



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**  
*La Universidad Católica de Loja*

**ÁREA ADMINISTRATIVA**

TITULACIÓN DE ECONOMISTA

**Análisis socio económico producto de los embarazos en las adolescentes de la ciudad de Quito período 2005– 2009**

TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN

AUTOR: Costales Ruiz, Susana Cecilia

DIRECTOR: Izquierdo Montoya, Gonzalo Leonardo, Econ.

CENTRO UNIVERSITARIO QUITO

2014

## **APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN**

Econ.

Gonzalo Leonardo Izquierdo Montoya

**DOCENTE DE LA TITULACIÓN**

De mi consideración:

El presente trabajo de fin de titulación: “Análisis socio económico producto de los embarazos en las adolescentes de la ciudad de Quito período 2005– 2009” realizado por Costales Ruiz Susana Cecilia, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, mayo de 2014

f)

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo Costales Ruiz Susana Cecilia declaro ser autora del presente trabajo de fin de titulación: Análisis socio económico producto de los embarazos en las adolescentes de la ciudad de Quito período 2005– 2009, siendo Gonzalo Leonardo Izquierdo Montoya; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

f.  
Autor **Costales Ruiz Susana Cecilia**  
Cédula 0601800527

## **DEDICATORIA**

A Ti Señor de la victoria, que ha sido mi esperanza y fuente de inspiración; a mis padres WILFRIDO + y GEORGINA + que son expresión de amor; dedicaron su invaluable tiempo, abriendo caminos que me permitieron realizarme como persona para triunfar y vencer en la vida; a mis hermanos, familia y amigos que me han dado las palabras precisas, las actitudes pertinentes para hacer realidad mis sueños.

A los adolescentes de mi país, y en especial aquellos adolescentes de mi familia y amigos preferidos que están atravesando esta etapa de la vida, sin juzgarlos, respetando su tiempo, espacio, experiencia. Que esta investigación sea una válvula de escape y orientación para mejorar cada día, no son uno más en la estadística de adolescentes embarazadas, son padres y madres formadores íntegros de un nuevo ser. Ustedes inspiraron en mí el deseo de comprender científicamente esta situación única y especial en la vida del ser humano; hoy me deja muchas inquietudes y me planteo nuevas preguntas

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, al personal de la Universidad Técnica Particular de Loja, de manera especial al personal administrativo, al director de la facultad de economía y, al director de tesis; del Hospital Gineco Obstétrico "Isidro Ayora" a su director; del Instituto Nacional de Estadística y Censos: a la Unidad de Procesamiento de la Subdirección General Planta Central y Litoral (Dilit); y a las demás instituciones y personas que contribuyeron al desarrollo de la presente investigación.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARATULA	i
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vi
RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
<b>CAPÍTULO I</b>	<b>5</b>
1. GENERALIDADES Y CONCEPTUALIZACIÓN	5
1.1. La adolescencia en Latinoamérica y en el Ecuador	8
1.1.1 Orientación y salud sexual reproductiva	12
<b>CAPÍTULO II</b>	<b>15</b>
2. METODOLOGÍA, ESTUDIO DE VARIABLES Y SELECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	15
2.1 Unidades de análisis	16
2.2 Recolección de los datos (selección de la información)	16
2.3 Medición	16
2.4. Conceptos básicos para el estudio	17
2.4.1 Estadística descriptiva	17
2.4.2 Estudios correlacionales	18
2.5 Estudio de variables	18
2.5.1 Selección de variables para el análisis de información de morbilidad	20
2.5.2 Selección de variables para determinar los aspectos socio – económicos que inciden en los embarazos y la forma de terminación de la gestación	20
2.5.3 Selección de variables para el análisis de otros factores en base a la información de otros estudios relacionados y otras estadísticas	21
<b>CAPÍTULO III</b>	<b>22</b>
3. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS ESTADÍSTICAS RELACIONADAS CON LA INCIDENCIA DE LOS EMBARAZOS EN LAS ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE QUITO	22
3.1 Estadísticas de los aspectos económicos– sociales y correlación de variables	23
3.1.1 Aspectos económicos: ingresos y gastos; empleo y desempleo	23
3.1.2 Aspectos sociales: la educación en el Ecuador, conceptos y factores de calidad, hogares con adolescentes embarazadas	27
3.2 Estadísticas de morbilidad	39
3.2.1 Análisis de los embarazos en las adolescentes de la ciudad de Quito	39
3.2.2 Formas de la terminación de la gestación en las adolescentes	41
3.2.3 Adolescentes que egresaron del hospital por motivos de embarazo, parto y puerperio	42
3.2.4 Terminación de embarazo por parto, cesárea y aborto en adolescentes en el Hospital Gineco Obstétrico “Isidro Ayora” – HGOIA	47
3.3 Estadística de mortalidad	55
3.4 Estadísticas de migración	59
3.5 Estadísticas de matrimonios y divorcios	61

<b>CAPÍTULO IV</b>	63
4. FACTORES DETERMINANTES PARA QUE SE DEN LOS EMBARAZOS EN ADOLESCENTES	63
4.1. Factores determinantes para el embarazo adolescente	64
4.2. Fecundidad	65
4.2.1. Iniciación sexual	65
4.2.2. Inmadurez física y psico-social	66
4.2.3. Educación sexual y reproductiva	68
4.3. Análisis de los aspectos socio - económicos determinantes para el embarazo adolescente	69
4.3.1. Nivel de educación	69
4.3.2. Acceso a información, educación y servicio	75
4.3.3. Nivel de ingresos, condiciones de pobreza	76
4.3.4. Acceso a empleo	78
4.4. Análisis de otros factores, variables relacionadas y otros estudios	84
4.4.1. Nupcialidad	84
4.4.2. Consideraciones psicosociales	85
4.4.2.1. Normas culturales y sociales	85
4.4.2.2. Sociedad represiva	85
4.4.2.3. Sociedad restrictiva	85
4.4.2.4. Sociedad permisiva	85
4.4.2.5. Sociedad alentadora	85
4.4.2.6. Menarca temprana	85
4.4.2.7. Familia disfuncional	87
4.4.2.8. Mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente y/o sola	87
4.4.2.9. Migraciones recientes	88
4.4.2.10. Pensamientos mágicos	88
4.4.2.11. Fantasías de esterilidad	88
4.4.2.12. Falta o distorsión de la información	88
4.4.2.13. Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres	88
4.4.2.14. Aumento en número de adolescentes	88
4.4.2.15. Factores socioculturales	88
<b>CAPÍTULO V</b>	89
5. ANÁLISIS COYUNTURALES Y PROPUESTA	89
5.1. Participación de los Organismos Internacionales	90
5.1.1. Programas de educación	90
5.1.2. Medidas de prevención de los embarazos adolescentes, por los Organismos internacionales	91
5.1.3. Otros Organismos internacionales que colaboran con la prevención y atención del embarazo en las adolescentes	92
5.2. Participación de los Organismos Nacionales	93
5.2.1. Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP)	94
5.2.2. Programa: atención integral a adolescentes	95
5.2.2.1. Unidad ejecutora de la ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia – Uelmgai	96
5.2.2.2. Comité Interinstitucional de prevención del embarazo en adolescentes (Cipea).	97
5.3. Propuesta	97

CONCLUSIONES	100
RECOMENDACIONES	104
GLOSARIO	106
BIBLIOGRAFÍA	107
ANEXOS	110
Anexo 1	111
Anexo 2	117
Anexo 3	122

## ÍNDICE DE CUADROS

### CAPÍTULO I

Cuadro N. 1 Mujeres entre 20 y 24 años en América Latina: porcentaje de las Casadas y porcentaje de las que han tenido su primera relación Sexual a edades de 15, 18 y 20 años 1980 – 2010 por países	14
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

### CAPÍTULO II

Cuadro N. 2 Material de información para análisis de contenido	19
----------------------------------------------------------------	----

### CAPÍTULO III

Cuadro N. 3 Ingresos promedio por hogar con adolescentes	23
Cuadro N. 4 Ingresos promedio por hogar con adolescentes embarazadas	23
Cuadro N. 5 Población económicamente activa por sexo según total Nacional y grupos de edad	24
Cuadro N. 6 Población económicamente activa por y grupos de edad según sexo, Quito y Pichincha	
Cuadro N. 7 Porcentaje de representatividad de la PEA en relación al Nacional	25
Cuadro N. 8 Total de Hogares en viviendas particulares ocupadas con personas presentes	26
Cuadro N. 9 Total de Hogares que tienen adolescentes entre 10 y 19 años (viviendas particulares ocupadas con personas presentes)	29
Cuadro N. 10 Total de Hogares que tienen adolescentes que son Madres con edades comprendidas entre 10 y 19 años (viviendas particulares ocupadas con personas presentes)	29
Cuadro N. 11 Estimación de hogares que tienen adolescentes entre los 10 y 19 años de edad y se encuentran embarazadas o en período de lactancia	30
Cuadro N. 12 Población por sexo según grupos de edad	30
Cuadro N. 13 Población femenina de 10 años que ha tenido al menos un hijo nacido vivo	30
Cuadro N. 14 Cuadro resumen de población femenina de 10 a 19 años que ha tenido al menos un hijo nacido vivo	31
Cuadro N. 15 Población masculina de 12 a 19 años por estado civil	31
Cuadro N. 16 Población femenina Pichincha de 10 a 19 años por nivel de Instrucción	32
	33
Cuadro N. 17 Población femenina Quito de 10 a 19 años por nivel de Instrucción	33
Cuadro N. 18 Mujeres de 10 a 19 años Nacional embarazadas por nivel de instrucción	34
Cuadro N. 19 Mujeres de 10 a 19 años Pichincha embarazadas por nivel de instrucción	34
Cuadro N. 20 Mujeres de 15 a 19 años Quito embarazadas por nivel de instrucción	35
Cuadro N. 21 Población Nacional de 10 a 19 años por parentesco	36
Cuadro N. 22 Población femenina de 10 a 19 años por parentesco	37
Cuadro N. 23 Población masculina de 10 a 19 años por parentesco	38
Cuadro N. 24 Principales causas de egresos hospitalarios de adolescentes, por causas de embarazo, parto puerperio 2009	40
Cuadro N. 25 Número de egresos hospitalarios mujeres a adolescentes De 10-19 años, por embarazo, parto y puerperio entre el 2004 al 2009	43
Cont. Cuadro N. 25 Número de egresos hospitalarios mujeres adolescentes de 10-19 años, por embarazo, parto y puerperio entre el 2004 al 2009	44

Cuadro N. 26 Partos normales, cesáreas y abortos por grupos de edad según egresos, año 2005	48
Cuadro N. 27 Partos normales, cesáreas y abortos por grupos de edad según egresos, año 2006	47
Cuadro N. 28 Partos normales, cesáreas y abortos por grupos de edad según egresos, año 2007	49
Cuadro N. 29 Partos normales, cesáreas y abortos por grupos de edad según egresos, año 2008	50
Cuadro N. 30 Partos normales, cesáreas y abortos por grupos de edad según egresos, año 2009	51
Cuadro N. 31 Partos normales, cesáreas y abortos por grupos de edad según egresos, año 2010	52
Cuadro N. 32 Partos y cesáreas 2005 al 2010	
Cuadro N. 33 Población total estimada mortalidad general, período 2004-2009	53
Cuadro N. 34 Defunciones a nivel Nacional por embarazo, parto y puerperio, adolescentes mujeres entre 10-19 años 2004 – 2009	55 56
Cuadro N. 35 Mortalidad de adolescentes mujeres entre 10-19 años a nivel Nacional	57
Cuadro N. 36 Mortalidad de adolescentes mujeres entre 10-19 años en la provincia de Pichincha	58
Cuadro N. 37 Entradas y salidas de ecuatorianos por grupos de edad, 2010	59
Cuadro N. 38 Salidas de ecuatorianos a nivel Nacional 2004 – 2010	60
Cuadro N. 39 Total matrimonios y divorcios a nivel Nacional entre adolescentes de 10 a 19 años 2004 – 2009	61

#### **CAPÍTULO IV**

Cuadro N. 40 Inicio de la vida sexual de la Adolescente	66
Cuadro N. 41 Edades de las adolescentes embarazadas de Quito	67
Cuadro N. 42 Método anticonceptivo utilizado por las adolescentes embarazadas de Quito	69
Cuadro N. 43 Hogares con personas por grupos de edad y Nivel de Instrucción del Jefe del Hogar, según Total Nacional, Pichincha y Quito Urbano	71
Cuadro N. 44 Hogares con personas femeninas de 10 a 19 años por Nivel de Instrucción del Jefe del Hogar, según Total Nacional, Pichincha y Quito Urbano	72
Cuadro N. 45 Hogares con personas femeninas de 15 a 19 años por Nivel de Instrucción del Jefe del Hogar, según Total Nacional, Pichincha y Quito Urbano	73
Cuadro N. 46 Años aprobados de las adolescentes embarazadas de Quito	73
Cuadro N. 47 Años aprobados de las adolescentes embarazadas de Quito, según instrucción	74
Cuadro N. 48 Deserción en los estudios de las Adolescentes Embarazadas de Quito	75
Cuadro N. 49 Hogares por grupo de edad, según Total Nacional, Pichincha y Quito Urbano	77
Cuadro N. 50 Hogares con personas femeninas por Grupos de edad e Ingreso Total, según Total Nacional, Pichincha y Quito Urbano	78
Cuadro N. 51 Tasas de desempleo, subempleo a nivel Nacional (Urbano-Rural)	79
Cuadro N. 52 Tasas de desempleo, subempleo a nivel Nacional Urbano	81
Cuadro N. 53 Empleo de las adolescentes de Quito	81
Cuadro N. 54 Actividades que realizan las adolescentes embarazadas de Quito	82
Cuadro N. 55 Proyecto de Vida que tienen las adolescentes embarazadas de Quito	83
Cuadro N. 56 Estado civil de las adolescentes embarazadas de Quito	84

Cuadro N. 57 Edad en que las adolescentes embarazadas de Quito, tuvieron su 1ra. Menstruación	87
<b>CAPÍTULO V.</b>	
Cuadro N. 58 Promulgaciones a favor del desarrollo integral de los adolescentes en el Ecuador	94
<b>ANEXO 1</b>	
Cuadro N. 1 Egresos con parto y complicaciones por grupos de edad, Perú año 2010	112
Cuadro N. 2 Egresos con parto y complicaciones por grupos de edad, departamento: Lima año 2010	113
Cuadro N. 3 Definiciones y criterios de inclusión de ocupaciones asociadas al cuidado	115
Cuadro N. 4 América Latina (14 países): años de escolaridad de trabajadores en el sector del cuidado y el resto de los ocupados por país alrededor del 2010 (En porcentaje)	116
<b>ANEXOS 2</b>	
Cuadro N. 1 Principales causas de egresos por causas de embarazo, parto puerperio 2004	117
Cuadro N. 2 Principales causas de egresos por causas de embarazo, parto puerperio 2005	118
Cuadro N. 3 Principales causas de egresos por causas de embarazo, parto puerperio 2006	119
Cuadro N. 4 Principales causas de egresos por causas de embarazo, parto puerperio 2007	120
Cuadro N. 5 Principales causas de egresos por causas de embarazo, parto puerperio 2008	121
<b>ANEXOS 3</b>	
Artículos	122

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

### CAPÍTULO III.

Gráfico N. 1 Empleo, desempleo y subempleo a nivel Nacional	26
Gráfico N. 2 Infografía, embarazo adolescente, mujeres entre 12 y 19 años de edad	32
Gráfico N. 3 Morbilidad Nacional, mujeres adolescentes 10 a 19 años, por embarazo, parto y puerperio	42
Gráfico N. 4 Parto Único Espontáneo 2009, según residencia habitual	45
Gráfico N. 5 Porcentaje de Parto Único Espontáneo 2009, adolescentes, según residencia habitual	45
Gráfico N. 6 Parto Único Espontáneo 2009, adolescentes, según residencia habitual en cantidad	46
Gráfico N. 7 Porcentaje de Parto Único Espontáneo 2009, adolescentes según residencia habitual	46
Gráfico N. 8 Partos normales, cesáreas y abortos por grupos de edad según egresos, año 2005	48
Gráfico N. 9 Partos normales, cesáreas y abortos por grupos de edad según egresos, año 2006	49
Gráfico N. 10 Partos normales, cesáreas y abortos por grupos de edad según egresos, año 2007	50
Gráfico N. 11 Partos normales, cesáreas y abortos por grupos de edad según egresos, año 2008	51
Gráfico N. 12 Partos normales, cesáreas y abortos por grupos de edad según egresos, año 2009	52
Gráfico N. 13 Partos normales, cesáreas y abortos por grupos de edad según egresos, año 2010	53
Gráfico N.14 Partos normales y Cesáreas 10-14 y 15-19 años, período 2005 – 2010	54
Gráfico N. 15 Parto normal, cesárea y aborto, por grupos de edad	54
Gráfico N. 16 Población total estimada mortalidad general, 2004 – 2009	56
Gráfico N. 17 Porcentaje de mortalidad Nacional en mujeres adolescentes 2004-2009	58
Gráfico N. 18 Porcentaje mortalidad en Pichincha mujeres adolescentes 2004-2009	59
Gráfico N. 19 Salida al exterior de adolescentes (hombres y mujeres 10-19 años)	60
Gráfico N. 20 Matrimonios total Nacional Vs matrimonios adolescentes Menores de 15 y entre 15 a 19 años	62
Gráfico N. 21 Total matrimonios Vs divorcios a nivel Nacional	62

### CAPÍTULO IV.

Gráfico N. 22 Inicio de la vida sexual de la adolescente en porcentaje	66
Gráfico N. 23 Años aprobados de las adolescentes embarazadas de Quito	74

### ANEXO 1

Gráfico N. 1 10 años con mayores nacimientos en madres adolescentes de Uruguay	111
Gráfico N. 2 10 años con menores nacimientos en madres adolescentes de Uruguay	111
Gráfico N. 3 Egresos de parto único espontáneo Nacional y el Departamento de Lima 2010	114

## RESUMEN

El embarazo en las adolescentes afecta al bienestar del individuo que vive esta experiencia, la familia, la comunidad, el Estado y al desarrollo socio económico de la sociedad.

Los objetivos de esta investigación fueron analizar los factores socioeconómicos que inciden en los embarazos de las adolescentes de la ciudad de Quito, entre estos: residencia habitual, educación, trabajo, migración, convivencia.

Para alcanzar los objetivos se utilizó información de varias instituciones como: Instituto Nacional de Estadística y Censos, Hospital Gineco Obstétrico "Isidro Ayora", Ministerio de Salud Pública, estadísticas de otros países, revistas, artículos de internet.

La población estuvo conformada por adolescentes embarazadas, adolescentes y resto de personas a nivel nacional. A la información obtenida, se aplicó un análisis buscando la relación entre variables, para encontrar factores socio económico asociados al problema.

Se llegó a conclusiones y recomendaciones que minimizan los factores sociales y económicos que inciden en los embarazos adolescentes; orientados al Estado, la sociedad y la familia para que promuevan el desarrollo integral de sus miembros.

**PALABRAS CLAVES:** ADOLESCENCIA, EMBARAZO, PARTO, EDUCACIÓN, TRABAJO, INSTITUCIONES PÚBLICAS.

## **ABSTRACT**

The teenage pregnancy affects the welfare of the individual who lives this experience, the family, the community, the state and the socio-economic development of society.

The objectives of this research were to analyze the socio-economic factors affecting the teenage pregnancy of Quito, among these: habitual residence, education, labor, migration, coexistence.

National Institute of Statistics and Census, Obstetrics and Gynecology Hospital " Isidro Ayora " , Ministry of Public Health statistics from other countries, magazines, Internet: To achieve the objectives of various institutions as information was used.

The population consisted of pregnant adolescents, teenagers and other people nationwide . The information obtained was applied analysis looking at the relationship between variables, to find socio-economic factors associated with the problem.

He reached conclusions and recommendations to minimize the social and economic factors affecting teen pregnancy; oriented state, society and the family to promote the integral development of its members.

**KEYWORDS:** ADOLESCENT, PREGNANCY, BIRTH, EDUCATION, WORK, PUBLIC INSTITUTIONS.

## INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas de mayor actualidad es el embarazo en las adolescentes y/o entre adolescentes, situación que tiene un impacto en el desarrollo normal de la sociedad y en especial del individuo que vive esta experiencia, la familia y la comunidad. Las consecuencias son incalculables considerando la revolución global que nos encontramos, con cambios en los ambientes culturales y en las formas de pensar.

El inicio de una vida sexual sin una orientación adecuada y sin conocimiento pleno de las complicaciones, más aun si producto de estas relaciones conlleva a un embarazo no planificado y/o no deseado; exponen a los adolescentes a un sin número de riesgos asociados con la función sexual, capacidad reproductiva y desarrollo mental y psicológico.

En el estudio se aborda el embarazo de adolescentes en América Latina, con un denominador común de que en su gran mayoría viven en situación de exclusión, marginalidad y pobreza, afectando el desarrollo de las sociedades.

Con la información de los organismos Nacionales se realizó la selección de variables, se obtuvo estadísticas descriptivas a nivel nacional, Pichincha y Quito. Del Instituto Nacional de estadística y Censos se recabó información de las encuestas: condiciones de vida; empleo, subempleo y desempleo; estadísticas de: Egresos Hospitalarios, defunciones, matrimonios, divorcios, migración internacional y del último censo de población y vivienda; del Hospital Gineco Obstétrico "Isidro Ayora": el agregado fueron estadísticas de resumen y la codificación y categorización de información textual de historias clínicas, para la obtención de tabulados; de otros organismos se extrajo programas, normas, leyes; que sirvieron para el análisis socioeconómico producto de los embarazos en las adolescentes de la ciudad de Quito.

Por otra parte se recabo información de otros organismos Nacionales e Internacionales que contribuyan a la prevención de los embarazos en las adolescentes en América Latina, en el país y específicamente en Quito.

Es importante tener información de actualidad con respecto a este fenómeno social, utilizando las estadísticas disponibles, es necesario de forma continua investigar, analizar la incidencia de los embarazos de adolescentes en la ciudad de Quito; para que aporten a las reformas en lo

económico social, con un cambio de mentalidad y de costumbres en todos, a fin de innovar los programas de educación sexual que se imparten a través de las instituciones educativas, medios de comunicación, para prevenir y no solo informar sino formar al “ser”, desde antes de la adolescencia; que todo individuo esté consciente de que la vida sexual, la diferencia de sexos, es parte de la vida de las personas y es un hecho importante.

La investigación permitió dar respuesta al problema de los embarazos en las adolescentes, no en su totalidad, pero si proponiendo algunas acciones políticas para un trabajo en conjunto entre el estado, sociedad, familia, a fin de que los factores que inciden en los embarazos en las adolescentes se reduzcan.

