenes</p> <p>Los adolescentes y jóvenes ejercen su derecho a la participación en el marco de la prevención del embarazo en adolescentes</p>	<p>MIES, MCDS; CNNA, CCNA, CONAMU, ONG, UNFPA</p> <p>Gobiernos locales, MSP, ME, CONAMU, CNNA, CCNA, ONG, Cooperación Internacional</p> <p>CNNA, CCNA, Consejo Consultivo Nacional de Niñas, Niños y Adolescentes, ONG</p>	

ACTIVIDADES	RESULTADO	ACTORES	PRESUPUESTO
2. Fortalecimiento de las formas de organización de la comunidad para la promoción defensa y vigilancia de los derechos de las adolescentes embarazadas (defensorías comunitarias, redes comunitarias):			
<ul style="list-style-type: none"> Fortalecimiento espacios comunitarios y redes organizadas para realización de veeduría social, (Comités de Usuarías, de la LMGAI entre otros) Establecimiento de línea 1800 para recepción y procesamiento de quejas, denuncias y propuestas de adolescentes y jóvenes. Retomar la ruta de la denuncia propuesta por el CONAMU, para el caso de violaciones a los derechos y/o casos de violencias 	<p>Jóvenes y adolescentes participan en espacios de veeduría : Comités de Usuarías, CCNA u otros</p>	<p>CONAMU, CCNA, ONG</p>	
3. Sensibilización a la sociedad sobre los derechos sexuales y reproductivos con énfasis en la prevención del embarazo en adolescentes			
<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar una estrategia de comunicación masiva y movilización social para la prevención de embarazo en adolescentes Promoción de alianzas y procesos de abogacía entre las organizaciones gubernamentales no gubernamentales para posicionar la temática 	<p>Sociedad civil conoce y participa activamente en la prevención del embarazo en adolescentes</p> <p>Estrategia comunicacional implementada a nivel nacional y local</p> <p>Los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes con énfasis</p>	<p>MSP, ME, MIES, MCDS, CNNA, CCNA, CONAMU, ONG, medios de comunicación, cooperación internacional</p> <p>MCDS, MIES, ME, MSP, CNNA, CONAMU, ONG,</p>	

ACTIVIDADES	RESULTADO	ACTORES	PRESUPUESTO
	en prevención del embarazo en adolescentes posicionados en la agenda nacional	Organizaciones Juveniles, Gobiernos locales, Cooperación Internacional	

BIBLIOGRAFÍA

-
- ⁱ AFPA, Análisis de Situación del embarazo adolescente en lo Países del Área Andina EAT, junio 2007
- ⁱⁱ CELADE (2004). Boletín Demográfico 73. América Latina y Caribe: Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2050. Santiago de Chile.
- ⁱⁱⁱ Encuestas DHS para Bolivia, Colombia y Perú; CAN para Chile; ENDEMAIN para Ecuador; PNSNNA para Venezuela.
- ^{iv} UNFPA (2005). State of World Population 2005. New York.
- ^v 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.
- ^{vi} Encuestas DHS para Bolivia, Colombia y Perú; Rodríguez (2005) para Chile; ENDEMAIN para Ecuador.
- ^{vii} Guzmán, J.M. et al. (2001). Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe. México.
- ^{viii} Buvinic, M. (1998). *Costos de la maternidad adolescente en Barbados, Chile, Guatemala y México*. Washington. No WID-102.
- ^{ix} 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.
- ^x La información incluida en esta sección proviene de: ENDEMAIN 2004 y Sistema integrado de Indicadores Sociales (SIISE versión 4.5)
- ^{xi} 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.
- ^{xii} Gómes, C. (2007). *ASP regional*. México: UNFPA.
- ^{xiii} ENDEMAIN 2004.
- ^{xiv} Guzmán, J.M. et al. (2001). Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe. México.
- ^{xv} ENDEMAIN para Ecuador.
- ^{xvi} Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos
- ^{xvii} Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos
- ^{xviii} ídem
- ^{xix} Ídem