Podría afirmarse que los objetivos si se cumplieron casi en su totalidad, a excepción de otros factores socio económicos entre ellos el aporte de los adolescentes en general y adolescentes embarazadas al Producto Interno Bruto.

La información estadística utilizada en su mayoría no se encontró directamente procesada, ni en una sola estadística, las fuentes fueron de varias encuestas, procesadas bajo requerimiento para esta investigación y directamente procesadas por la autora.

La información del Hospital Gineco Obstétrico “Isidro Ayora”, fue obtenido directamente desde 165 historias clínicas de adolescentes embarazadas, esta información fue ingresada a una base de datos, categorizada con fines estadísticos para obtener los tabulados que contribuyeron la obtención de los factores sociales, psicológicos, económicos que inciden en los embarazos de las adolescentes en Quito.

La Metodología utilizada para la investigación, fueron la observación directa, entrevistas, anuarios y publicaciones generados por: organismos Internacionales, Nacionales: INEC – Instituto Nacional de Estadística y Censos, Hospital Gineco Obstétrico “Isidro Ayora”, que proporcionaron los datos necesarios para un análisis socio económico producto de los embarazos en las adolescentes de la ciudad de Quito.

## **CAPÍTULO I**

### **1. GENERALIDADES Y CONCEPTUALIZACIÓN**

La adolescencia, es un continuo crecimiento, en donde se realiza la transición entre el infante o niño de edad escolar y el adulto; la transición de cuerpo y mente proviene no solamente de sí mismo, sino que se conjuga con su entorno, el cual es trascendental para que los grandes cambios psicológicos que se produce en el individuo lo hagan llegar a la edad adulta. La adolescencia<sup>1</sup>, es un fenómeno biológico, cultural, educativo, social, costumbres y símbolos, por lo tanto sus límites no se asocian solamente a características físicas; es un concepto moderno; fue definido a partir de la segunda mitad del siglo XIX; es una etapa entre la niñez y la edad adulta que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos, contradicciones; no es solamente un período de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social. <sup>2</sup>.

La OMS define, “la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía de 15 a 19 años”; el Código de la Niñez y Adolescencia del Ecuador considera que el adolescente es la persona de ambos sexos entre 12 y 18 años; el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, tomando en cuenta las diversidades del adolescente por territorio, género y cultura, asume la definición de la OMS/OPS; por otra parte el Instituto Nacional de Estadística y Censos, el Hospital Gineco Obstétrico “Isidro Ayora”, utilizan en la presentación de resultados estadísticos rangos de edad de 10 a 14 y de 15 a 19 años; rangos que también son utilizados en esta investigación.

En Latinoamérica, más de 30 años han transcurrido desde que se empezó a estudiar el problema de las adolescentes embarazadas, a fin de encontrar las implicaciones biológicas, emocionales y sociales que inciden en el problema.

Así en Uruguay, el año 1997 presenta el mayor número de nacimientos de madres adolescentes, con 9 528, y el año 1979 con el menor número de nacimientos con 3 090; el año 1981 registra 268, que representa el mayor número de nacimientos de madres adolescentes menores de 15 años; los años 1968 y 1971 representan el menor número de nacimientos de madres adolescentes con un registro de 100; información representada en los cuadros y gráficos del Anexo 1.

En Perú en las estadísticas del 2010, el parto único espontáneo representa en menores de 15 años el 68,69%; en adolescentes de 15 a 19 años el 76,01%; en mujeres de 20 a 59 años el

---

<sup>1</sup> Diagnóstico Situacional y Marco Conceptual para la Atención Integral de los Adolescentes en el Ecuador. Quito, 2000.

<sup>2</sup> Salud del Adolescente. Washington, 1995.

71,82%; a nivel general representa el 72,66%. En los tres grupos de edad: < 15 años, 15 a 19 años, 20 a 59 años, se visualiza que el parto único espontáneo se encuentra en primer lugar; en segundo lugar está el parto único por cesárea, que son los más representativos de las causas de morbilidad. Lima es el departamento que aporta mayormente a estas estadísticas y representadas en el Anexo 1.

En Chile, la menarquía se ha adelantado de 14,8 años en 1890 a 12,6 en 1990; las jóvenes menstrúan por primera vez a los 12,7; <sup>3</sup> otros estudios en Chile indican que el 40% de los adolescentes escolares han tenido relaciones sexuales (47% hombres, 32% de las mujeres), siendo más alto en el nivel socioeconómico bajo (63%9), seguido del medio (49%), en el alto (17%). <sup>4</sup>

En América Latina y el Caribe, en el 2010, la tercera parte de las adolescentes menores de 20 años ya han dado a luz un hijo. Alrededor del 47% de las investigadas en Ecuador en el 2010, indican que su primera relación sexual fue en la adolescencia.

En la última década, en Costa Rica, el acceso a servicios y programas adecuados para adolescentes y jóvenes se está incrementando. <sup>5</sup>

Aproximadamente 1,7 millones de personas en América Latina en el período 2007 - 2008, están infectadas por VIH. Un tercio de todas las infecciones por VIH ocurren en personas de 10 a 24 años y 90% de las infecciones se produce en países en desarrollo. Casi la mitad de las personas que tienen SIDA adquirieron el VIH cuando eran adolescentes o jóvenes, esto es, cuando tenían entre 15 y 24 años.<sup>6</sup> La tendencia en América Latina y el Caribe, es que el VIH afecte cada vez más a la población pobre, a mujeres y a jóvenes. En Haití, 63% de las mujeres de 15 a 19 años de edad sexualmente activas piensa que no tiene ningún riesgo de contraer el VIH; adolescentes y jóvenes no tienen incorporada la necesidad de protegerse de las infecciones de transmisión sexual (ITS) ni del VIH. En Haití, se encontró que entre el 53% y 71% de las mujeres habían tenido relaciones sexuales antes de los 20 años. Más de la mitad de los y las adolescentes que han tenido relaciones sexuales sin protección declaran no tener temor de adquirir una de estas infecciones. <sup>7</sup> Mientras que los y las adolescentes y jóvenes que

---

<sup>3</sup> Pontificia Universidad Católica, curso salud y desarrollo del adolescente - Desarrollo Psicosocial y Psicosexual en la Adolescencia, Chile, Agosto, 2009

<sup>4</sup> Experiencias Heterosexuales en la Adolescencia: Implicaciones para la Educación Sexual. 2000

<sup>5</sup> DONAS, S. "Adolescencia y juventud ¿Un problema para quién?", Representación en San José ,Costa Rica 2007

<sup>6</sup> Apuntes epidemiológico conceptual de la salud integral del adolescente. OPS/OMS Representación en Caracas. Venezuela. 2009

<sup>7</sup> UNICEF-Oficina Regional, "Elementos para orientar una política para la adolescencia en América Latina", Documento interno para discusión. Bogotá, febrero del 2007

usan condón declaran que, más de la mitad de las veces, lo hacen para evitar un embarazo no planificado, y no para protegerse de las ITS y VIH.

La mayor parte de jóvenes conoce los métodos anticonceptivos pero el uso de ellos durante la primera relación sexual en mujeres menores de 18 años de edad es bajo, las causas son múltiples, mucho tiene que ver las características propias de la adolescencia como la dificultad para prever, reforzado por los mensajes transmitidos a través de los medios de comunicación que parecerían confirmar dicha percepción.<sup>8</sup>

Existen barreras geográficas, económicas, culturales y legales que dificultan el acceso de adolescentes a información o servicios generales, más aún de salud sexual y reproductiva, que son un componente importante del entorno de adolescentes y jóvenes de América Latina.<sup>9</sup>

En la Subregión Andina (Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela), los embarazos en las adolescentes, dependen de causas y factores que son de carácter social y cultural consecuencia de las desigualdades que persisten y se relaciona directamente con la falta de oportunidades para el acceso a la educación, al campo laboral, a una mejor calidad de vida de la familia. Se pueden controlar gran parte de estas causas y factores por medio de la protección de la familia, la escuela, el barrio, creando centros comunitarios donde realicen deporte, actividades relacionadas y estableciendo políticas de gobierno. En el Ecuador mediante Acuerdo Ministerial del 23 de Septiembre de 2005 se establece al 26 de Septiembre de cada año como el “Día de la Prevención del Embarazo en Adolescentes”, en el Plan Decenal de Desarrollo y en la Agenda Social de la Niñez y Adolescencia 2007-2010, se propone “Reducir en 25% el embarazo adolescente al 2010”.<sup>10</sup>

Con los antecedentes expuestos y la carencia de información, se evidencia la necesidad de trabajar con adolescentes y jóvenes especialmente en educación y salud con énfasis en salud sexual y reproductiva.

### **1.1. La adolescencia en Latinoamérica y en el Ecuador**

Según la teoría cognitiva de Piaget (1969), la adolescencia es el período durante el cual la capacidad de adquirir y utilizar conocimientos llega a su máxima eficiencia, capacidad que se va acentuando progresivamente desde los 11 hasta los 12 años. El adolescente, comienza a dirigir sus nuevas facultades de pensamiento hacia adentro y se vuelve introspectivo, analítico y

---

<sup>8</sup> Organización Panamericana de la Salud .Manual de Salud para la atención del adolescente. Serie altex. 199 p .México DF SSR, 2009

<sup>9</sup>PORTILLO José, MARTÍNEZ Jorge, BANFI María Luisa “La adolescencia”. Facultad de Medicina, FNUAP, OPS/OMS, Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo, Uruguay

<sup>10</sup> Ministerio de Inclusión Económica y Social, embarazoadolescencia-ecu.pdf, 2005, [www.mies.gob.ec](http://www.mies.gob.ec)

autocritico; está permanentemente en la ejercitación de esta nueva capacidad de pensar acerca de los demás y de sí mismo, buscando y exigiendo explicaciones acerca de todo lo que lo rodea.<sup>11</sup> Estas nuevas capacidades se caracterizan por el egocentrismo, especialmente en la etapa inicial de la adolescencia. Se le dificulta diferenciar los intereses y motivos propios de los ajenos y como está preocupado de sí mismo, cree que todos los que le rodean están pendientes de su conducta y apariencia. Por su egocentrismo se cree el único y especial, no sujeto a leyes naturales que afectan a los demás. Se espera que a medida en que se va avanzando en la adolescencia se ira adquiriendo mayor objetividad para evaluar lo que se percibe, habrá una mayor complejidad cognitiva y tolerancia a la ambigüedad.<sup>12</sup>

En el período 2004 – 2007, hay más de 115 millones de niños en Latinoamérica y el Caribe, en edad de asistir a la escuela primaria que, al no poder acudir a ella, se ven privados de ejercer este derecho humano; en su mayoría, se trata de niños procedentes de hogares pobres, cuyas madres con frecuencia tampoco han recibido educación formal.<sup>13</sup>

Propone, las Naciones Unidas – UNESCO - 2007, que la educación brinde opciones a los seres humanos en cuanto al tipo de vida que deseen llevar; que les permita, expresarse con confianza en sus relaciones personales, en la comunidad y en el trabajo.

La UNICEF aboga por una educación básica de calidad para todos los niños de ambos sexos haciendo especial hincapié en la igualdad de género y eliminando la desigualdad de todo tipo. Al promover la equidad, la UNICEF, por medio de una serie de programas e iniciativas educativas, centra su atención en los niños y niñas más desfavorecidos, trabaja a fin de llevar a cabo los objetivos educativos y de igualdad de género establecidos en los Objetivos de Desarrollo del Milenio y en la Declaración de la Educación para Todos.<sup>14</sup> En la medida que tengamos mejor calidad educativa, la humanidad tendrá mejores condiciones de desarrollo y de progreso. Hay brechas importantes entre calidad y logros en educación privada versus pública, así como niveles socioeconómicos y localización espacial. Hay una fuerte asociación entre nivel de ingresos de los hogares y logro educativo.

El Ecuador promueve una Cultura de excelencia, para no temerle a la innovación, con ciencia tecnología hay futuro; con la acción individual y colectiva, sin individualismo que destruyen la comunidad, la creatividad, la eficiencia y la libertad.

---

<sup>11</sup> OPS, La familia: su Dinámica y Tratamiento, Washington, 2003

<sup>12</sup> Ibidem, OPS, La familia: su Dinámica y Tratamiento, Washington, 2003

<sup>13</sup> UNESCO, “Bibliografía sobre la educación para jóvenes y adultos 2004-2007”, Publ: 2007; OREALC/2009

<sup>14</sup> PÉREZ PÉREZ, Ramón. “Estructura parte aplicativa y organizativa de los centros de calidad y desarrollo de modelos integrales. En: Calidad de vida en los centros educativos”, II jornadas educativas. Centro asociado de la UNED de Asturias, Gijón, 2004

Las nuevas generaciones disponen de herramientas tecnológicas que permiten un mayor nivel educativo, lo cual influye en las relaciones entre padres e hijos, entre adultos y jóvenes. Varones y mujeres por igual, alcanzan una mayor escolaridad que sus padres, las oportunidades para educarse siguen siendo limitados para muchos. Ha crecido el número de matriculados en educación primaria tanto varones como mujeres, mientras que el porcentaje de jóvenes que acceden a la educación secundaria es mucho menor que a la primaria, con un mayor porcentaje de mujeres y una notable diferencia en cuanto al área geográfica.

La familia es determinante en la formación de los hijos y de las sociedades; educa en valores, los padres deberían dejar de pensar en sí mismo y asumir la verdadera responsabilidad, para educar en el testimonio. Deben propiciar el dialogo para las funciones de cada miembro del hogar, para una convivencia basada en el amor, viviendo desde los valores. La psicología moderna demuestra la influencia decisiva de la familia en la constitución de la personalidad humana. Lo indica Erickson. “La familia es la primera escuela de las virtudes sociales, que todas las sociedades necesitan”, el Vaticano II afirma que, la familia es el lugar donde el individuo se forma en su origen.<sup>15</sup>

A pesar de la crisis actual que viven las familias por diferentes factores, entre ellos la necesidad de salir a trabajar de papá y mamá, migrar uno de los dos progenitores (dejando familias disfuncionales) y otras formas que degradan la concepción original de la familia; es necesario renovarlas para las diferentes situaciones sociales, motivado para que se vayan consolidando desde su origen; porque la familia que es el artífice del devenir de la historia y el determinante en la formación de los adolescentes.

En Latinoamérica, en el 2009, alrededor de la cuarta parte de la población en general no accede a los servicios de salud y una de las poblaciones que menos accede a los servicios es la de adolescentes. Mucho tiene que ver la falta de servicios diferenciados para atender a adolescentes.<sup>16</sup> Sin embargo, podemos decir que nuestros jóvenes están mejor provistos de salud pero menos reconocidos y atendidos en su morbilidad específica; sus necesidades de salud no están siendo cubiertas.

La migración internacional de jóvenes, en varios países latinoamericanos, en las década de los 80 al 2000 se convirtió en un objetivo, en un proyecto de vida, por la dificultad para la inserción escolar y, más aun, para la inserción laboral, convirtiéndose en una paradoja debido a que, con la migración se acentúa la dificultad para insertarse laboralmente con respaldo legal y

---

<sup>15</sup> Isabel Orellana Vilches, Yo educó: tú respondes, Ecuador-Loja, 2008

<sup>16</sup> Salud del Adolescente, OPS. 2009

reconocimiento económico adecuado justamente por la falta de un buen nivel educativo y de documentos legalizados en los países receptores.

Las causas de la migración juvenil generalmente son por: migración laboral, que es la que predomina ampliamente entre los adultos y jóvenes de edades mayores, cuyo objetivo es la obtención de trabajo o de mejores condiciones laborales (ingresos, prestaciones, perspectivas de carrera, y otros); migración educativa, tiene dos cimas relacionadas con el ingreso a la educación secundaria y superior; migración nupcial, derivada de la formación de pareja; migración emancipatoria, que se relaciona con la salida del hogar paterno y la constitución de uno propio; migración familiar, reencuentro familiar; la migración laboral y educativa son las preponderantes entre los 15 y los 29 años, edades en las que se registran las mayores probabilidades de migrar.

El panorama en el Ecuador para los migrantes ha cambiado sustancialmente, con la crisis española y europea de los últimos años; migrantes que por muchos años se sacrificaron, ahorraron y enviaron a su país mes a mes remesas para su familia. Ecuador es su país, los espera con programas para creación de empresas, inserción laboral a fin de que retornen al país y otras personas dejen de migrar.

Latinoamérica es una región eminentemente joven, se puede inferir con claridad que la tendencia es crecer<sup>17</sup>, hasta el año 2050.

En regiones con población joven la dependencia económica es más alta, el grado de urbanización es bajo, los niveles de escolaridad son bajos, la deserción es alta, el repetir los cursos es alto, prevalecen las enfermedades transmisibles, infecciosas y parasitarias, los niveles de mortalidad son más altos, la tasa de mortalidad es más alta. La mortalidad entre los jóvenes de Iberoamérica ha descendido en los últimos 50 años, comparada con la mortalidad general. Mucho depende del avance de la ciencia médica, de la ampliación de la cobertura de servicios básicos y sanitarios, y de la capacidad individual para prevenir y enfrentar las enfermedades.<sup>18</sup>

Latinoamérica, conocida como región “en desarrollo”, se caracteriza por la inequidad, la desigualdad y la pobreza; la pobreza afecta de una manera directa a la población joven, en especial al área rural por la presencia de la población indígena. América Latina es una región pluriétnica y pluricultural; en ella existen más de 650 pueblos indígenas de enorme diversidad.

---

<sup>17</sup> En la Adolescencia, IV Reunión Anual de la Sección de Medicina del Adolescente de la Asociación Española de Pediatría. 2006

<sup>18</sup> Adolescencia y nutrición: Proyecto Mejoramiento de las Prácticas Alimentarias y Nutricionales de Adolescentes Ecuatorianos (MEPRADE), Centro de Investigaciones en Salud y Nutrición. Quito. 2008.

El común denominador es que la gran mayoría viven en situación de exclusión, marginalidad y pobreza. La pobreza es pues una realidad que marca grandes diferencias, más situaciones de inequidad, se mantienen los roles de género más tradicionales, mayores desigualdades entre varones y mujeres en el acceso a servicios y recursos. De hecho se encuentra mayor equidad de género y mejores condiciones de salud integral en los países desarrollados y en los sectores sociales que no se encuentran en situación de pobreza.

Los sectores de los servicios: doméstico, salud y educación es altamente ocupado por mujeres, los niveles de educación del servicio doméstico son inferiores a los sectores de educación y salud. El servicio doméstico destaca una heterogeneidad y vulnerabilidad con el resto de ocupados.

Con el desarrollo de programas sociales en donde se rescata la dignidad de las mujeres trabajadoras, adolescentes, embarazadas, discapacitadas, que se les condenaba a que realicen tareas invisibles de la sociedad.

La Presidenta de la Asamblea Nacional, el 24 de mayo del 2013, en el discurso de posesión al Presidente de la República del Ecuador, manifiesta que cualquier proyecto de desarrollo sin identidad son simples desarrollismos, los proyectos deben ir de la mano de los procesos culturales.<sup>19</sup>

El Ecuador es multiétnico y plurinacional donde la riqueza de nuestros pueblos es parte de nuestra cultura. Según el panorama social de la CEPAL 2012, Ecuador ha sido uno de los países en Latinoamérica, que más ha reducido la desigualdad, disminuyendo en 8 puntos la concentración de los ingresos, cifra estadísticamente significativa.

Si el mundo logra los Objetivos de Desarrollo del Milenio y erradicar definitivamente la pobreza, construyendo sociedades inclusivas y diversas en términos culturales; esto no sólo es necesario para que los países puedan dedicarse a otras prioridades, tales como el crecimiento económico y la prestación de servicios de salud y educación para todos los ciudadanos, sino permitir la expresión cultural plena de toda la gente es en sí un importante objetivo del desarrollo.<sup>20</sup>

### **1.1.1 Orientación y salud sexual reproductiva**

La conducta sexual en este último siglo ha cambiado significativamente. Los adolescentes actualmente llegan a la madurez física antes y se casan más tarde.

---

<sup>19</sup> RIVADENEIRA, GABRIELA, Discurso de Posesión Presidencial, Mayo 2013

<sup>20</sup> ALEJO R. MANUEL ALONSO Y PALACIO V. MARTHA LUCÍA, “Manual de Hebiatría: Adolescencia y Salud”, Ed. Litografía Luz, Calarca, Quindio, Quito, 2009.

Los fenómenos psicológicos en el sistema mental, se manifiestan en la atracción hacia el sexo opuesto, inseguridad; vacilación, ambivalencia, desconfianza hacia el sexo opuesto, enamoramiento y estabilidad en la relación con las múltiples vicisitudes en el trayecto adolescente hacia la maduración y en las diversas formas de adaptación adoptadas al concluir la adolescencia y representativas del grado de resolución que el individuo ha alcanzado en esa etapa. (Apropiación de los Derechos sexuales y reproductivos en los adolescentes: una experiencia desde la teoría de la acción razonada, Colombia 2005)

Los fenómenos psicosociales.- Implican actitudes sexuales, familiares o de la comunidad donde el adolescente se desarrolla y confronta.

El adolescente en su desarrollo gana dominio de su realidad biológica, incluye un impulso extraordinario por obtener satisfacción y esto debe hacerlo en armonía con su sistema psicológico que implica necesidades emocionales y afectivas, en relación con el desarrollo de sus relaciones interpersonales, así como en conciliación con las expectativas de su medio familiar y social. El dominio del impulso depende de las modalidades de conducta adaptadas en la vida adulta para vivir entre la satisfacción y la frustración tanto de necesidades sexuales como afectivas. Los adolescentes están biológicamente preparados y culturalmente motivados para iniciar una vida sexual activa, son incapaces de analizar las consecuencias de su conducta sexual y tomar decisiones en forma responsable, ya que no han logrado el nivel de desarrollo cognitivo y emocional necesario para establecer una conducta sexual responsable. Esto explica la conducta sexual precoz y desprotegida en adolescentes y sus consecuencias como el embarazo no deseado, las infecciones de transmisión sexual, los abortos y el sida. La relación sexual precoz se extiende en las comunidades campesinas, algunas zonas suburbanas y en las clases sociales bajas de las grandes ciudades.<sup>21</sup>

Las adolescentes embarazadas pueden llevar adelante su embarazo si: han tenido buenas condiciones de salud, alimentación buena, tener un crecimiento normal y adecuado, esto contribuye a una gestación normal. El embarazo no planificado o indeseado en la adolescencia es un problema de carácter social y médico, de esto se desprende el futuro de la joven madre, del ser que lleva en su vientre; además se interrumpen: los planes de vida, sus estudios, socializar correctamente, maduración emocional, se ven obligadas al rol materno para el cual no están preparadas emocionalmente, afectando la vida de su hijo, condicionando a este pequeño a riesgos de carácter biopsicosocial, que lo limitarán en el futuro.

---

<sup>21</sup> Pontificia Universidad Católica, curso salud y desarrollo del adolescente - Sexualidad del adolescente, Chile, Agosto, 2009

En el estudio de Prevención del Embarazo adolescente, realizado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), en Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela (Subregión Andina), período 1980 - 2010; afirma que de 29 millones de adolescentes en la subregión andina, de los cuales 14,5 millones (51%) son hombres y 14 millones (49%) son mujeres. Los subgrupos de 10 a 14 años y de 15 a 19 años, representan cada uno la mitad de la población adolescente de la subregión; el estudio presenta el siguiente cuadro.

**CUADRO N. 1**

**Mujeres entre 20 y 24 años en América Latina: porcentaje de las casadas y porcentaje de las que han tenido su primera relación sexual a edades exactas (15, 18 y 20) (encuestas para períodos 1980-1990 y 2000-2010, por países)**

PAIS, AÑO Y CAMBIO EN EL PERIODO DE REFERENCIA	EDAD EXACTA DEL PRIMER MATRIMONIO			EDAD EXACTA DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL		
	15	18	20	15	18	20
BOLIVIA: 2008	3.2	21.7	35.8	6.6	40.1	62.5
BOLIVIA: 1989	5.1	23.7	40.7	9.5	36.9	56.9
<b>CAMBIO: 1989-2008</b>	<b>-1.9</b>	<b>-2.0</b>	<b>-4.9</b>	<b>-2.9</b>	<b>3.2</b>	<b>5.6</b>
COLOMBIA: 2010	5.6	23.0	37.2	13.8	60.3	82.2
COLOMBIA: 1986	4.3	23.3	37.2	6.1	30.9	49.0
<b>CAMBIO: 1986-2010</b>	<b>1.3</b>	<b>-0.3</b>	<b>0.0</b>	<b>7.7</b>	<b>29.4</b>	<b>33.2</b>
ECUADOR: 2004	3.8	22.2	40.9	9.2	37.6	58.1
ECUADOR: 1987	5.8	26.0	43.9	8.4	32.1	50.9
<b>CAMBIO: 1987-2004</b>	<b>-2.0</b>	<b>-3.8</b>	<b>-3.0</b>	<b>0.8</b>	<b>5.5</b>	<b>7.2</b>
PERÚ: 2009	3.4	19.0	34.2	7.1	38.7	61.1
PERÚ: 1986	2.3	19.9	35.8	5.7	28.8	47.5
<b>CAMBIO: 1986-2009</b>	<b>1.1</b>	<b>-0.9</b>	<b>-1.6</b>	<b>1.4</b>	<b>9.9</b>	<b>13.6</b>

Fuente y elaboración: Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2011  
Formateado: Susana Costales R.

El estudio en el período 1986 – 2010, estima que el 50% de los adolescentes menores de 17 años es sexualmente activo.

Del análisis de los resultados del cuadro, se puede concluir que en los rangos de edad de adolescentes en estudio, a los 18 años ocurre la primera relación sexual y el primer matrimonio en estos países. El país más representativo de adolescentes de 18 años, que ha tenido su primera relación sexual es Colombia con el 60,3% frente a Ecuador el de menor representatividad en el 2004 con el 37,6%; en el período investigado.

## **CAPÍTULO II**

### **2. METODOLOGÍA, ESTUDIO DE VARIABLES Y SELECCIÓN DE INFORMACIÓN**

La información estadística que se utiliza en esta investigación es provista por organismos nacionales e internacionales, para la elaboración de los cuestionarios en su diseño consideraron las posibles alternativas u opciones de respuesta de las variables, sus valores fueron exhaustivos, los atributos de la variable son mutuamente excluyentes, por ejemplo sexo del paciente: femenino o masculino.

## **2.1 Unidades de análisis**

En el caso de estadísticas de morbilidad, una tendencia clásica es trabajar con establecimientos de salud como unidad de muestreo e individuos-personas (pacientes) de dichos establecimientos, como unidad de análisis.

## **2.2 Recolección de los datos (Selección de la información)**

La recolección de datos implica tres actividades estrechamente vinculadas entre sí: seleccionar un instrumento de medición de los disponibles en el estudio del comportamiento o desarrollar un instrumento de recolección de los datos; aplicar ese instrumento de medición, es decir, obtener las observaciones y mediciones de las variables; preparar las mediciones obtenidas para que puedan analizarse correctamente, a esta actividad se le denomina codificación de los datos.<sup>22</sup>, en el presente estudio la recolección de datos fue realizada por las diferentes instituciones que realizan estadísticas de salud, ingresos y gastos.

## **2.3 Medición**

Para medir las variables relacionadas, para la investigación, la metodología a usar en este trabajo son la observación directa, entrevistas, anuarios y publicaciones generados por: organismos Internacionales, Nacionales: INEC – Instituto Nacional de Estadística y Censos, Hospital Gineco Obstétrico "Isidro Ayora", que van a proporcionar los datos necesarios para poder establecer el impacto socio económico producto de los embarazos en las adolescentes de la ciudad de Quito.

El instrumento de medición y de recolección de datos en este caso va a ser el Análisis de Contenido el mismo que según Berelson (1952) explica es una técnica para estudiar y analizar de manera objetiva, sistemática y cuantitativa. Mientras que Krippendorff (1982) extiende la

---

<sup>22</sup> Hernández, Roberto; Fernández, Carlos y Baptista, Pilar. "Metodología de la Investigación". México: Editorial Ultra. Op. Cit. P. 53, 2001

definición del análisis de contenido a una técnica de investigación para hacer inferencias válidas y confiables de datos con respecto a su contexto.

El análisis de contenido puede ser aplicado virtualmente a cualquier forma de comunicación entre estos. En esta investigación a más de la información descriptiva recopilada del INEC, Hospital Gineco Obstétrico "Isidro Ayora", se tomarán en cuenta revistas, artículos de internet, otras investigaciones y documentos.

## **2.4 Conceptos básicos para el estudio**

### **2.4.1 Estadística descriptiva**

Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis.<sup>23</sup> La estadística descriptiva analiza y representa los datos; <sup>24</sup> nos ayuda a no perder de vista el comportamiento de las variables en estudio, a través de tablas y gráficos que permiten ver tendencias generalizadas para la población en estudio: embarazo adolescente, forma de terminación del parto, ingresos de los hogares.

El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), Organismo Rector de las Estadísticas, en sus reportes y anuarios presenta una serie de características de los habitantes del Ecuador en forma anual, semestral, trimestral, décadas, de una manera descriptiva.

Las estadísticas de morbilidad, migración, mortalidad, matrimonios, divorcios, empleo, subempleo, desempleo obtenidas del INEC, que uniendo esfuerzos con el Ministerio de Salud, los establecimientos de salud; gestiona los datos provistos por estos organismos; unificándolos y orientándolos a mejorar la oportunidad, confiabilidad e integridad de la información.

Estas estadísticas aportan efectivamente a los procesos de toma de decisiones oportunas para la definición de respuestas efectivas a los servicios de atención integral a la adolescente embarazada, vigilancia epidemiológica; estableciendo la relación existente entre el proceso de salud-enfermedad y el entorno socio, económico, político, cultural; con respuestas operativas necesarias para el derecho a la salud y al Buen Vivir.

---

<sup>23</sup>ROMERO, I. MADDALENO, M. SILBER, T. MUNIST, M. "Embarazo en Adolescencia". En: Manual de Medicina de la Adolescencia". OMS-OPS, Pág. 58, Washington.2008

<sup>24</sup>PROFAMILIA. "Adolescentes: Sexualidad y comportamientos de riesgo para la salud. Encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas. Tomo IV., Pág. 85, Bogotá, 2008

La tabulación y gráficos obtenidos a partir de la información de las historias clínicas del Hospital Gineco Obstétrico "Isidro Ayora", agregan información para el análisis de las adolescentes embarazadas de la ciudad de Quito.

#### **2.4.2 Estudios correlacionales**

Los estudios correlacionales pretenden responder a preguntas de investigación tales como: ¿conforme transcurre una psicoterapia orientada hacia la paciente adolescente embarazada, aumenta la autoestima de ésta?; ¿las adolescentes embarazadas que tiene una familia que los apoye tienen mejores posibilidades en la sociedad?;

Es decir, estos tipos de estudios tienen como propósito medir el grado de relación que exista entre dos o más conceptos o variables, en un contexto en particular; se pretende ver si están o no relacionadas en los mismos sujetos y después se analiza la correlación.

Es importante recalcar que, en la mayoría de los casos, las mediciones en las variables a correlacionar provienen de los mismos sujetos.<sup>25</sup>

La información generada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos permite la aplicación de la estadística descriptiva y de correlación en las estadísticas de morbilidad, mortalidad, migración internacional.

#### **2.5 Estudio de variables**

La información disponible sobre los y las adolescentes es limitada, dispersa y discontinua, lo que dificulta el análisis integral de la problemática del país<sup>26</sup>, por ejemplo: el aporte que tienen los adolescentes al PIB, información que se encuentra sin procesar o indisponible.

VARIABLES como: causa de morbilidad, sexo del paciente, religión que profesa, aceptación de la adolescente embarazada en la sociedad, efectividad de una vacuna, tiempo que tarda en manifestarse una enfermedad; son susceptibles de variación y medición.

VARIABLES como: sexo, uso de anticonceptivos, nivel de instrucción, estado civil, Nacionalidad, jerarquía del empleado, son variables cualitativas, que nos expresan una categoría o atributo.

---

<sup>25</sup>RAMIREZ, MYRIAM ASTRID. "El adolescente como alumno". PAISALUD: Programa de Atención Integral en Salud Adolescente. Alcaldía de Manizales – Secretaría de Salud. (sin fecha- recibido en ASCP, 2008)

<sup>26</sup> Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud. (2009). "Normas y Procedimientos para la Atención Integral de Salud a Adolescentes" Ecuador: Editora Galaxi. P. 33

**CUADRO N. 2**  
**Material de información para análisis de contenido**

No.	ASPECTO	FUENTE	UNIVERSO
1	Morbilidad y Mortalidad	INEC	Anuario de Camas y Egresos Hospitalarios de los años 2004-2009
			Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones 2004-2009
2	Aspectos socio-económicos	INEC	Encuesta de Condiciones de Vida 2004-2009
			Empleo, Desempleo y Subempleo 2004-2009
		Maternidad "Isidro Ayora"	Codificación y Tabulación de aspectos Socio-Económicos
3	Otros factores determinantes	INEC	Estadística de Migración Internacional 2004-2009
			Estadística de Matrimonios y Divorcios 2004-2009
		Maternidad "Isidro Ayora"	Codificación y Tabulación otras variables
		MSP	Normas y Procedimientos para la atención integral de los y las adolescentes
4	Forma de terminación de la gestación	INEC	Anuario de Camas y Egresos Hospitalarios de los años 2004-2009
		Maternidad "Isidro Ayora"	Tabulación: partos normales, cesáreas y abortos 2005 – 2010

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), Hospital Gineco Obstétrico "Isidro Ayora"  
 Elaborado: Susana Costales R.

Variables como: número de hijos de la adolescente, peso del recién nacido o la altura.<sup>27</sup>, son variables cuantitativas que se expresan mediante cantidades numéricas.

En el presente estudio en el que se realiza un análisis socio-económico de los embarazos en las adolescentes de la ciudad de Quito se selecciona variables que ayudarán a determinar las conclusiones y alcanzar los objetivos de la investigación.

Variables seleccionadas: cualitativa discreta: sexo, estado civil, edad, causas de muerte, causas de morbilidad; cuantitativas continuas: número de fallecidos, número de egresos hospitalarios, número de migrantes; nominales: género, estado civil; ordinales: nivel de ingresos, nivel de educación.

<sup>27</sup> Hernández, Roberto; Fernández, Carlos y Baptista, Pilar. "Metodología de la Investigación". México: Editorial Ultra. P. 75, 2001

Para la selección de variables y preparar la información se tomaron en cuenta 165 adolescentes embarazadas de la ciudad de Quito, hay un alto porcentaje de respuestas en blanco, se presume que no a todas las adolescentes se realizaron estas preguntas y en otros casos las adolescentes se quedaron calladas.

### **2.5.1 Selección de variables para el análisis de información de morbilidad**

La selección de variables y preparación de la información en el tema de morbilidad, se recopila del Anuario de Camas y Egresos Hospitalarios del 2004 al 2009 las siguientes variables de morbilidad: edad (rangos entre 10 - 14 y 15 - 19 años); causa de morbilidad (lista internacional detallada CIE 10); sexo: femenino, masculino; número de egresos.

En cada año se toma en cuenta la información generada por el INEC según cuadros de egresos hospitalarios.

### **2.5.2 Selección de variable para determinar los aspectos socio – económicos que inciden en los embarazos y la forma de terminación de la gestación.**

Para este punto se considera la información procesada de estudios, artículos y revistas de entidades de salud y sociales, así como del gobierno en el Ecuador que hablan sobre el embarazo adolescente, que servirá para su interpretación.

Entre estos organismos; los siguientes: Ministerio de Inclusión Económica y Social Dirección de la Juventud; Plan Nacional de Prevención del embarazo en Adolescentes en Ecuador; Ministerio de Salud Pública. Manual de Normas y Procedimientos para la atención integral de los y las adolescentes. Ecuador: Edit. Activa; Hospital Gineco Obstétrico Maternidad “Isidro Ayora”; Encuesta de Empleo a nivel nacional, provincial, Egresos Hospitalarios, del INEC.

Las principales variables a tomarse en cuenta para la estadística descriptiva de los aspectos socio-económicos que inciden en el embarazo adolescente y la forma de terminación de gestación, son variables generales como: edad, sexo; forma de terminar la gestación; nivel de educación; vida social; hábitos; sexualidad; nivel de ingresos; trabajo: Empleo, Desempleo y Subempleo.

### **2.5.3 Selección de variables para el análisis de otros factores en base a la información de otros estudios relacionados y otras estadísticas**

Se ha tratado de identificar variables para otros factores que incidan en los embarazos en las adolescentes, por ejemplo: iniciación de la vida sexual, factores sociales, emocionales. Así se ha reconocido que en los hogares más pobres, en los hogares socialmente discriminados se registran los más altos índices de fecundidad y mortalidad y en muchos casos para mejorar el estándar de vida, deciden migrar uno, dos o todos los miembros del hogar.

La selección de variables y preparación de la información de migración, matrimonios, divorcios, mortalidad; se recopilan de las estadísticas correspondientes al período 2004 - 2009, respectivamente: Migración Internacional, Anuario de Matrimonios y Divorcios, Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones.

Entre las principales variables que se consideran para migración están: salidas de ecuatorianos al exterior; edad (entre 10 - 14 años y entre 15 - 19 años); sexo.

Las variables de estudio en las estadísticas de matrimonios, se encuentran: adolescentes mujeres: casadas, divorciadas; edad (entre 10 - 14 años y entre 15 - 19 años); sexo.

En mortalidad se consideran como variables de estudio las siguientes: edad (rangos entre 10 - 14 y 15 - 19 años); sexo (femenino); número de fallecidas; causa de defunción y egreso hospitalario: embarazo, parto y puerperio.

### **CAPÍTULO III**

#### **3. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS ESTADÍSTICAS RELACIONADAS CON LA INCIDENCIA DE LOS EMBARAZOS EN LAS ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE QUITO**

### 3.1 Estadísticas aspectos económicos – sociales y correlación de variables

#### 3.1.1 Aspectos económicos: ingresos y gastos; empleo y desempleo

La maternidad en adolescentes desde el punto de vista económico es un obstáculo, las jóvenes involucradas aportan muy poco al desarrollo económico, sin embargo demandan a la comunidad servicios de salud: biológico y psicológico, tanto para ella como para el niño.

Se presenta a continuación, cuadros con estadísticas Nacionales, Pichincha y Quito, con características económicas que describen los embarazos en adolescentes como: ingresos promedio por hogar, población económicamente activa.

**CUADRO N. 3**  
**Ingresos promedio por hogar**

<b>Hogares que tienen adolescentes con edades entre los 10 a 19 años de edad</b>	<b>Ingresos promedio - Nacional</b>
Ingresos promedio por hogar	\$ 352,6
Fuente: Encuesta de Empleo, Desempleo y Subempleo - (ENEMDU Dic 2010) Instituto Nacional de Estadística Y Censos (INEC) - Unidad de Análisis (Dilit) Formateado: Susana Costales R.	

**CUADRO N. 4**  
**Ingresos promedio por hogar**

<b>Hogares que tienen adolescentes que están embarazadas o en período de lactancia y sus edades están entre los 10 a los 19 años de edad</b>	<b>Ingresos promedio – Nacional</b>
Ingresos promedio por hogar	\$ 267,8
Fuente: Encuesta de Empleo, Desempleo y Subempleo - (ENEMDU Dic 2010) Instituto Nacional de Estadística Y Censos (INEC) - Unidad de Análisis (Dilit) Formateado: Susana Costales R.	

A nivel Nacional el ingreso promedio por hogar es relativamente bajo. La variación de ingresos promedio de los hogares que tienen adolescentes embarazadas y los hogares con adolescentes esta por el -31,69%.

Asimismo, a raíz del hecho que la maternidad/paternidad adolescente no se relaciona de manera nítida con la independencia económica de las y los adolescentes, la ocurrencia de un embarazo muchas veces deriva en que la joven madre y su niño deban ser mantenidos por los

padres de las muchachas, situación que presiona sobre el presupuesto familiar. En los casos de embarazo adolescente en hogares de bajos ingresos, esta presión puede resultar significativa y comprometer el bienestar no solo de la joven madre y su niño, sino también de otros miembros de la familia.

Es importante comprender que es necesario “muchas reformas en la vida económico social y un cambio de mentalidad y de costumbres de todos”<sup>28</sup>, que la finalidad de la producción sea el servicio integral del hombre, que tienda a desaparecer las enormes diferencias económicas que existen, más aun en hogares con adolescentes embarazadas.

**CUADRO N. 5**  
**Población económicamente activa por sexo, según total Nacional y grupos de edad**

Grupos de edad	Población Económicamente Activa				
	Total	Hombre	%	Mujer	%
<b>Total</b>	<b>531.390</b>	<b>346.528</b>	<b>65,21</b>	<b>184.862</b>	<b>34,79</b>
10 – 14	98.983	60.657	61,28	38.327	38,72
15 – 19	432.406	285.871	66,11	146.535	33,89

Fuente: Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo - ENEMDUR-Dic2010  
Elaborado: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) –Unidad de Procesamiento de la Subdirección General  
Formateado y %: Susana Costales R.

Vale la pena indicar que la población económicamente activa del género masculino en los adolescentes a nivel nacional bordea el 65% y del género femenino adolescente representa el 34,78%. El género masculino demanda de trabajo en mayor proporción que el género femenino. Es necesario asegurar el empleo suficiente y adecuado en lo que se refiere a la diferencia de sexos, así como la formación técnica y profesional congruente. Reconociendo que el trabajo humano es superior al resto de elementos de la vida económica; por otra parte, propender a una activa participación de todos en la gestión de la empresa, pensando en que los bienes deben llegar a todos de forma equitativa, bajo la guía de la justicia.

En el presente Cuadro se observa, que la población económicamente activa de jóvenes entre los 10 a 19 años de edad de la ciudad de Quito y la provincia de Pichincha se encuentra

<sup>28</sup>Gaudium et spes, síntesis de los documentos del Concilio Vaticano II, 2013, P.39

representada por 68,47% en el género masculino y el 31,53% está representado por el género femenino, la razón principal podría ser porque los hombres buscan independizarse más rápidamente que las mujeres o son inducidos a realizar dicho trabajo.

**CUADRO N. 6**  
**Población económicamente activa por grupos de edad y sexo, de Quito y Pichincha**

Grupos de Edad		Población Económicamente Activa				
		Total	Hombre	%	Mujer	%
Quito	<b>Total</b>	<b>18.056</b>	<b>12.363</b>	<b>68,47</b>	<b>5.693</b>	<b>31,53</b>
	10 - 14	1.489	1.041	<b>69,92</b>	448	<b>30,08</b>
	15 - 19	16.567	11.322	<b>68,34</b>	5.245	<b>31,66</b>
Pichincha	<b>Total</b>	<b>68.107</b>	<b>44.954</b>	<b>66,00</b>	<b>23.153</b>	<b>34,00</b>
	10 - 14	9.192	6.894	<b>75,00</b>	2.298	<b>25,00</b>
	15 - 19	58.916	38.060	<b>64,60</b>	20.856	<b>35,40</b>

Fuente: Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo - ENEMDUR-Dic2010  
Elaborado: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), Unidad de Procesamiento de la Subdirección General  
Formateado: Susana Costales R.

En el cuadro se puede observar que el 12,82% de la Pea de 10 a 19 años corresponde a Pichincha, frente a un 3,40% de Quito.

El grupo de 15 a 19 años de edad de adolescentes se incorpora más al trabajo, manteniéndose el mismo comportamiento por género a nivel nacional.

La PEA en el género femenino en Pichincha representa el 12,52% y Quito el 3,08%, la representatividad y comportamiento por género es similar. Gran parte de las personas de género femenino se incluyen en labores domésticas. También en Ecuador, las tasas de desempleo son más elevadas entre los jóvenes de 15 a 24 años comparadas con los demás grupos de edad. Los adolescentes son los que presentan menores tasas de ocupación y las/os que tienen hijos encuentran una serie de barreras para encontrar trabajo. La gran mayoría trabaja en empleos de baja productividad, con bajos salarios, sin cobertura de seguridad social y con limitaciones para su crecimiento personal.<sup>29</sup>

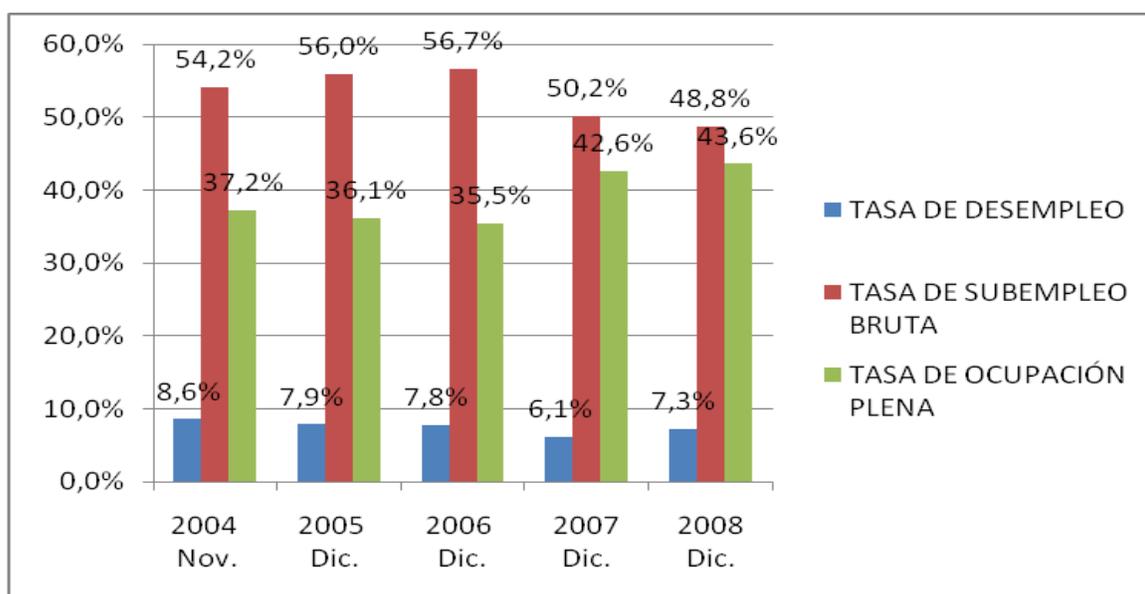
<sup>29</sup> Plan Andino de Prevención del Embarazo en la Adolescencia (2009). Óp. Cit. P.129

**CUADRO N. 7**  
**Porcentaje de representatividad de la PEA en relación al Nacional**

Grupos de Edad	Total	Hombre	Mujer
	%	%	%
Quito <b>Total</b>	<b>3,40</b>	<b>3,57</b>	<b>3,08</b>
10 - 14	1,50	1,72	1,17
15 - 19	3,83	3,96	3,58
Pichincha <b>Total</b>	<b>12,82</b>	<b>12,97</b>	<b>12,52</b>
10 - 14	9,29	11,37	5,99
15 - 19	13,63	13,31	14,23

Fuente: Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo - ENEMDUR-Dic2010  
 Elaborado: Susana Costales R.

El gráfico que se presenta a continuación, con información a nivel Nacional, período 2004-2008 se puede afirmar que: si bien la tasa de desempleo a nivel nacional se ha reducido del 2004 (8,6%) al 2008 (7,3%), no es un porcentaje del que se pueda estar satisfecho, este más bien refleja un nivel alto de la población tanto en mujeres como hombres se encuentran desempleados.



**GRÁFICO N. 1**  
**Empleo, desempleo y subempleo a nivel nacional**

Fuente: Estadística Empleo INEC  
 Elaborado: Susana Costales R.

El subempleo a nivel nacional urbano alcanza al 2008 el 41,6%, y la ocupación plena al mismo año el 43,6% a nivel nacional urbana.

Las inversiones deben estar encaminadas a la creación de posibilidades de trabajo, con beneficios suficientes para la población, de tal forma que los bienes cubran las necesidades para sí mismo y para sus familias.

### **3.1.2 Aspectos sociales: La educación en el Ecuador, conceptos y factores de calidad, hogares con adolescentes embarazadas.**

En Ecuador, el Gobierno está cumpliendo con la propuesta de pagar la deuda social y contribuir con la calidad en la educación al destacar la importancia de la inversión en infraestructura escolar a través de los municipios, consejos provinciales, universidades y por administración directa.

El objetivo es que el Gobierno asuma plenamente el mejoramiento del sistema educativo del país, tal como lo manda la nueva Constitución del Ecuador.

Según el DINSE<sup>30</sup>, en lo que va del año se han suscrito convenios con los gobiernos seccionales, municipales y las universidades, para mejorar el estado de los planteles a nivel nacional, el artículo 261 de la Carta Política manifiesta que el Estado central tiene competencias exclusivas en distintas materias, entre ellas educación, salud, seguridad social y vivienda. Además, el artículo 344, señala que el Estado ejercerá la rectoría del sistema educativo, a través de la autoridad educativa nacional, quien formulará la política nacional de educación.

Desde el año 2007 se definió una política para la entrega de textos escolares, por lo que ya se ha comunicado a las Prefecturas y a los Municipios que, el Ministerio de Educación asumirá de forma total y en todo el país, la entrega de los libros de primero a décimo año de educación básica en las instituciones fiscales y fisco misionales.

En la actualidad la Educación en el Ecuador sigue estándares internacionales, profundamente humanísticos, se está transformando al sistema educativo, que sea el eje transversal para el desarrollo, se ha llegado en el país al sistema de gratuidad de la educación y de programas de becas para manutención para jóvenes comprometidos en su formación para el desarrollo del país. Las escuelas del milenio, conducen, motivan a la niñez y juventud a ser productores de conocimiento, pone al país en los ojos del mundo en la palestra académica mundial.

---

<sup>30</sup> Director del DINSE, Edison Vallejo

La fuerza de los procesos de cambio requiere de una juventud formada en las aulas del país, en aquellas donde las puertas están abiertas al desarrollo del conocimiento; es ineludible la responsabilidad que tienen los jóvenes y niños en el desarrollo a mediano y largo plazo del Ecuador. Los adolescentes son diferentes, han dejado de ser niños pequeños y aún no son adultos; muchas de sus enfermedades y problemas difieren, bien por su frecuencia o bien por sus características, de los que tienen las personas de menos o de más edad.

Debido a que la adolescencia ocasiona nuevas peculiaridades, actitudes, dudas y preocupaciones, se producen cambios en las relaciones de los padres respecto a los hijos, y también varía: la disposición de ánimo, los sentimientos y el comportamiento de los maestros hacia ellos. En esta etapa, adquiere importancia particular una orientación atinada; <sup>31</sup>también la preocupación por sí mismos y el tener aceptación por parte de sus padres, amigos y la sociedad es muy importante.

Los cambios en su cuerpo, emociones y demás aspectos se dan continuamente, claro que difieren entre cada individuo, aunque se intente definir parámetros de crecimiento y desarrollo en indicadores de salud y psicológicos.

La adolescencia, es una etapa muy importante y decisiva en la vida de una persona, es por esto que en su desarrollo deben estar involucrados los padres, la sociedad en general, el estado y los entes educativos.

En el Ecuador en los gobiernos anteriores no se dio mucha importancia a la educación, a la salud integral de los adolescentes, con la Nueva Constitución del Ecuador, se da énfasis a la atención prioritaria de los adolescentes.

En los hogares con adolescentes embarazadas, la actitud de la adolescente y de la familia frente a la futura maternidad determinan las condiciones en la que la adolescente llevara su embarazo. El número de personas que viven en los hogares con adolescentes embarazadas, el apoyo de la pareja, es fundamental para la madre adolescente.

En base a la información de diferentes encuestas socio-económicas se obtiene los siguientes resultados:

---

<sup>31</sup>Bernice Moss, Warren Southworth y John Lester (1965). "Educación para la Salud". Editorial F. Trillas. P. 85-86

**CUADRO N. 8****Total de Hogares en viviendas particulares ocupadas con personas presentes**

	Hogares		
	Nacional	Pichincha	Quito
Total de hogares	3.810.518	727.838	640.753
Fuente: Censo de Población y Vivienda (CPV 2010)			
Instituto Nacional de Estadística Y Censos (INEC) - Unidad de Análisis (Dilit)			
Formateado: Susana Costales R.			

El 19,10% de los hogares de las viviendas particulares ocupadas con personas presentes del país se encuentran en Pichincha. En Quito se encuentran el 16,82% de los hogares. Quito representa el 88,04% de los hogares de Pichincha.

**CUADRO N. 9****Total de Hogares que tienen adolescentes entre los 10 – 19 años de edad (viviendas particulares ocupadas con personas presentes)**

	Hogares		
	Nacional	Pichincha	Quito
Total de hogares	1.771.547	310.376	268.584
Fuente: Censo de Población y Vivienda (CPV 2010)			
Instituto Nacional de Estadística Y Censos (INEC) - Unidad de Análisis (Dilit)			
Formateado: Susana Costales R.			

El siguiente cuadro reporta que, el 46,49% de los hogares tienen adolescentes entre 10 y 19 años de edad.

Se puede advertir que del total Nacional de hogares con adolescentes de 10 a 19 años, se encuentra distribuido de la siguiente forma; en Pichincha el 17,52%, en la capital el total de hogares con esta característica representa el 15,16%. En relación al total de hogares de Pichincha, Quito representa el 86,54%. Del 1 771 547 hogares con adolescentes a nivel nacional, los hogares con madres adolescentes representan el 6,6% es decir 117 957 hogares. En Pichincha el 12,95% en relación al nacional son hogares con madres adolescentes. Quito con relación al nivel Nacional representa el 10,71% de hogares con madres adolescentes.

El porcentaje de Quito con relación a Pichincha bordea el 82,72%, con lo que se puede afirmar que la concentración de los embarazos se dan en la capital provincial.

**CUADRO N. 10**

**Total de Hogares que tienen adolescentes que son madres con edades comprendidas entre los 10 a 19 años (viviendas particulares ocupadas con personas presentes)**

	Hogares		
	Nacional	Pichincha	Quito
Total de hogares	117.957	15.280	12.639
Fuente: Censo de Población y Vivienda (CPV 2010)			
Instituto Nacional de Estadística Y Censos (INEC) - Unidad de Análisis (Dilit)			
Formateado: Susana Costales R.			

**CUADRO N. 11**

**Estimación de hogares que tienen adolescentes entre los 10 a 19 años de edad y se encuentran embarazadas o en período de lactancia**

	Hogares	
	Nacional	Pichincha
Hogares con adolescentes embarazadas o en período de lactancia	59.490	9.108
Fuente: Encuesta de Empleo, Desempleo y Subempleo - (ENEMDU Dic 2010)		
Instituto Nacional de Estadística Y Censos (INEC) - Unidad de Análisis (Dilit)		
Formateado: Susana Costales R.		

Se puede observar que a nivel de Pichincha el 15,31% de los hogares corresponden aquellos que tienen adolescentes embarazadas o en período de lactancia.

**CUADRO N. 12**

**Población por sexo según grupos de edad**

Grupos de Edad	Hombre	Mujer	Total
10 – 14	784.543	741.191	1.525.734
15 – 19	647.599	657.328	1.304.927
<b>Total</b>	<b>1.432.142</b>	<b>1.398.519</b>	<b>2.830.661</b>
Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida - ECV 2005-2006			
Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)			
Elaborado: Susana Costales R.			

La Encuesta de Condiciones de Vida 2005 - 2006, agrega información relevante para la investigación, representada a partir del cuadro anterior; que confirman los resultados de la tabulación de datos del Hospital Gineco Obstétrico "Isidro Ayora".

**CUADRO N. 13**

**Población femenina de 10 a 19 años que ha tenido al menos un hijo nacido vivo**

Edad	1	2	3	4	7	Total
13	164	0	0	0	0	164
14	920	0	0	0	0	920
15	1.352	123	0	0	240	1.715
16	7.855	324	0	0	0	8.179
17	14.355	839	0	0	0	15.194
18	21.764	6.280	835	551	0	29.430
19	31.218	8.455	787	503	0	40.963

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida - ECV 2005-2006  
 Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)  
 Elaborado: Susana Costales R.

A nivel nacional hay adolescentes que desde los trece años pasan a formar parte de las madres del país; a muy tempranas edades deben afrontar situaciones nuevas para su vida, enfrentando nuevos retos en el ámbito familiar, laboral, social, económico.

**CUADRO N. 14**

**Cuadro resumen de población femenina de 10 a 19 años que ha tenido al menos un hijo nacido vivo**

Grupos de Edad	1	2	3	4	7	Total
13 - 14 AÑOS	1.084	0	0	0	0	1.084
15 - 19 AÑOS	76.544	16.021	1.622	1.054	240	95.481

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida - ECV 2005-2006  
 Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)  
 Elaborado: Susana Costales R.

De esta población de adolescentes entre 13 a 19 años, el 16,78% de las adolescentes de 15 a 19 años han tenido dos hijos.

El 73,9% de los jefes de hogar en los adolescentes de 10 a 19 años pertenecen al género masculino y el 26,05% al género femenino, los hombres en este grupo de edad pasan a ser jefes de hogar en mayor proporción que las mujeres, con las implicaciones que esto tiene.

Las adolescentes mujeres se unen, se casan se separan y se divorcian en mayor proporción que los hombres, fenómenos que pueden darse en la búsqueda de amor y estabilidad con la pareja, institución familiar; la separación y los divorcios serían consecuencia misma de la edad, falta de instrucción, formación en valores, trabajo para afrontar las necesidades del hogar.

**CUADRO N. 15**  
**Población masculina de 12 a 19 años por estado civil**

Edad	Unión libre	Casado	Soltero	Separado	Divorciado	Viudo	Total
12	0	0	157.189	0	0	0	157.189
13	0	870	155.323	0	0	0	156.193
14	0	174	162.601	0	0	0	162.775
15	0	1.550	132.128	0	0	0	133.678
16	1.344	0	140.284	132	0	0	141.760
17	2.217	309	136.721	0	459	0	139.706
18	6.754	914	116.626	170	0	0	124.464
19	11.624	2.695	92.803	601	0	268	107.991

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida - ECV 2005-2006  
Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)  
Elaborado: Susana Costales R.

Información que se confirma en el siguiente cuadro resumen de otras investigaciones.

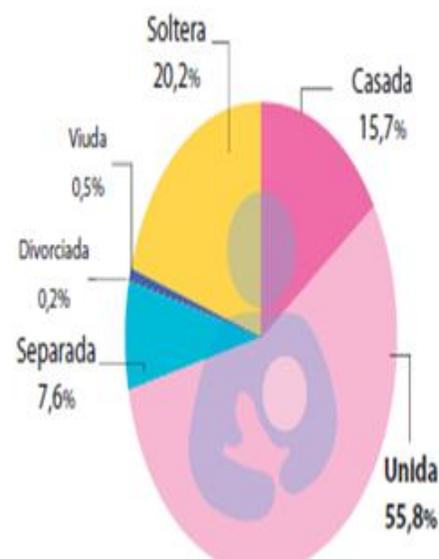
**Población de mujeres**

con al menos un hijo nacido vivo

NACIONAL (122.301)	Tasa (cada 1.000)
	107,20
Machala (1.830)	101,89
Guayaquil (15.802)	94,02
Quito (9.074)	78,85
Cuenca (1.688)	67,38

**Estado civil o conyugal de la población de mujeres con al menos un hijo nacido vivo**

Estado conyugal	Casos
Casada	19.272
Unida	68.259
Separada	9.250
Divorciada	215
Viuda	572
Soltera	24.733
Total	122.301



**GRÁFICO N. 2**

**INFOGRAFIA, embarazo adolescente, mujeres entre 12 y 19 años de edad**

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2010, Nacimientos, Egresos Hospitalarios y Defunciones 2010  
Elaborado: INEC: Dirección Zonal 5 Litoral – Departamento de Estudios Analíticos Estadísticos

**CUADRO N. 16****Población femenina Pichincha de 10 a 19 años por nivel de instrucción**

Edad	Ninguno	Centro de alfabetización	Educación básica	Primaria	Educac. media o bachillerato	Secundaria	Post bachillerato	Superior	Total
10	588	0	33.143	0	0	0	0	0	33.731
11	0	0	26.157	463	0	390	0	0	27.010
12	0	0	27.767	779	0	0	0	0	28.546
13	0	0	20.930	2.185	0	0	0	0	23.115
14	0	0	15.964	3.447	2.749	2.098	0	0	24.258
15	0	0	8.334	723	11.268	6.146	0	0	26.471
16	0	0	4.794	2.850	13.236	4.793	0	0	25.673
17	0	870	1.794	3.203	10.764	8.253	0	362	25.246
18	0	0	839	3.492	6.584	7.688	424	4.958	23.985
19	0	0	0	6.586	2.989	8.436	357	6.462	24.830

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida - ECV 2005-2006

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)

Elaborado: Susana Costales R.

En Pichincha, el 62,18% de las adolescentes llegan a educación básica y primaria, un 32,48% a educación media y secundaria, información que corrobora la necesidad de implementar programas para proteger a la adolescente embarazada que permitan continuar sus estudios.

**CUADRO N. 17****Población femenina Quito de 10 a 19 años por nivel de instrucción**

Edad	Ninguno	Educación básica	Primaria	Educac. media o bachillerato	Secundaria	Superior	Total
10	588	18.943	0	0	0	0	19.531
11	0	13.870	0	0	0	0	13.870
12	0	16.253	0	0	0	0	16.253
13	0	11.540	390	0	0	0	11.930
14	0	10.333	1.256	2.261	388	0	14.238
15	0	4.736	0	8.765	3.042	0	16.543
16	0	3.344	0	7.979	1.881	0	13.204
17	0	0	0	6.703	4.713	0	11.416
18	0	0	966	5.066	5.224	3.807	15.063
19	0	0	2.193	2.300	4.658	3.598	12.749

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida - ECV 2005-2006

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)

Elaborado: Susana Costales R.

En Quito, el 57,89% de las adolescentes llegan a educación básica y primaria, un 36,58% a educación media y secundaria, resultados similares presentan las tabulaciones obtenidas de las historias clínicas del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, más adelante.

**CUADRO N. 18**  
**Mujeres de 10 a 19 años nacional embarazadas por nivel de instrucción**

Edad	Ninguno	Educación básica	Primaria	Educac. media o bachillerato	Secundaria	Superior	Total
12	0	219	0	0	0	0	219
13	0	0	132	0	0	0	132
14	0	0	75	0	0	0	75
15	0	132	0	0	1.110	0	1.242
16	437	135	1.678	677	1.933	0	4.860
17	0	627	2.428	2.475	2.265	103	7.898
18	0	784	3.978	1.459	4.878	0	11.099
19	0	0	2.366	288	1.330	1.964	5.948
<b>Total</b>	437	1.897	10.657	4.899	11.516	2.067	31.473

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida - ECV 2005-2006  
Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)  
Elaborado: Susana Costales R.

De las adolescentes embarazadas a nivel nacional el 1,39% se quedaron sin instrucción, el 6,03% con educación básica, el 33,86% con instrucción primaria, el 15,57% con educación media o bachillerato, el 36,59% con instrucción secundaria y 6,57% con instrucción superior.

**CUADRO N. 19**  
**Mujeres de 10 a 19 años Pichincha embarazadas por nivel de instrucción**

Edad	Primaria	Educac. media o bachillerato	Secundaria	Superior	Total	% Frente al Nacional
16	0	0	1.055	0	1.055	21,71
17	0	1.447	944	0	2.391	30,27
18	442	1.002	1.119	0	2.563	23,09
19	657	0	0	463	1.120	18,83
<b>Total</b>	1.099	2.449	3.118	463	7.129	22,65

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida - ECV 2005-2006  
Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)  
Elaborado: Susana Costales R.

**CUADRO N. 20****Mujeres de 15 a 19 años Quito embarazadas por nivel de instrucción**

Edad	Primaria	Educac. media o bachillerato	Secundaria	Total	% Frente a Pichincha	% Frente al Nacional
<b>16</b>	0	0	1.055	1.055	100,00	21,71
<b>17</b>	0	1.053	615	1.668	69,76	21,12
<b>18</b>	0	1.002	561	1.563	60,98	14,08
<b>19</b>	657	0	0	657	58,66	11,05
<b>Total</b>	657	2.055	2.231	4.943	69,34	15,71

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida - ECV 2005-2006  
Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)  
Elaborado: Susana Costales R.

Se puede observar en el cuadro que la población embarazada adolescente en Pichincha representa el 22,65% de las embarazadas a nivel nacional, en relación al nivel de instrucción el 15,42% representa la primaria, el 34,35% educación media o bachillerato, el 43,74% instrucción secundaria y 6,49% con instrucción superior. Los niveles de instrucción a nivel de Pichincha mejoran en relación al Nacional. Las adolescentes embarazadas en Quito representan el 15,71% del Nacional y de Pichincha el 69,34%.

En relación al nivel de instrucción el 13,29% se quedaron con instrucción primaria, el 41,57% con educación media o bachillerato, el 45,13% con instrucción secundaria. Los niveles de instrucción de Quito son similares a nivel de Pichincha a excepción de la instrucción superior.

En general mientras menor sea el nivel de instrucción adquirido por la persona, será más difícil insertarse en la fuerza laboral, las actividades que posiblemente realizará en muchos casos estará relacionada al servicio doméstico.

**CUADRO N. 21**  
**Población nacional de 10 a 19 años por parentesco**

Sexo	Edad	Jefe	Espos(a) o convivien te	Hijo (a)	Yerno / nuera	Nieto / nieta	Herma nos	Cuñados	Otros parientes	Empleada(o) doméstico	Otros no parientes	Total
Hombres	10 - 14	170	0	634.339	0	88.649	7.000	1.559	18.877	571	33.378	784.543
	15 - 19	17.708	119	514.091	6.233	46.098	12.053	6.580	20.578	0	24.140	647.600
Mujeres	10 - 14	311	388	598.515	1.215	77.924	4.273	1.746	20.964	3.330	32.527	741.193
	15 - 19	5.999	49.417	459.692	30.026	38.547	12.234	8.169	21.557	9.541	22.148	657.330
Total	10 - 14	481	388	1.232.854	1.215	166.573	11.273	3.305	39.841	3.901	65.905	1.525.736
	15 - 19	23.707	49.536	973.783	36.259	84.645	24.287	14.749	42.135	9.541	46.288	1.304.930

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida - ECV 2005-2006  
 Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)  
 Elaborado: Susana Costales R.

Se puede advertir que de la población adolescentes entre 10 a 19 años de edad el 0,85% a nivel nacional son jefes de hogar, y el 1,76% es esposo(a) o conviviente, esto puede incidir en el desarrollo normal de un hogar, además en la satisfacción de las necesidades básicas, en muchos de los casos los adolescentes dejan de estudiar y pasan a formar parte de la fuerza laboral del país.

**CUADRO N. 22**  
**Población femenina de 10 a 19 años por parentesco**

Edad	Jefe	Espos(a) o conviviente	Hijo (a)	Yerno / nuera	Nieto / nieta	Hermanos	Cuñados	Otros parientes	Empleada(o) doméstico	Otros no parientes	Total
<b>10</b>	0	0	132.550	0	23.002	295	138	5.529	0	4.615	166.129
<b>11</b>	0	0	125.054	0	20.991	932	603	4.973	237	5.628	158.418
<b>12</b>	170	0	122.447	0	11.874	501	210	2.269	641	6.097	144.209
<b>13</b>	141	0	111.180	0	10.880	965	404	3.343	757	7.809	135.479
<b>14</b>	0	388	107.284	1.215	11.177	1.580	391	4.850	1.695	8.378	136.958
<b>15</b>	172	993	110.149	1.447	9.963	1.694	2.092	5.976	1.300	3.597	137.383
<b>16</b>	610	4.292	99.032	4.361	7.585	1.661	1.026	2.251	2.121	4.785	127.724
<b>17</b>	393	4.860	99.384	4.565	7.193	1.751	2.106	4.647	2.578	5.431	132.908
<b>18</b>	2.483	16.614	78.801	8.485	6.400	4.047	2.255	4.689	1.810	3.608	129.192
<b>19</b>	2.341	22.658	72.326	11.168	7.406	3.081	690	3.994	1.732	4.727	130.123

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida - ECV 2005-2006  
 Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)  
 Elaborado: Susana Costales R.

Al analizar los datos del cuadro podemos afirmar que en la población femenina en la categoría de jefe de hogar, mientras aumenta la edad se incrementa el número de personas de esta categoría, igual ocurre con esposa(o) o conviviente, yerno-nuera.

Las jefes de hogar adolescentes en el género femenino representan el 0,22%, esposas o convivientes el 1,76%, esto indica que en muchos casos las adolescentes cambiaron sus prioridades de ser estudiantes a cumplir responsabilidades de hogar, demanden un trabajo para sustento del hogar y en un futuro cercano posiblemente sean madres adolescentes.

**CUADRO N. 23**  
**Población masculina de 10 a 19 años por parentesco**

Edad	Jefe	Espos(a) o conviviente	Hijo (a)	Yerno / nuera	Nieto / nieta	Hermanos	Cuñados	Otros parientes	Empleada(o) doméstico	Otros no parientes	Total
10	0	0	116.531	0	21.998	677	307	3.497	0	5.731	148.741
11	0	0	127.020	0	21.306	1.162	404	4.031	0	5.721	159.644
12	0	0	132.013	0	13.859	803	251	2.440	571	7.253	157.190
13	0	0	124.861	0	18.680	1.730	0	3.923	0	6.999	156.193
14	170	0	133.914	0	12.806	2.628	597	4.986	0	7.674	162.775
15	125	0	113.008	489	9.180	866	436	4.334	0	5.240	133.678
16	694	0	114.353	0	10.341	2.452	1.963	7.289	0	4.669	141.761
17	3.620	119	110.688	510	10.413	2.671	703	4.137	0	6.845	139.706
18	3.109	0	100.961	2.127	7.368	2.937	1.392	3.665	0	2.905	124.464
19	10.160	0	75.081	3.107	8.796	3.127	2.086	1.153	0	4.481	107.991

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida - ECV 2005-2006  
 Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)  
 Elaborado: Susana Costales R.

Las jefes de hogar adolescentes en el género masculino representan el 0,63%, esposos o convivientes el 0,0042%, esto indica que en muchos casos los adolescentes cambiaron sus prioridades, pasaron de ser estudiantes a cumplir responsabilidades de hogar, demanden un trabajo para sustento del hogar y en un futuro cercano posiblemente sean padres adolescentes.

## **3.2 Estadísticas de morbilidad**

### **3.2.1 Análisis de los embarazos en las adolescentes de la ciudad de Quito**

Se pone a consideración los resultados de las estadísticas descriptivas de Quito, así como también los resultados de estudios a nivel nacional y Pichincha en cuanto a los factores sociales que determinan los embarazos a temprana edad entre los 10 a 19 años.

Las estadísticas de morbilidad se obtienen a partir del Anuario de Egresos Hospitalarios, en base a los cuadros de resultados, se pudieron establecer resúmenes con las primeras 10 causas de morbilidad por embarazo parto o puerperio de las adolescentes mujeres de entre 10 - 19 años del 2004 al 2008. Como se presenta en el siguiente cuadro y los cuadros del Anexo 2, principales causas de egresos hospitalarios de adolescentes, período 2004 - 2007.

**CUADRO N. 24****Principales causas de egresos hospitalarios de adolescentes, por causas de embarazo, parto o puerperio**

AÑO 2009			TOTAL EGRESOS	10 a 14 AÑOS	15 a 19 AÑOS	10 a 19 AÑOS
1	O80	PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO	120.484	1.260	29.772	31.032
2	O82	PARTO ÚNICO POR CESÁREA	64.917	453	9.589	10.042
3	O06	ABORTO NO ESPECIFICADO	21.894	215	3.761	3.976
4	O33	ATENCIÓN MATERNA POR DESPROPORCIÓN CONOCIDA O PRESUNTA	9.063	218	2.703	2.921
5	O23	INFECCIÓN DE LAS VIAS GENITOURINARIAS EN EL EMBARAZO	9.530	162	2.751	2.913
6	O47	FALSO TRABAJO DE PARTO	11.849	157	2.707	2.864
7	O68	TRABAJO DE PARTO Y PARTO COMPLICADOS POR SUFRIMIENTO FETAL	6.102	66	1.341	1.407
8	O02	OTROS PRODUCTOS ANORMALES DE LA CONCEPCIÓN	8.069	67	1.148	1.215
9	O99	OTRAS ENFERMEDADES MATERNAS *CP, PERO QUE COMPLICAN EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	4.221	63	1.094	1.157
10	O14	HIPERTENSIÓN GESTACIONAL [INDUCIDA POR EL EMBARAZO) CON PROTEINURIA SIGNIFICATIVA	5.407	50	1.073	1.123

Fuente: Anuario de Estadísticas Hospitalarias: Camas y Egresos – INEC 2009

Elaborado: Susana Costales R.

### **3.2.2 Formas de terminación de la gestación en las adolescentes.**

Las formas de terminación del parto entre las adolescentes de 10 a 19 años durante los años 2004 al 2009 en el Ecuador de acuerdo a la estadística hospitalaria de camas y egresos, fueron: parto único espontáneo, parto único por cesárea, aborto no especificado, atención materna por desproporción, conocida o presunta, falso trabajo de parto.

Las causas de egreso; parto único espontáneo y parto único por cesárea, en los tres últimos años, mantienen una tendencia creciente, en especial en el rango de edades de 15 a 19 años.

En este período, las principales causas por las que las adolescentes tempranas (10 - 14 años) y tardías (15 - 19 años) han egresado del hospital en primer lugar con parto único espontáneo, seguido de parto único por cesárea, aborto no especificado, atención materna por desproporción conocida o presunta y falso trabajo de parto.

Es satisfactorio saber que la terminación de los partos en las adolescentes culmina con el alumbramiento de una nueva vida. Lo que si preocupa es el tercer lugar que es aborto no especificado, el cual puede incluir aborto por decisión propia u otras causas no determinadas específicamente.

El aborto no especificado, presenta una cantidad alarmante. Como se explica en algunos estudios puede encontrarse el aborto clandestino que termina con la vida del bebé y la madre en muchas ocasiones, o en muchas otras muere él bebe, pero la madre queda con secuelas físicas y emocionales, como se describe a continuación.

Sobre la base de datos provenientes de 56 países, el UNFPA (2006) determinó que las probabilidades de que las muchachas de 15 a 19 años de edad mueran debido al embarazo o el parto son dos veces superiores a las de una mujer de 20 a 30 años.

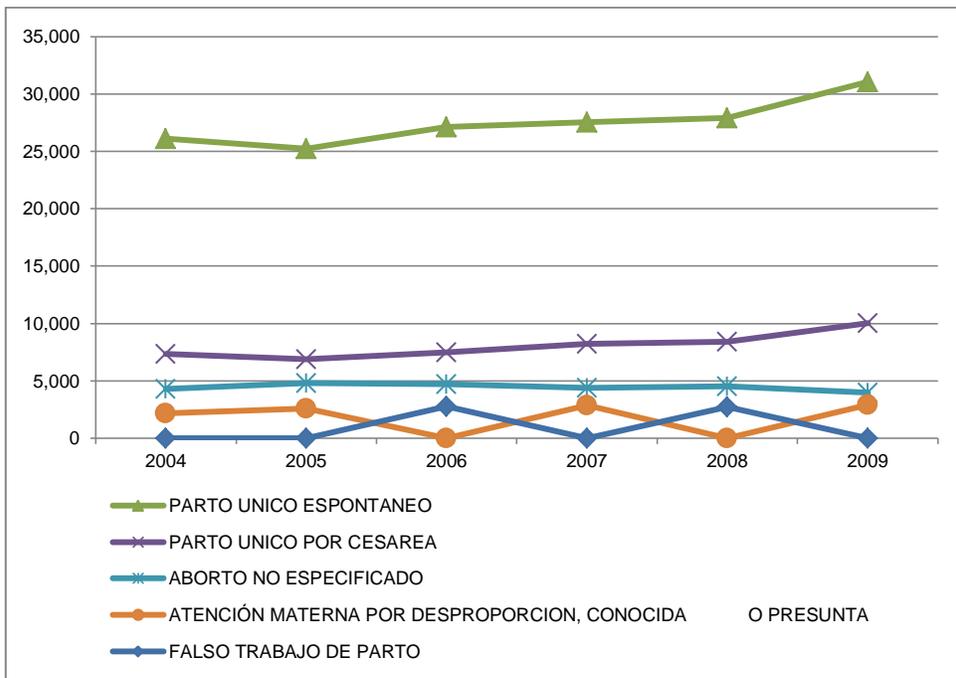
Para las menores de quince años, los riesgos son cinco veces mayores. Asimismo, existen estudios que han encontrado que las tasas de mortalidad materna en adolescentes son ligeramente mayores en comparación con las mujeres jóvenes de (20-35 años).<sup>32</sup>

Se puede indicar que en forma general las adolescentes concluyen satisfactoriamente su etapa de embarazo.

La estadística de morbilidad, no presenta correlación entre la edad y la forma de terminación de la gestación.

---

<sup>32</sup>Crf. Ministerio de Salud Pública-Ecuador (2007). Op. Cit. P.26.



### GRÁFICO N. 3

#### Morbilidad Nacional - mujeres adolescentes 10 a 19 años, por embarazo, parto y puerperio

Fuente: Anuario de Estadísticas Hospitalarias: Camas y Egresos – INEC 2004-2009

Elaborado: Susana Costales R.

#### 3.2.3 Adolescentes que egresaron del hospital por motivos de embarazo, parto y puerperio

En base a la información del INEC sobre egresos hospitalarios entre los años 2004-2009, el porcentaje de egresos de mujeres a nivel nacional es de cerca del 70%, porcentaje significativo por un mayor número de población femenina y con mayores casusas de morbilidad en el Ecuador.

De este porcentaje en más o menos un 50% los egresos hospitalarios son por causas de embarazo, parto y puerperio.

Los porcentajes de egresos hospitalarios en mujeres entre los años 2004-2009, varía entre el 67,64% y 68,72%. En las capitales provinciales es donde se concentran los embarazos en las adolescentes.

**CUADRO N. 25**

**Número de egresos hospitalarios mujeres adolescentes entre 10 - 19 años, por embarazo, parto o puerperio entre el 2004 al 2009**

AÑO	CAUSAS DE MORBILIDAD	No. Egresos Hospitalarios	GRUPO DE EDAD			PORCENTAJES			
	DIAGNÓSTICOS		10 - 14 AÑOS	15 - 19 AÑOS	ENTRE 10 - 19 AÑOS	10 - 14 AÑOS	15 - 19 AÑOS	10 - 19 AÑOS	10 - 19 AÑOS
			% en relación a la población total mujeres nacional (10 - 14 AÑOS)	% morbilidad en relación a la población total mujeres nacional (15 - 19 AÑOS)	% morbilidad en relación a la población total mujeres nacional	% en relación a la población TOTAL HYM (MUJERES 10 - 19 AÑOS)			
2004	No. EGRESOS HOSPITALARIOS	763.643	22.201	79.416	101.617				
	EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	524.810	10.967	67.077	78.044	2,09%	12,78%	14,87%	10,22%
2005	No. EGRESOS HOSPITALARIOS	802.943	23.145	84.245	107.390				
	EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	549.495	11.393	70.972	82.365	2,07%	12,92%	14,99%	10,26%
2006	No. EGRESOS HOSPITALARIOS	863.037	25.799	89.350	115.149				
	EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	590.719	12.755	75.627	88.382	2,16%	12,80%	14,96%	10,24%
2007	No. EGRESOS HOSPITALARIOS	920.047	29.693	95.761	125.454				
	EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	624.947	14.468	80.274	94.742	2,32%	12,84%	15,16%	10,30%
		315.667	2.736	65.018	67.754	0,87%	20,60%	21,46%	7,36%

Fuente: Anuario de Egresos Hospitalarios 2004-2009 INEC  
 Elaborador por: Susana Costales R.

**CONT. CUADRO N. 25**

**Número de egresos hospitalarios mujeres adolescentes entre 10- 19 años, por embarazo, parto y puerperio entre el 2004 al 2009**

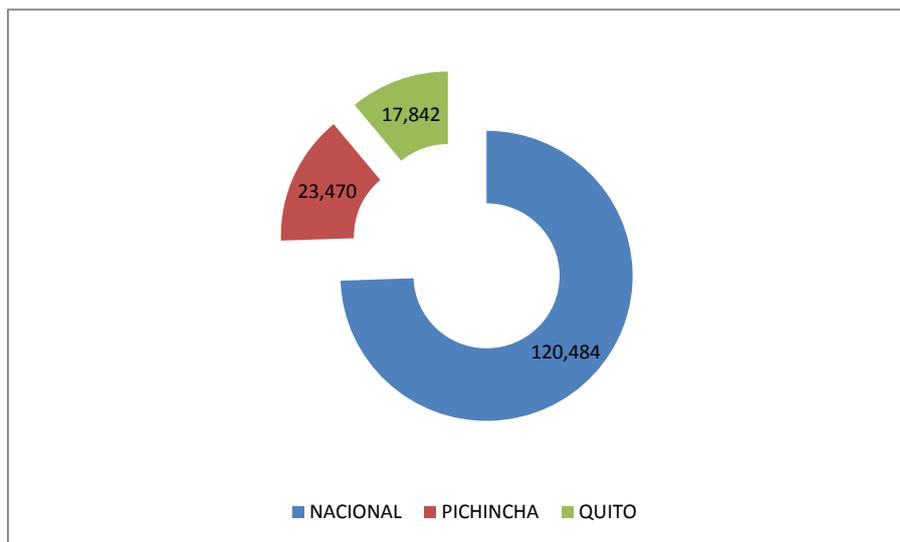
ANO	CAUSAS DE MORBILIDAD	No. Egresos Hospitalarios	GRUPO DE EDAD			PORCENTAJES			
	DIAGNÓSTICOS		10 - 14 AÑOS	15 - 19 AÑOS	ENTRE 10 - 19 AÑOS	10 - 14 AÑOS	15 - 19 AÑOS	10 - 19 AÑOS	10 - 19 AÑOS
						% en relación a la población total mujeres nacional (10 - 14 AÑOS)	% morbilidad en relación a la población total mujeres nacional (15 - 19 AÑOS)	% morbilidad en relación a la población total mujeres nacional	% en relación a la población TOTAL HYM (MUJERES 10 - 19 AÑOS)
2008	No. EGRESOS HOSPITALARIOS	983.286	30.137	101.329	131.466				
	EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	665.120	15.102	84.800	99.902	2,27%	12,75%	15,02%	10,16%
2009	No. EGRESOS HOSPITALARIOS	1.031.957	30.137	101.329	131.466				
	EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	695.802	15.102	84.800	99.902	2,17%	12,19%	14,36%	9,68%
		338.761	3.501	71.001	74.502	1,03%	20,96%	21,99%	7,22%

Fuente: Anuario de Egresos Hospitalarios 2004-2009 INEC  
Elaborador por: Susana Costales R.

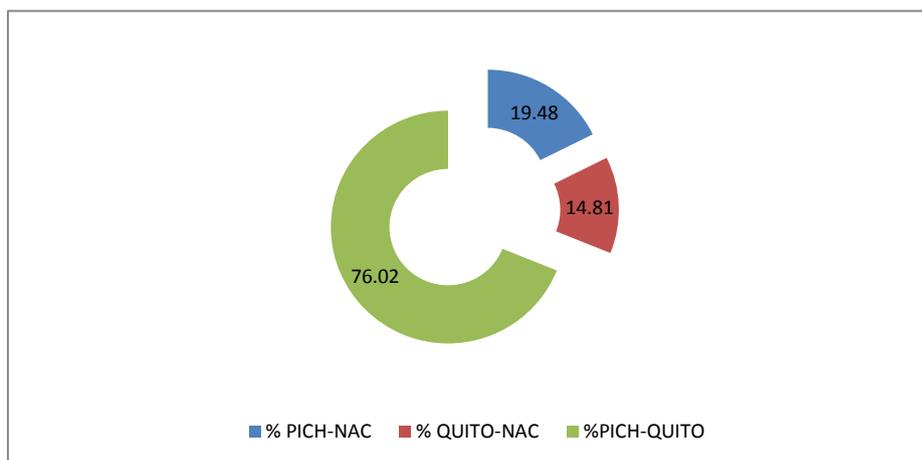
Del total de egresos hospitalarios 2004 al 2009, en mujeres adolescentes a nivel nacional, aproximadamente el porcentaje varía entre el 0,75% al 1,03% de egresos hospitalarios se dan entre los 10 - 14 años. En adolescentes de 15 - 19 años varía el porcentaje entre el 20,05% al 20,96%.

En los siguientes gráficos se presenta la principales causas de morbilidad 2009, en las adolescentes, clasificada según la lista internacional detallada CIE-10 dentro del capítulo XV: Embarazo, Parto y Puerperio.

Representación gráfica de la forma de terminación del parto: parto único espontáneo.

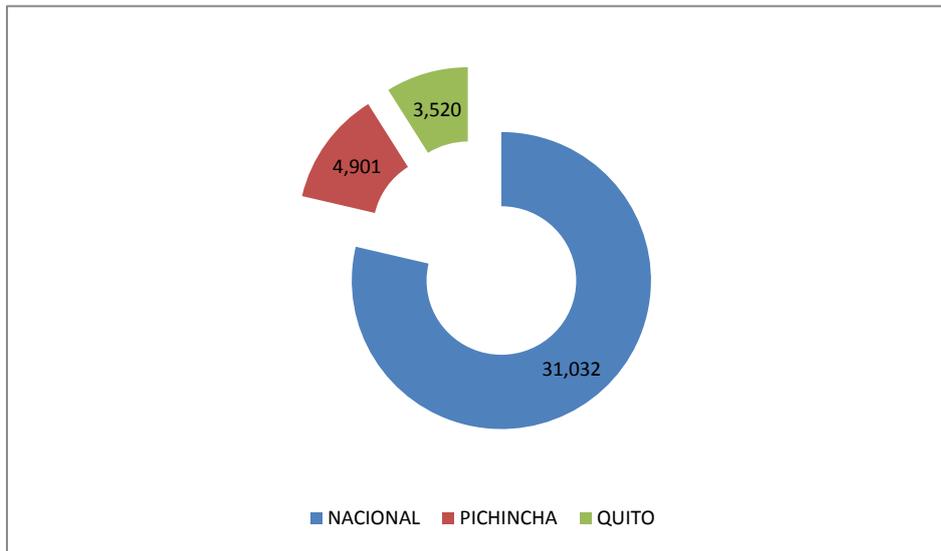


**GRÁFICO N. 4**  
**Parto único espontáneo 2009, según residencia habitual, en cantidad**  
Fuente: Anuario de Egresos Hospitalarios 2009 INEC  
Elaborador por: Susana Costales R.



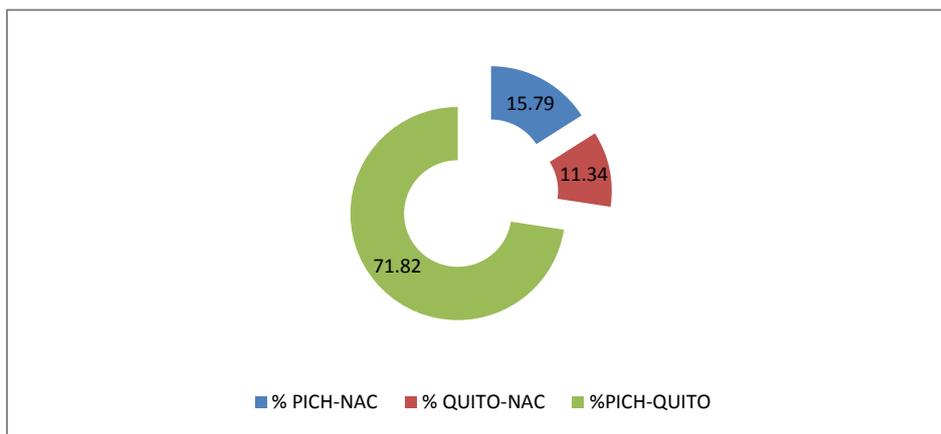
**GRÁFICO N. 5**  
**Porcentaje de parto único espontáneo 2009, según residencia habitual**  
Fuente: Anuario de Egresos Hospitalarios 2009 INEC  
Elaborador por: Susana Costales R.

El aporte de parto único espontáneo de Pichincha al Nivel Nacional es del 19,48%, Quito aporta con el 14,1%. El aporte de parto único espontáneo de Quito a Pichincha es del 76,02%, esto indica los embarazos de adolescente se concentra en la capital provincial.



**GRÁFICO N. 6**  
**Parto único espontáneo 2009, adolescentes, según residencia habitual, en cantidad**  
 Fuente: Anuario de Egresos Hospitalarios 2009 INEC  
 Elaborador por: Susana Costales R.

El aporte de parto único espontáneo de las adolescentes de Pichincha al nivel Nacional es del 15,79% y Quito aporta con el 11,34%. El parto único espontáneo en las adolescentes está concentrado en Quito, capital provincial con un aporte del 71,82%.



**GRÁFICO N. 7**  
**Porcentaje de parto único espontáneo 2009, adolescentes, según residencia habitual**  
 Fuente: Anuario de Egresos Hospitalarios 2009 INEC  
 Elaborador por: Susana Costales R.

### 3.2.4 Terminación de embarazo por parto normal, cesárea y aborto en adolescentes en el Hospital Gineco Obstétrico "Isidro Ayora" - HGOIA

La información del Hospital Gineco Obstétrico "Isidro Ayora", al ser una entidad de Salud que se dedica a la atención de las embarazadas durante el período de gestación, permite obtener estadísticas descriptivas específicas, para el estudio de las adolescentes embarazadas.

Según investigación directa en el Hospital Gineco Obstétrico "Isidro Ayora", en la mayoría de casos atendidos por parto en la ciudad de Quito a madres adolescentes de los grupos prioritarios se realiza en esta unidad de atención médica.

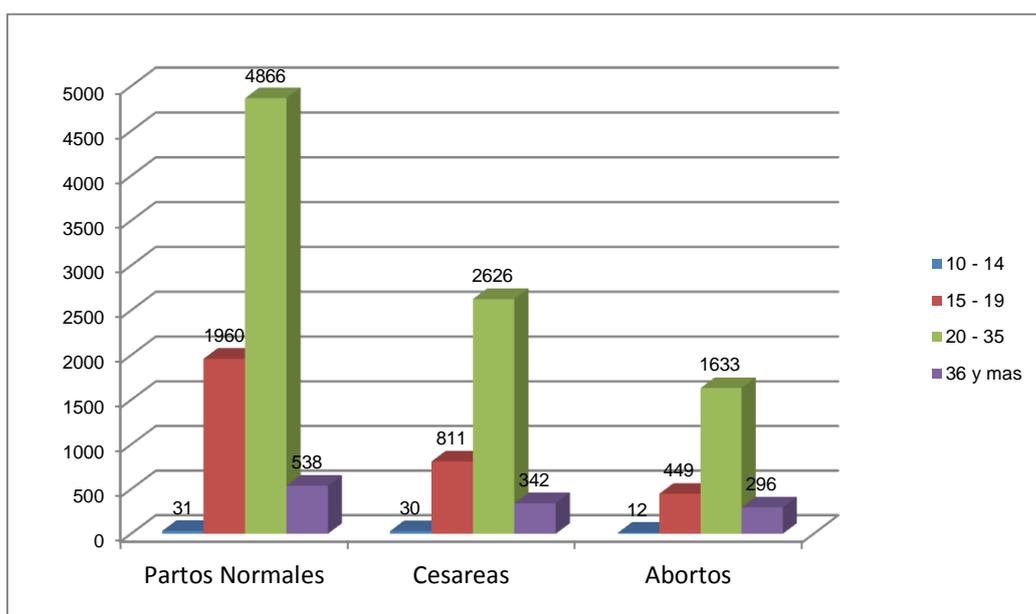
La tendencia de las variables edad, partos normales y demás, del Hospital Gineco Obstétrico "Isidro Ayora, es similar al obtenido con la información del Instituto Nacional de Estadística y Censos.

**CUADRO N. 26**  
**Partos normales, cesáreas y abortos por grupos de edad, según egresos, año 2005**

Edad en años	Partos Normales	Cesáreas	Abortos	Total Partos
	PN	C	A	TP=PN+C
10 – 14	31	30	12	61
15 – 19	1960	811	449	2771
20 – 35	4866	2626	1633	7492
36 y mas	538	342	296	880
<b>Total</b>	<b>7395</b>	<b>3809</b>	<b>2390</b>	<b>11204</b>

Fuente: Hospital Gineco Obstétrico "Isidro Ayora"  
Formateado: Susana Costales R.

En el año 2005 el 19,49% de partos en las adolescentes de 15 a 19 años fueron normales, el 7,24% fueron cesáreas; en las adolescentes de 10 a 14 años el 0,27% de partos fueron normales y el 0,26% fueron cesáreas.



#### GRÁFICO N. 8

#### Partos normales, cesáreas y abortos por grupos de edad según egresos, año 2005

Fuente: Hospital Gineco Obstétrico "Isidro Ayora"

Elaborado: Susana Costales R.

#### CUADRO N. 27

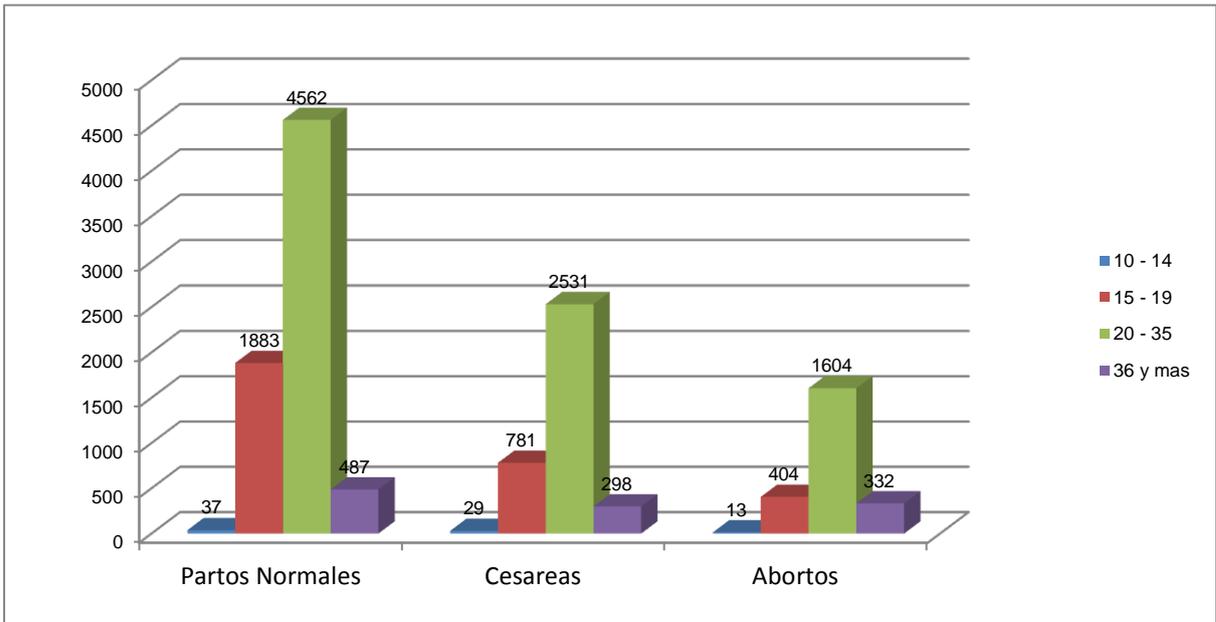
#### Partos normales, cesáreas y abortos por grupos de edad, según egresos, año 2006

Edad en años	Partos Normales	Cesáreas	Abortos	Total Partos
	PN	C	A	TP=PN+C
10 – 14	37	29	13	66
15 – 19	1883	781	404	2664
20 – 35	4562	2531	1604	7093
36 y mas	487	298	332	785
<b>Total</b>	<b>6969</b>	<b>3639</b>	<b>2353</b>	<b>10608</b>

Fuente: Hospital Gineco Obstétrico "Isidro Ayora"

Formateado: Susana Costales R.

En el año 2006 el 17,75% de partos en las adolescentes de 15 a 19 años fueron normales, el 7,36% fueron cesáreas; en las adolescentes de 10 a 14 años el 0,35% de partos fueron normales y el 0,27% fueron cesáreas.



**GRÁFICO N. 9**

**Partos normales, cesáreas y abortos por grupos de edad según egresos, año 2006**

Fuente: Hospital Gineco Obstétrico "Isidro Ayora"  
Elaborado: Susana Costales R.

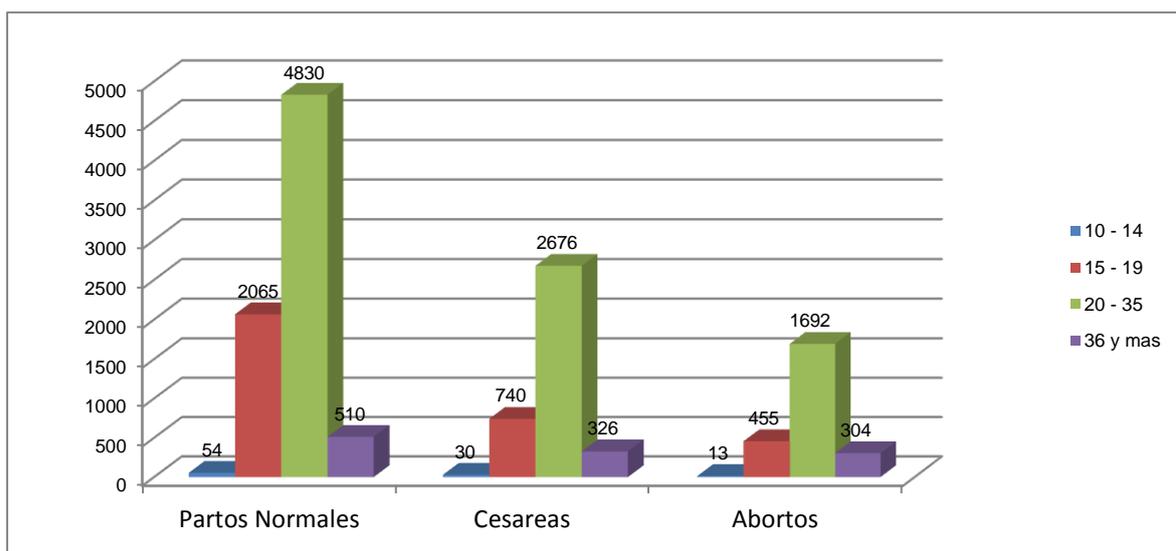
**CUADRO N. 28**

**Partos normales, cesáreas y abortos por grupos de edad según egresos, año 2007**

Edad en Años	Partos Normales	Cesáreas	Abortos	Total Partos
	PN	C	A	TP=PN+C
10 – 14	54	30	13	84
15 – 19	2065	740	455	2805
20 – 35	4830	2676	1692	7506
36 y mas	510	326	304	836
<b>Total</b>	<b>7459</b>	<b>3772</b>	<b>2464</b>	<b>11231</b>

Fuente: Hospital Gineco Obstétrico "Isidro Ayora"  
Formateado: Susana Costales R.

En el año 2007 el 18,39% de partos en las adolescentes de 15 a 19 años fueron normales, el 6,58% fueron cesáreas; en las adolescentes de 10 a 14 años el 0,48% de partos fueron normales y el 0,27% fueron cesáreas.



#### GRÁFICO N. 10

##### Partos normales, cesáreas y abortos por grupos de edad según egresos, año 2007

Fuente: Hospital Gineco Obstétrico "Isidro Ayora"

Elaborado: Susana Costales R.

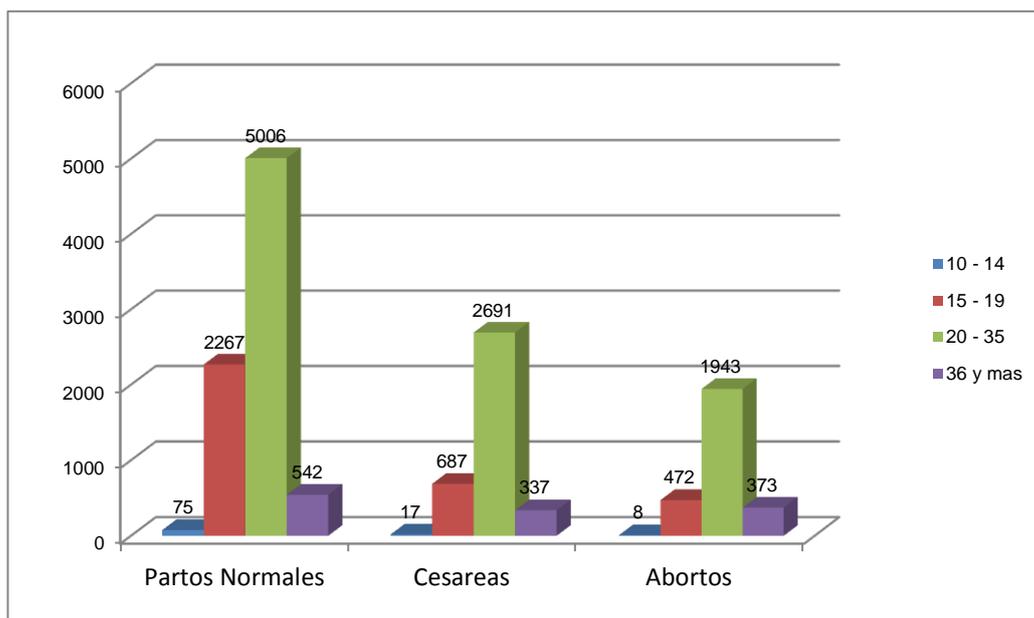
En el año 2008 el 19,50% de partos en las adolescentes de 15 a 19 años fueron normales, el 5,91% fueron cesáreas; en las adolescentes de 10 a 14 años el 0,64% de partos fueron normales y el 0,15% fueron cesáreas.

#### CUADRO N. 29

##### Partos normales, cesáreas y abortos por grupos de edad según egresos, año 2008

Edad en años	Partos Normales	Cesáreas	Abortos	Total Partos
	PN	C	A	TP=PN+C
10 – 14	75	17	8	92
15 – 19	2267	687	472	2954
20 - 35	5006	2691	1943	7697
36 y mas	542	337	373	879
<b>Total</b>	<b>7890</b>	<b>3732</b>	<b>2796</b>	<b>11622</b>

Fuente: Hospital Gineco Obstétrico "Isidro Ayora"  
Formateado: Susana Costales R.



#### GRÁFICO N. 11

#### Partos normales, cesáreas y abortos por grupos de edad según egresos, año 2008

Fuente: Hospital Gineco Obstétrico "Isidro Ayora"

Elaborado: Susana Costales R.

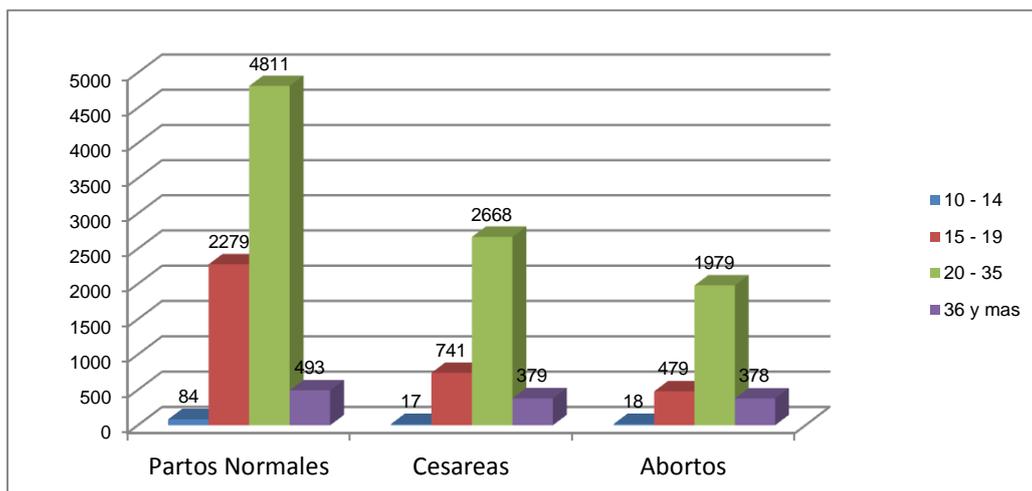
#### CUADRO N. 30

#### Partos normales, cesáreas y abortos por grupos de edad según egresos, año 2009

Edad en años	Partos Normales	Cesáreas	Abortos	Total Partos
	PN	C	A	TP=PN+C
10 - 14	84	17	18	101
15 - 19	2279	741	479	3020
20 - 35	4811	2668	1979	7479
36 y mas	493	379	378	872
<b>Total</b>	<b>7667</b>	<b>3805</b>	<b>2854</b>	<b>11472</b>

Fuente: Hospital Gineco Obstétrico "Isidro Ayora"  
Formateado: Susana Costales R.

En año 2009 el 19,87% de partos en las adolescentes de 15 a 19 años fueron normales, el 6,46% fueron cesáreas; en las adolescentes de 10 a 14 años el 0,73% de partos fueron normales y el 0,15% fueron cesáreas.



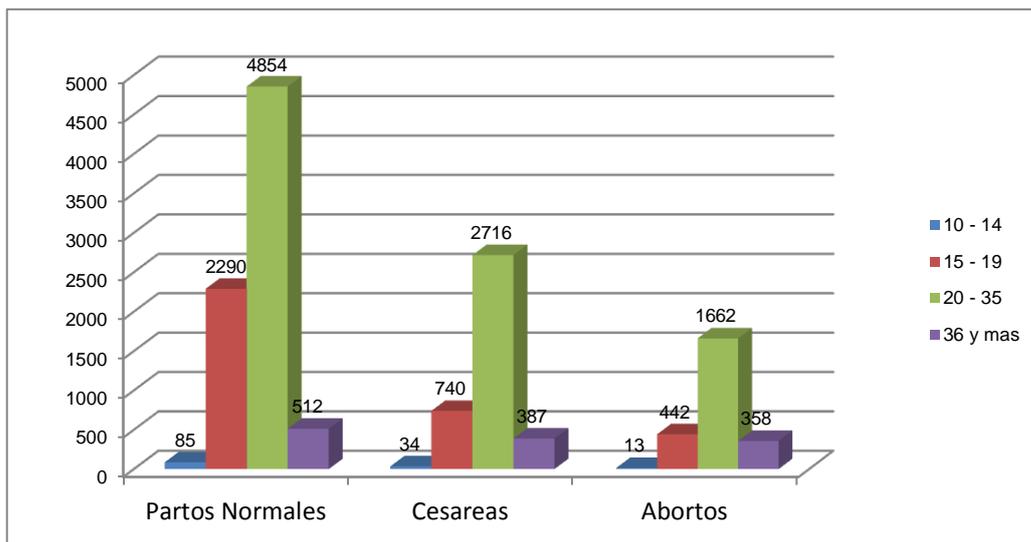
**GRÁFICO N. 12**  
**Partos normales, cesáreas y abortos por grupos de edad según egresos, año 2009**  
 Fuente: Hospital Gineco Obstétrico "Isidro Ayora"  
 Elaborado: Susana Costales R.

**CUADRO N. 31**  
**Partos normales, cesáreas y abortos por grupos de edad según egresos, año 2010**

Edad en años	Partos Normales	Cesáreas	Abortos	Total Partos
	PN	C	A	TP=PN+C
10 – 14	85	34	13	119
15 – 19	2290	740	442	3030
20 – 35	4854	2716	1662	7570
36 y mas	512	387	358	899
<b>Total</b>	<b>7741</b>	<b>3877</b>	<b>2475</b>	<b>11618</b>

Fuente: Hospital Gineco Obstétrico "Isidro Ayora"  
 Formateado: Susana Costales R.

En el año 2010 el 19,71% de partos en las adolescentes de 15 a 19 años fueron normales, el 6,36% fueron cesáreas; en las adolescentes de 10 a 14 años el 0,73% de partos fueron normales y el 0,29% fueron cesáreas.



**GRÁFICO N. 13**  
**Partos normales, cesáreas y abortos por grupos de edad según egresos, año 2010**

Fuente: Hospital Gineco Obstétrico "Isidro Ayora"  
 Elaborado: Susana Costales R.

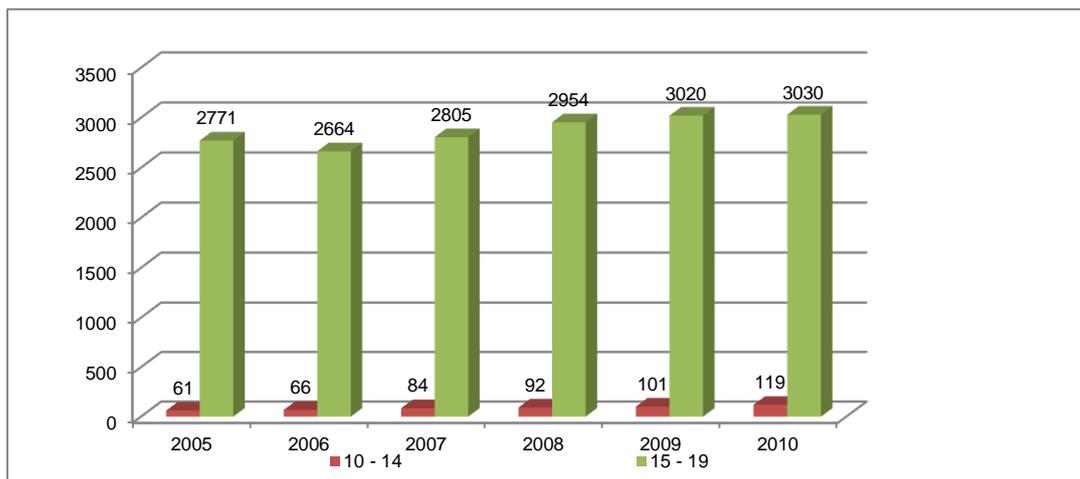
La información directa obtenida del departamento estadístico del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora muestra que los partos y cesáreas en adolescentes han aumentado del 2005 al 2010 en cifras de 2 832 a 3 149, que representa una variación del 11,19%.

El número de partos normales, cesáreas así como los abortos presentan un leve aumento en este período.

**CUADRO N. 32**  
**Partos normales y cesáreas 2005 - 2010**

Edad en años	Total Partos = Partos Normales + Cesáreas					
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
10 – 14	61	66	84	92	101	119
15 – 19	2771	2664	2805	2954	3020	3030
20 – 35	7492	7093	7506	7697	7479	7570
36 y mas	880	785	836	879	872	899

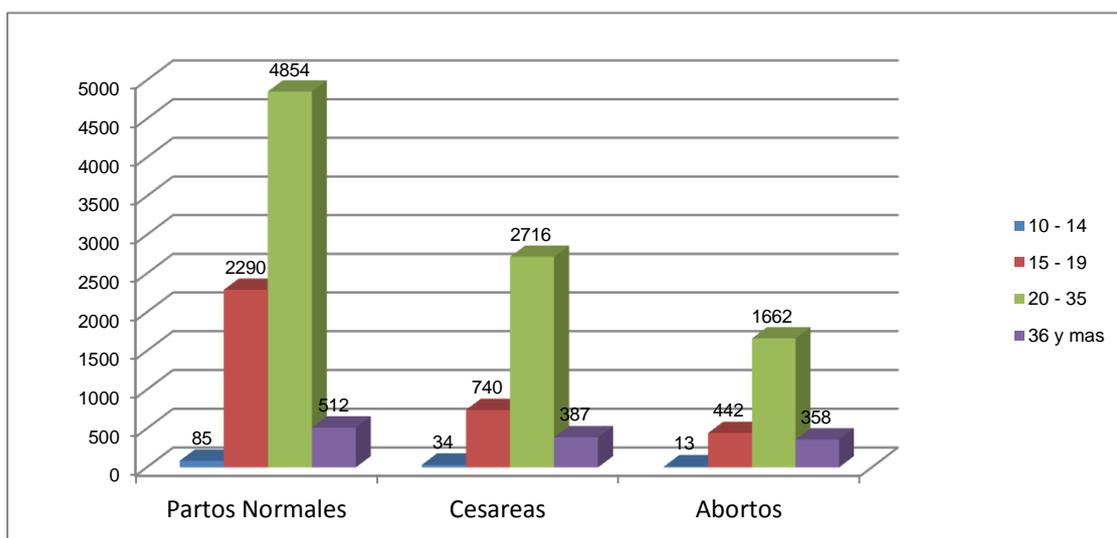
Fuente: Hospital Gineco Obstétrico "Isidro Ayora"  
 Elaborado: Susana Costales R.



**GRÁFICO N. 14**  
**Partos normales, cesáreas de 10 – 14 Y 15 – 19 años, período 2005 - 2010**

Fuente: Hospital Gineco Obstétrico "Isidro Ayora"  
 Elaborado: Susana Costales R.

En el quinquenio 2006 – 2010 los embarazos de las adolescentes de 10 a 14 años creció en un 80,30%, en las adolescentes de 15 a 19 años fue del 13,73%.



**GRÁFICO N. 15**  
**Parto normal, cesárea y aborto, por grupos de edad**

Fuente: Hospital Gineco Obstétrico "Isidro Ayora"  
 Elaborado: Susana Costales R.

La tendencia de los partos atendidos a adolescentes en el Hospital Gineco Obstétrico "Isidro Ayora", durante los años 2005 al 2010 ha sido creciente.

### 3.3 Estadísticas de Mortalidad

Los documentos tomados en cuenta para las estadísticas descriptivas de mortalidad son los siguientes: población total estimada de mortalidad general, defunciones generales por grupos de edad y sexo del 2004 al 2009. A continuación los cuadros resumen de esta información:

**CUADRO N. 33**  
**Población total estimada mortalidad general período 2004 - 2009**

<b>ANOS</b>	<b>POBLACION A VI 1/</b>	<b>MORTALIDAD GENERAL NUMERO</b>	<b>TASA 2/</b>
<b>2004</b>	13.026.890	54.729	4,2
<b>2005</b>	13.215.089	56.825	4,3
<b>2006</b>	13.408.270	57.940	4,3
<b>2007</b>	13.605.485	58.016	4,3
<b>2008</b>	13.805.095	60.023	4,3
<b>2009</b>	14.005.449	59.714	4,3

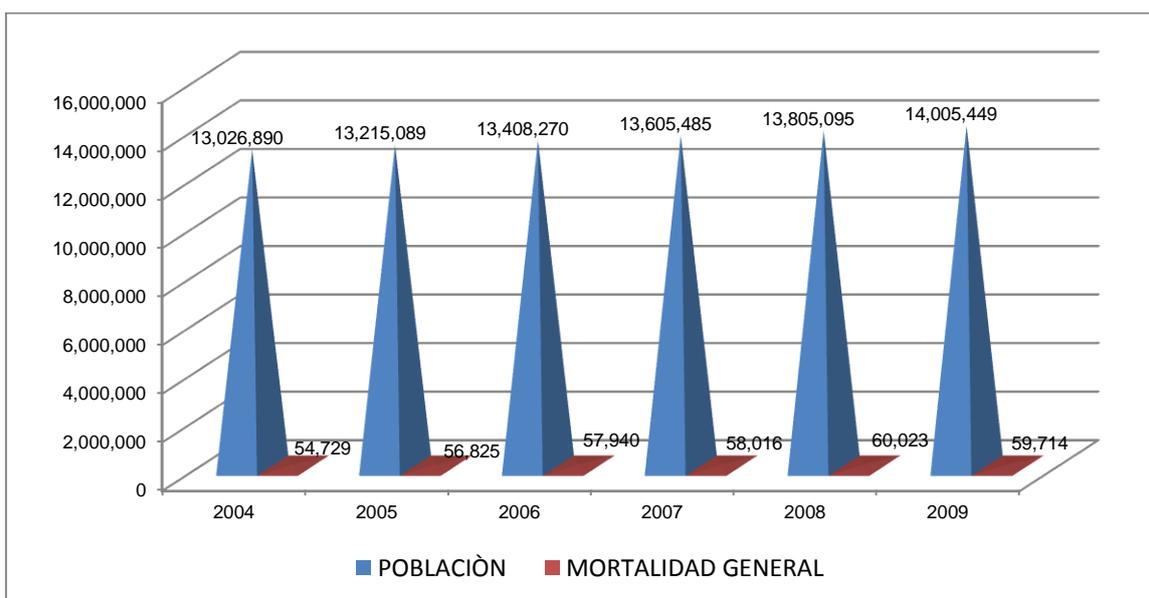
1/ *Proyecciones de Población. 2000 - 2010 INEC - CELADE*

2/ *Tasa por 1.000 habitantes.*

El cuadro nos muestra el crecimiento total de la población ecuatoriana, y en relación a esta, el número de defunciones cada año, así como la tasa de mortalidad que es constante entre el 2004 al 2009.

En la población general ecuatoriana se denota una variación en el número de fallecidos entre el 1,42% y 1,44% en los períodos 2004 al 2009, a partir del 2009 hay una baja en la mortalidad, por la mejora de los servicios de salud pública.

La tasa de mortalidad permanece constante en 4,3 fallecidos por 1.000 habitantes del 2005 al 2009.



**GRÁFICO N. 16**

**Población total estimada mortalidad general, 2004-2009**

Fuente: Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones-INEC 2009

Elaborado: Susana Costales R.

**CUADRO N. 34**

**Defunciones a nivel nacional por embarazo, parto y puerperio, adolescentes mujeres entre 10 - 19 años 2004 - 2009**

AÑOS	ADOLESCENTES			TOTAL	%		%
	NACIONAL	10 - 14 AÑOS	15 - 19 AÑOS	10 - 19 AÑOS	10 - 14 AÑOS	15 - 19 AÑOS	10 - 19 AÑOS
2004	129		24	24	0,00%	18,60%	18,60%
2005	143	4	28	32	2,80%	19,58%	22,38%
2006	135	2	16	18	1,48%	11,85%	13,33%
2007	176	3	26	29	1,70%	14,77%	16,48%
2008	165	2	18	20	1,21%	10,91%	12,12%
2009	208	4	22	26	1,92%	10,58%	12,50%

Fuente: Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones-INEC 2009

Elaborado: Susana Costales R.

La mortalidad de adolescentes mujeres entre 10 a 19 años representa entre un 2,89% a 3,20% de la mortalidad total nacional de mujeres.

**CUADRO N. 35****Mortalidad de adolescentes mujeres entre 10 - 19 años a nivel nacional**

MORTALIDAD NACIONAL MUJERES	2004	2005	2006	2007	2008	2009
TOTAL	54.729	56.825	57.940	58.016	60.023	59.714
HOMBRES	31.292	32.621	32.775	33.103	34.509	33.868
MUJERES	23.437	24.204	25.165	24.913	25.514	25.846
TOTAL ADOLESCENTES MUJERES	751	711	755	678	678	637
ENTRE 10 - 14 AÑOS	286	264	303	262	254	258
ENTRE 15 - 19 AÑOS	465	447	452	416	424	379
PORCENTAJE EN RELACIÓN AL TOTAL MUJERES	3,20%	2,94%	3,00%	2,72%	2,66%	2,46%
ENTRE 10 - 14 AÑOS	1,22%	1,09%	1,20%	1,05%	1,00%	1,00%
ENTRE 15 - 19 AÑOS	1,98%	1,00%	1,80%	1,67%	1,66%	1,47%

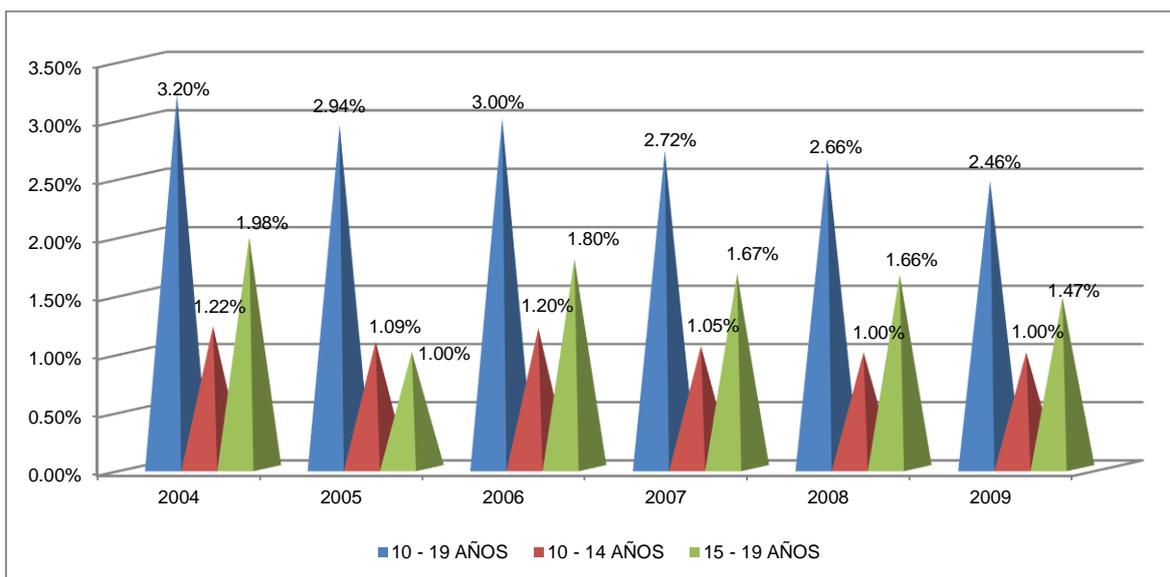
Fuente: Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones-INEC 2004 - 2009

Elaborado: Susana Costales R.

La mortalidad nacional de mujeres es en menos proporción a la de los hombres. La mortalidad adolescente de 10 a 19 años fluctúa entre 2,46% a 3,20% entre los años 2004 al 2009, relacionando los casos con el total nacional. La incidencia es mucho mayor entre las adolescentes de entre 15 a 19 años. Las razones son múltiples, incluidas las de embarazo, parto y puerperio que podrían alcanzar hasta 1% de los casos de muerte.

Las causas de muerte por embarazo, parto y puerperio en adolescentes mujeres representan al 2009 un 10,58% de la población de mujeres fallecidas a nivel nacional.

En el siguiente gráfico; la mortalidad en la provincia de Pichincha entre las adolescentes tempranas y tardías representan entre un 2,75% a 3,34% del total de la provincia, entre las causas se encuentran las defunciones por motivos de embarazo, alumbramiento y la etapa post-parto.



**GRÁFICO N. 17**

**Porcentaje de mortalidad Nacional en mujeres adolescentes 2004-2009**

Fuente: Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones-INEC 2004-2009

Elaborado: Susana Costales R.

**CUADRO N. 36**

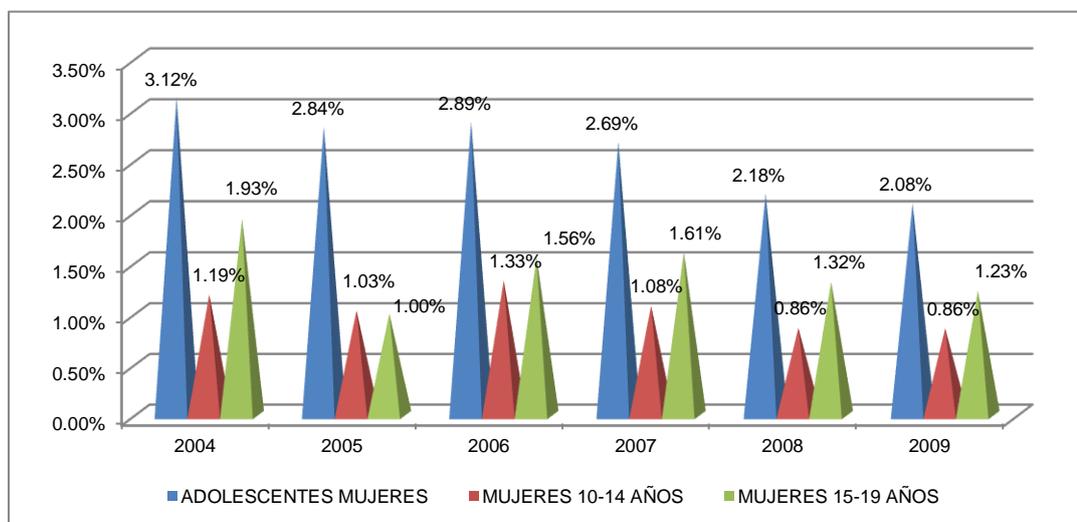
**Mortalidad de adolescentes mujeres entre 10 - 19 años, en la provincia de Pichincha**

MORTALIDAD PICHINCHA	2004	2005	2006	2007	2008	2009
TOTAL	10.252	10.417	10.672	10.548	9.543	9.298
HOMBRES	5.640	5.769	5.789	5.822	5.133	4.979
MUJERES	4.612	4.648	4.883	4.726	4.410	4.319
TOTAL ADOLESCENTES	144	132	141	127	96	90
MUJERES						
ENTRE 10 - 14 AÑOS	55	48	65	51	38	37
ENTRE 15 - 19 AÑOS	89	84	76	76	58	53
PORCENTAJE EN RELACIÓN AL TOTAL MUJERES	3,12%	2,84%	2,89%	2,69%	2,18%	2,08%
ENTRE 10 - 14 AÑOS	1,19%	1,03%	1,33%	1,08%	0,86%	0,86%
ENTRE 15 - 19 AÑOS	1,93%	1,00%	1,56%	1,61%	1,32%	1,23%

Fuente: Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones-INEC 2008

Elaborado: Susana Costales R.

El cuadro y gráfico presentado reporta que en Pichincha el porcentaje de mortalidad adolescente más alto se da en el 2004, alcanzando el 3,12%. La mayoría de las fallecidas se encuentran en el grupo de adolescentes tardías, alcanzando al 2004 un 1,93%.



**GRÁFICO N. 18**  
**Porcentaje mortalidad en Pichincha mujeres adolescentes 2004-2009**  
 Fuente: Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones-INEC 2004-2009  
 Elaborado: Susana Costales R.

### 3.4 Estadísticas de Migración

**CUADRO N. 37**  
**Entrada y salida de ecuatorianos por grupos de edad 2010**

GRUPOS DE EDAD	ECUATORIANOS			
	ENTRADA		SALIDA	
	Total	%	Total	%
< 10 AÑOS	41.160	4,61	40.119	4,46
10 - 19 AÑOS	79.185	8,86	83.030	9,24
20 - 29 AÑOS	162.822	18,22	167.994	18,69
30 - 39 AÑOS	214.834	24,05	212.195	23,61
40 - 49 AÑOS	174.421	19,52	173.568	19,31
50 - 59 AÑOS	120.220	13,46	120.485	13,40
60 - 69 AÑOS	65.092	7,29	65.423	7,28
70 AÑOS Y MÁS	35.674	3,99	36.071	4,01
<b>TOTAL</b>	<b>893.408</b>	<b>100,00</b>	<b>898.885</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Anuario de Migración Internacional del INEC 2010  
 Elaborado: INEC

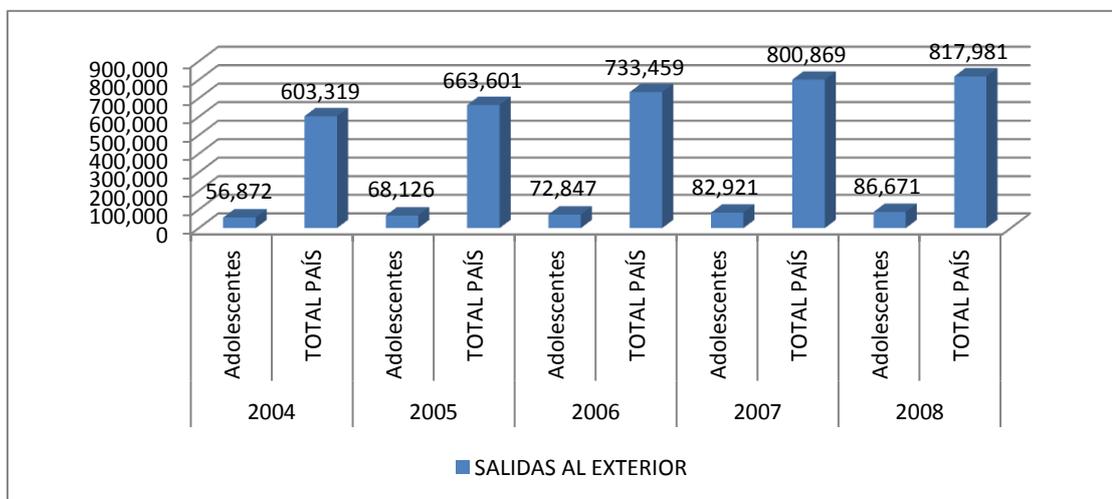
El mayor porcentaje de salidas al exterior se da en personas de entre 30-39 años, en su mayoría como lo establece el INEC en su resumen gráfico, son hombres. Con esto podemos conjeturar que en un buen número salen cabezas de hogar con motivos no especificados que podrían ser el de trabajar en forma temporal o permanente en el exterior para mejorar sus ingresos o pagar algún tipo de deuda en el Ecuador.

El siguiente cuadro resume la información de salidas al exterior en adolescentes de 10 - 19 años. Las salidas al exterior de adolescentes en este rango de edad, fluctúa entre 9,43% al 10,60% en el 2010.

**CUADRO N. 38**  
**Salidas de ecuatorianos a nivel nacional 2004 - 2010**

AÑO	TOTAL PAÍS	ADOLESCENTES ENTRE 10 - 19 AÑOS	%
2004	603.319	56.872	9,43%
2005	663.601	68.126	10,27%
2006	733.459	72.847	9,93%
2007	800.869	82.921	10,35%
2008	817.981	86.671	10,60%
2009	813.637	78.713	9,67%
2010	898.885	83.030	9,24%

Fuente: Anuario de Migración Internacional del INEC 2010  
Elaborado: Susana Costales R.



**GRÁFICO N. 19**  
**Salida al exterior de adolescentes (hombres y mujeres 10 - 19 años)**

Fuente: Anuario Matrimonios y Divorcios -INEC 2004-2008  
Elaborado: Susana Costales R.

La salida de ecuatorianos al exterior en la adolescencia temprana y tardía representa al año 2004 el 9,4% (56.872/603.319) relacionado con el total de la población total que viaja. Para el 2008 se aumenta al 10,6% (86.671/ 817.981).

Según la encuesta del INEC entre estas edades los motivos de salida son por turismo u otros, entre los otros, motivos no reportados.

### 3.5 Estadísticas de Matrimonios y Divorcios

La información que se utiliza proviene de la estadística de matrimonios y divorcios, INEC del 2004 al 2009. A continuación el resumen.

**CUADRO N. 39**  
**Total matrimonios y divorcios a nivel nacional y entre adolescentes de 10 a 19 años 2004 – 2009**

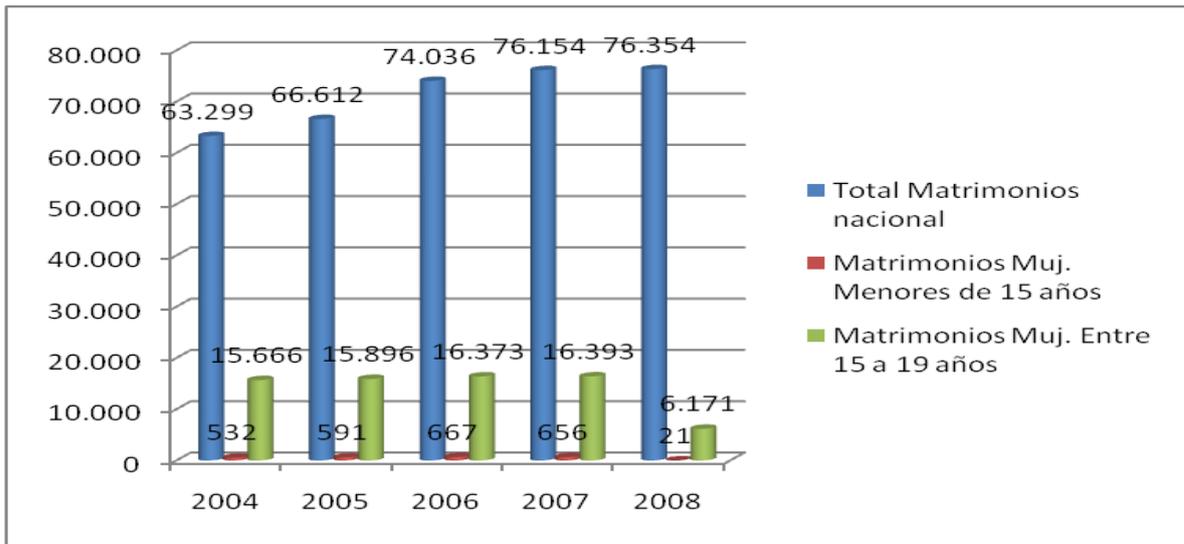
Estadística de Totales y Porcentajes	AÑOS					
	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Matrimonios a nivel nacional	63.299	66.612	74.036	76.154	76.354	76.892
Divorcios a nivel Nacional	11.251	11.725	13.981	14.942	17.111	17.117
% Divorcios en relación al Total Matrimonios	17,77%	17,60%	18,88%	19,62%	22,41%	22,26%
Matrimonios Mujeres Menores de 15 años	532	591	667	656	626	647
%	0,84%	0,89%	0,90%	0,86%	0,82%	0,84%
Matrimonios Mujeres entre 15 a 19 años	15.666	15.896	16.373	16.393	15.619	15.546
%	24,75%	23,86%	22,11%	21,53%	20,46%	20,22%

Fuente: Anuario de Matrimonios y Divorcios, INEC 2004-2009  
Elaborado: Susana Costales R.

La tendencia al matrimonio es mayor entre las adolescentes de 15 a 19 años que va 15.666 a 16.393 del 2004 al 2007, y existe una reducción considerable en el 2008 y 2009.

Las mujeres menores de 15 años se casan en menor porcentaje, en cambio en el rango de 15 a 19 años se reduce drásticamente de 24,75% en el 2004, a 20,22% en el 2009. La tasa de divorcios a nivel nacional aumenta en relación a los matrimonios entre el 2004 al 2009. En el 2008 del total de matrimonios frente a matrimonios de adolescentes de 15 a 19 años, la variación bordea el 90,91%.

A nivel nacional se puede determinar que el número de matrimonios del año 2004 al 2008 va en aumento, así como también el porcentaje de divorcios.

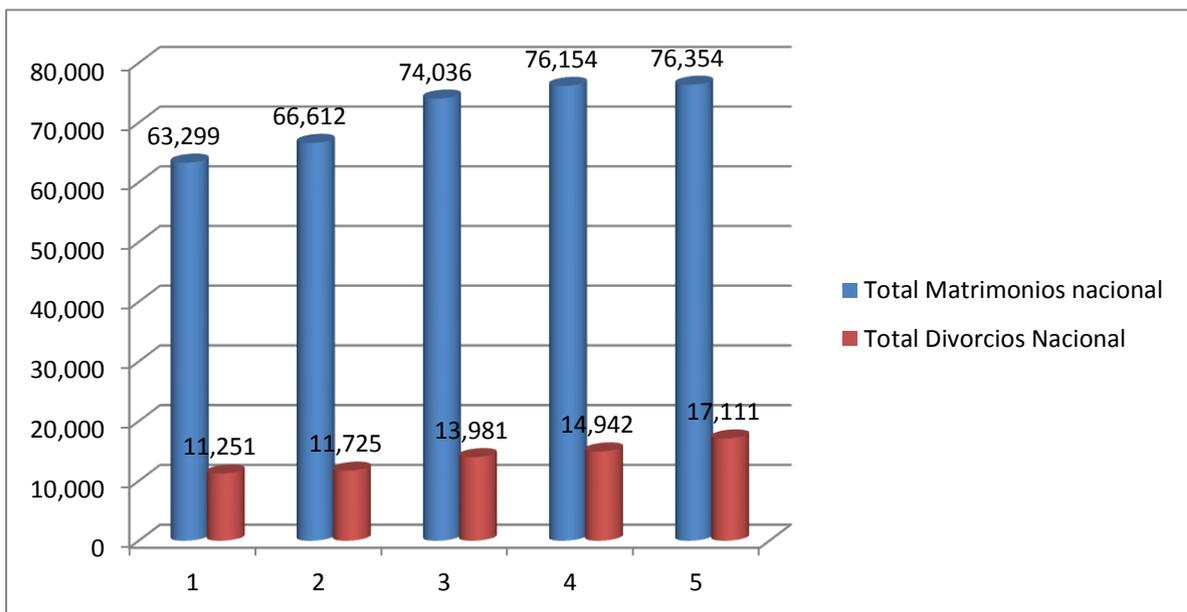


**GRÁFICO N. 20**

**Matrimonios total Nacional vs matrimonios adolescente menores de 15 y entre 15 a 19 años**

Fuente: Anuario Matrimonios y Divorcios -INEC 2004-2008

Elaborado: Susana Costales R.



**GRÁFICO N. 21**

**Total matrimonios vs. Divorcios a nivel Nacional**

Fuente: Anuario Matrimonios y Divorcios -INEC 2004-2008

Elaborado: Susana Costales R.

## **CAPÍTULO IV**

### **4. FACTORES DETERMINANTES EN LOS EMBARAZOS EN ADOLESCENTES**

#### **4.1. Factores determinantes para el embarazo adolescente**

Si bien los datos recopilados para el presente trabajo presentan un resumen de los datos publicados por el INEC y por el Hospital Gineco Obstétrico "Isidro Ayora", no se puede establecer a ciencia cierta cuáles son los motivos que determinan los embarazos adolescentes. Se puede resumir a través de la lectura de material nacional e internacional sobre el embarazo adolescente en los siguientes agentes determinantes a nivel biológico. Los factores que inciden en el problema de embarazo en las adolescentes tenemos: determinantes, predisponentes.

Determinantes:

- Tener relaciones sexuales sin medidas anticonceptivas adecuadas por desconocimiento, temor o por decisión propia de no utilizarlos.
- Violación.

Predisponentes: estos factores difícilmente actúan solos, se encuentran vinculados a una época hasta lograr condiciones que faciliten el involucrarse en el problema entre ellos:

- Personales: abandono escolar, autoestima baja, falta de confianza en sí mismo, sentimientos de abandono y desesperanza, problemas emocionales de personalidad, carencia de afecto, incapacidad para planear un proyecto de vida, inicio temprano de relaciones sexuales, consumo de sustancias tóxicas que causan adicción, desinterés para asumir actitudes de prevención, necesidad de afirmar su identidad de género, menarquía temprana incide en el sexo femenino
- Familiares: inciden en ambos sexos entre ellos: familia disfuncional (ausencia de figura paterna, modelos promiscuos de conducta), hacinamiento y promiscuidad, formas de vida familiar, crisis existencial del núcleo familiar por problemas emocionales, económicos y sociales, enfermos crónicos en la familia, madre con antecedente embarazada, normas en el comportamiento y actitudes sexuales en los adultos.
- Sociales: afectan a ambos sexos: Abandono escolar, mal o inadecuado uso del tiempo libre, nuevas formas de "vida" propiciadas por la subcultura juvenil, cambios sociales que dificulten la incorporación laboral, ingreso temprano a la fuerza laboral, cambios sociales en el concepto de estatus de la mujer, condiciones socioeconómicas desfavorables a la familia, marginación social, mayor tolerancia del medio social a la maternidad en la soltería, machismo como un valor cultural, efecto de los medios de comunicación masiva, en particular la televisión en el modelo de la conducta sexual (tanto en adolescentes como de adultos) y transmisión de mensajes contradictorios.

- Riesgo: decisión de paciente embarazada y padres si continúa el embarazo o no, si el embarazo se da cerca de la menarquía es más riesgoso; estos factores de riesgo se presentan con menos fuerza de acuerdo al nivel socioeconómico, nivel escolar y la actitud de la familia frente al problema. Un factor importantísimo es la madurez biológica de la paciente.

**4.2 Fecundidad:** En estudios de la CELADE, se indica que la fecundidad adolescente entre los 10 - 19 años en América Latina aumentó entre los años 2002 a 2004, generando adversidades entre los padres y prole, esto porque los adolescentes al no terminar sus estudios tienen limitantes en el campo laboral que les obligan a depender de sus padres, generado también en sus recién nacidos la tradición de una vida de escasez y pobreza. Entre los años 2005 en adelante se muestra una fecundidad adolescente estancada con disminuciones moderadas en la Subregión Andina (Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú, Venezuela).

Existen estudios que muestran que las mujeres que presentan embarazos tempranos tienen la tendencia a tener partos muy seguidos y además a tener familias numerosas.<sup>33</sup>

El porcentaje de morbilidad en adolescentes de 10 a 14 años se encuentra entre el 1,93% al 1,86%; en adolescentes de 15 a 19 años el porcentaje de morbilidad se encuentra entre el 3,12% al 1,23%. El promedio de las semanas de gestación de las embarazadas es de 38 semanas.

Estudios en Quito y Guayaquil señalan que la actividad sexual juvenil va incrementándose, la edad promedio de inicio de relaciones sexuales es de 15.2 años, este inicio de actividad sexual se realiza 4 meses luego de haberse “enamorado” de su pareja, el período de encuentro con la pareja es muy corto, no existe fortaleza en la relación y dificulta el ciclo vital de esta familia en formación.

Las edades de inicio de coito están disminuyendo progresivamente; estos cambios en el comportamiento sexual tienen que ser tomados en cuenta en los programas de prevención y educación de la población joven.<sup>34</sup>

Resultados de 165 historias clínicas del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora.

**4.2.1 Iniciación Sexual:** De las adolescentes investigadas, en los 15 años se encuentra el mayor porcentaje de inicio de la vida sexual, seguido de los 14 años.

---

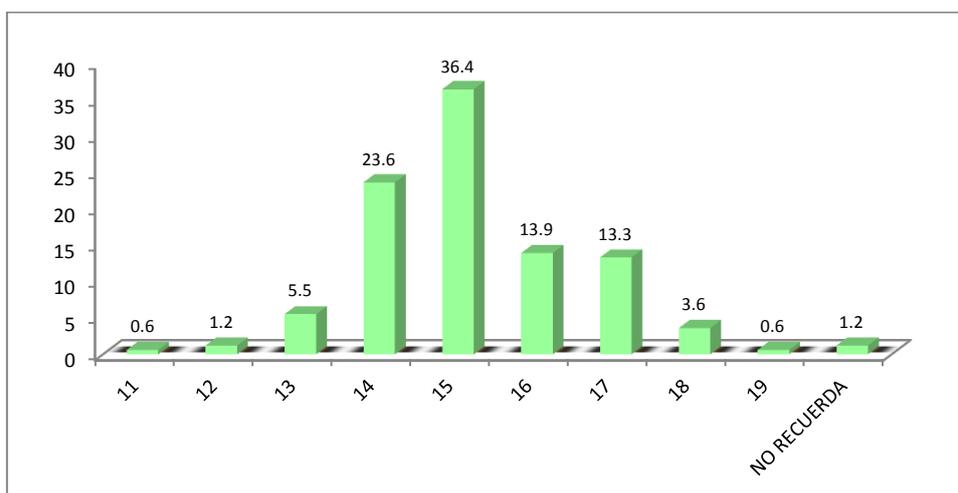
<sup>33</sup>MAITER, Henry W. "Tres teorías del desarrollo del niño: Erikson, Piaget, Sears". Amorrortu Editores. Buenos Aires. 2008

<sup>34</sup> Pontificia Universidad Católica, curso salud y desarrollo del adolescente -Sexualidad del adolescente. Chile, Agosto 2009

**CUADRO N. 40**  
**Inicio de la vida sexual de la adolescente**

Edad	N. Adolescentes	%
11	1	0,6
12	2	1,2
13	9	5,5
14	39	23,6
15	60	36,4
16	23	13,9
17	22	13,3
18	6	3,6
19	1	0,6
<b>NO RECUERDA</b>	2	1,2
<b>Total</b>	165	100

Fuente: Hospital Gineco Obstétrico "Isidro Ayora"  
 Elaborado: Susana Costales R.



**GRÁFICO N. 22**  
**Inicio de la vida sexual de la adolescente en porcentaje**

Fuente: Hospital Gineco Obstétrico "Isidro Ayora"  
 Elaborado: Susana Costales R.

En el Ecuador según datos de ENDEMAIN 2004 la edad promedio de la primera relación sexual y primera unión en las adolescentes mujeres en el Ecuador es de 19 años.

**4.2.2 Inmadurez física y psico-social:** Al encontrarse las adolescentes en una edad en la cual las etapas de maduración sexual, el desarrollo en el orden fisiológico, y en el

pensamiento lógico y formal, así como en el relacionamiento social no se han desarrollado de manera adecuada de tal forma que puedan afrontar el nacimiento y sostenibilidad de un nuevo ser.

En América Latina se calcula que existen alrededor de 80 nacimientos por cada 1.000 mujeres de entre 15 - 19 años.

En Ecuador la tasa es mayor al promedio regional, con 100 nacimientos por cada 1.000 mujeres de entre 15 - 19 años.<sup>35</sup>

De 165 historias clínicas (HC) de adolescentes de Quito, del Hospital Gineco Obstétrico "Isidro Ayora" arroja los siguientes resultados:

Al 55,8% de las parejas de la embarazada, no se le pregunto su edad. El 24,10% fluctúa entre 20 y 30 años y el 20% entre 14 y 19 años.

Entre los 15 y 17 años encuentran el 72,70% de las adolescentes embarazadas, el 26,10% entre 18 y 19 años y el 1,2% entre 13 y 14 años, como lo indica el siguiente cuadro.

**CUADRO N. 41**  
**Edades de las adolescentes embarazadas de Quito**

Edad	N. Adolescentes	%
13	1	0,60
14	1	0,60
15	43	26,10
16	39	23,60
17	38	23,00
18	25	15,20
19	18	10,90
<b>Total</b>	165	100,00
Fuente: Hospital Gineco Obstétrico "Isidro Ayora" Elaborado: Susana Costales R.		

El 72,70% de las edades de las adolescentes embarazadas fluctúa entre 15 y 17 años, esto implica que sus primeras relaciones sexuales se presentaron a edad temprana, sin tener mayor conocimiento de los efectos a que conlleva el tenerlas. Es conveniente que el Estado en conjunto con las Iglesias establezca un proyecto para trabajar en talleres de formación para la familia: niños, jóvenes, adultos, tercera edad. Talleres que pueden ser impartidos por miembros de movimientos laicos, aprovechando las capacidades y el tiempo disponible.

<sup>35</sup> Pontificia Universidad Católica, curso salud y desarrollo del adolescente -Sexualidad del adolescente. Chile, Agosto 2009

Como valor agregado para que el desarrollo físico, mental psicológico del ser humano este acorde con la edad.

**4.2.3 Educación sexual y reproductiva:** La calidad de la educación e información sobre orientación sexual y reproductiva ofrecidas a las/os adolescentes desde la niñez es muy deficiente, situación que eleva sensiblemente el deterioro de sus condiciones de salud y calidad de vida. El Ecuador tiene una de las tasas más altas de embarazo adolescente en América Latina.

Según ENDEMAIN 2004, en adolescentes de 15 a 19 años hay una importante brecha entre el conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos: 91 vs 47%. Solamente el 13,5% de las adolescentes usó algún método durante la primera relación sexual.

El 90% conoce algún método moderno, exceptuando los de emergencia, que no son conocidos ni por la mitad de este grupo de edad; la vasectomía, el condón femenino y los implantes también son poco conocidos. La mayoría de las adolescentes unidas no usaba al momento de la encuesta ningún método anticonceptivo moderno, incluso aquellas que no deseaban tener hijos/as en los próximos meses. El uso de anticonceptivos en la primera relación sexual es muy bajo: sólo 13.5% de las adolescentes usó algún método, debido a que muchas de ellas no esperaban tener relaciones sexuales; mientras que las que tuvieron relaciones maritales no usaron anticonceptivos por el desconocimiento de métodos.<sup>36</sup>

En relación a la educación sexual y reproductiva, las 165 adolescentes responden por medio de los siguientes análisis y cuadros.

El 56,40% de adolescentes no utilizaba método anticonceptivo. El 18,80% de las adolescentes nunca utilizaron anticonceptivos, el 5% si usaban: inyecciones, pastillas, el resto de casos reporta blanco. El 3% de las adolescentes han realizado planificación familiar con inyecciones, pastillas y otras formas, el 89,10% de casos reporta blanco.

El uso de condón de las adolescentes investigadas, reporta blanco el 81,80% de casos, el 14,60% no o nunca utilizo condón, el 1,20% siempre, el 2,40% a veces utilizo condón. El 7,30% de las adolescentes, si fueron abusadas sexualmente, el 39,40% manifiesta que no y el 53,30% de casos reporta blanco.

El 19% de las embarazadas manifestaron que si es necesario tener información sexual. El 78,2% no planifico el embarazo, el 21,8% si lo hizo.

---

<sup>36</sup>Ministerio de Salud Pública Ecuador. (2009). "Normas y Procedimientos para la Atención Integral de Salud a Adolescentes". Ecuador: Editora Galaxia. P. 34

**CUADRO N. 42**  
**Método anticonceptivo utilizado por las adolescentes embarazadas de Quito**

Método	N. Adolescentes	%
BARRERA	7	4,20
BLANCO	48	29,10
CONDON	2	1,20
DIU	1	0,60
HORMONAL	12	7,30
INYECTABLE	1	0,60
NO USABA	93	56,40
PASTILLAS	1	0,60
<b>Total</b>	<b>165</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Hospital Gineco Obstétrico "Isidro Ayora"  
 Elaboración: Susana Costales R.

El 35% de las embarazadas tienen pareja única, el 2% tienen varias parejas, el 61% de casos reporta blanco. La respuesta de las parejas de las adolescentes indican: 9,70% tienen pareja única, 1,80% tienen varias parejas, el 88,50% reporta blanco. El 34% de las embarazadas mantienen una relación heterosexual, el 64,80% de casos registra blanco y el 1,20% vaginal. El 1,80% de las parejas de las embarazadas mantienen una relación heterosexual, el 6,70% vaginal, el 91,50% reporta blanco.

El 7,30% de las adolescentes manifiestan que si tienen problemas en la relación sexual, el 32,10 que no tienen problemas, el 60% de casos registra blanco.

El 9,10% de las adolescentes embarazadas han tenido un año de relación con su pareja, el 6,10% dos años, el 83% de casos reporta blanco. El 12% de las adolescentes embarazadas han mantenido una relación con su pareja de menos de 1 año.

### **4.3 Análisis de los aspectos socio - económicos determinantes para el embarazo adolescente**

Recabando información de libros especializados, artículos de revistas especializados en estudio del embarazo adolescente se puede determinar los siguientes factores determinantes en el ámbito socio-económico.

**4.3.1 Nivel de educación:** En el Ecuador la mayoría de los embarazos adolescentes se dan en mujeres sin ninguna instrucción o con instrucción primaria. Los índices se reducen conforme el nivel educativo es mayor. Además esto limita el acceso a programas de prevención y educación sobre el embarazo, así como también el acceso a la

salud sexual y reproductiva especialmente en las zonas rurales del país. El nivel de instrucción es un factor determinante para el futuro de una persona. En Pichincha el nivel de instrucción que predomina en los adolescentes es el nivel primario, seguido por el secundario y el nivel superior. En la capital provincial Quito, el nivel secundario predomina, seguido del nivel universitario y del primario.

El comportamiento para los hogares con adolescentes mujeres es similar a los hogares con adolescentes en general. Cabe indicar que al ser la mujer uno de los pilares fundamentales para la prosperidad y desarrollo de la familia y la comunidad conyugal, es necesario incentivarla para que culmine sus estudios.

La mujer por su naturaleza, será quien imparta valores de sensibilidad humana, solidaridad humana, amor fraterno, educación para el amor, virtudes sociales, formación de su conciencia a las nuevas generaciones, sin dejar de lado el rol importantísimo e irremplazable del padre de familia, que con su actitud, ejemplo y pocas palabras vive y trasmite su amor de padre.

Se debe promover a través de programas de estudios especializados intensivos de fines de semana para que los niños de Quito y del resto de Pichincha no se queden con educación primaria, continúen sus estudios y tengan posibilidades de un mejor futuro. Gestionar estos programas especiales de educación permitirá bajar la deserción por falta de recursos económicos, porque tenían que trabajar, porque sus padres no querían que continúen sus estudios, porque se cambiaron de domicilio o por problemas de salud.

**CUADRO N. 43****Hogares con personas por grupos de edad y nivel de instrucción del jefe de hogar, según total Pichincha y Quito urbano**

Pichincha y Quito	Grupos de edad	Total	Ninguno	Centro de alfabetización	Jardín de infantes	Primaria	Educación Básica	Secundaria	Educación Media	Superior no universitaria	Superior Universitaria	Post-grado
Pichincha	10 - 14 años	210.565	7.902	893	0	76.306	585	71.852	1.097	1.133	47.560	3.237
	15 - 19 años	216.401	7.863	1.032	0	87.867	1.851	67.251	1.109	351	40.824	8.254
Quito	10 - 14 años	114.792	1.141	491	0	29.082	0	40.898	0	0	40.780	2.400
	15 - 19 años	116.246	2.471	491	0	36.572	548	36.969	0	0	34.035	5.161

Fuente: Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo - ENEMDUR-Dic2010  
 Elaboración: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) -  
 Unidad de Procesamiento de la Subdirección General  
 Formateado: Susana Costales R.

**CUADRO N. 44****Hogares con personas femeninas por grupos de edad y nivel de instrucción del jefe de hogar, según total, Pichincha y Quito urbano**

Pichincha y Quito	Grupos de edad	Total	Ninguno	Centro de alfabetización	Jardín de infantes	Primaria	Educación Básica	Secundaria	Educación Media	Superior no universitaria	Superior Universitaria	Post-grado
Pichincha	10=14 años	116.819	3.366	519	0	42.730	555	37.721	155	782	29.222	1.769
	15=19 años	120.385	4.112	814	0	48.767	1.264	39.111	1.004	0	21.548	3.765
Quito	10=14 años	65.676	0	491	0	16.247	0	22.334	0	0	24.863	1.741
	15=19 años	63.175	968	491	0	19.091	0	21.608	0	0	17.794	3.222

Fuente: Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo - ENEMDUR-Dic2010  
Elaboración: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) -  
Unidad de Procesamiento de la Subdirección General  
Formateado: Susana Costales R.

**CUADRO N. 45**

**Hogares con personas femeninas embarazadas de 15 a 19 años por nivel de instrucción del jefe del hogar, según total Pichincha y Quito urbano**

Provincia	Total	Primario	Secundario	Post bachillerato	Superior	Ninguno	No sabe
Pichincha	7.129	3.768	561	0	394	1.462	944
Quito	4.943	3.768	561	0	0	0	614

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida - ECV 2005-2006  
 Elaboración: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) -  
 Unidad de Procesamiento de la Subdirección General  
 Formateado: Susana Costales R.

El 52,84% de los jefes de hogar con adolescentes embarazadas en Pichincha tienen instrucción primaria y un 20,5% no tienen ninguna instrucción, cifras alarmante que inciden al momento de educar con el ejemplo al adolescente, de impartir principios básicos de salud, nutrición, sexualidad.

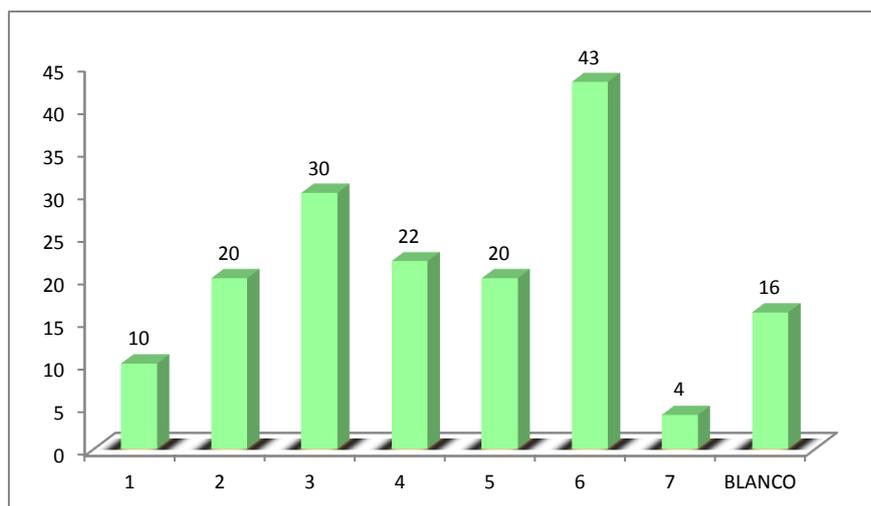
El Estado debe apoyar con programas integrales y permanentes de salud, educación, de acuerdo al nivel evolutivo de los miembros de la familia y teniendo en cuenta las necesidades propias de cada época. Además institucionalizar en los programas educativos para hijos y padres, la formación en educación sexual en el amor, fomentando el espíritu crítico y de investigación a fin de ser los impulsores de los cambios sociales.

**CUADRO N. 46**

**Años Aprobados de las adolescentes embarazadas de Quito**

Años Aprobados	N. Adolescentes	%
1	10	6,10
2	20	12,10
3	30	18,20
4	22	13,30
5	20	12,10
6	43	26,10
7	4	2,40
BLANCO	16	9,70
<b>Total</b>	165	100,00

Fuente: Hospital Gineco Obstétrico "Isidro Ayora"  
 Elaboración: Susana Costales R.



**GRÁFICO N. 23**  
**Años aprobados de las adolescentes embarazadas de Quito**

Fuente: Hospital Gineco Obstétrico "Isidro Ayora"  
 Elaboración: Susana Costales R

El 16,36% de las adolescentes aprobaron el 6to año de primaria y solamente el 1,82% culminaron la secundaria; El 4,85% de las adolescentes aprobaron el 1er año, el 12,12% aprobaron el segundo año, el 18,18% de las adolescentes terminaron 3er año, el 12,73% 4to año, y el 11,52% 5to año de secundaria.

En su gran mayoría un 73,3% de adolescentes se encontraban en secundaria cuando quedaron embarazadas, el 23% en primaria, 0,6% universidad, aprobando el 1er año universitario, 0,6% ningún nivel de instrucción y al 2,4% de las adolescentes no se les realizó esta pregunta.

**CUADRO N. 47**  
**Años aprobados de las adolescentes embarazadas de Quito Según Instrucción**

Instrucción	Años aprobados								Total	%	
	1	2	3	4	5	6	7	BLANCO			
BLANCO	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	2,42
NINGUNO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0,61
PRIMARIA	1	0	0	1	1	27	3	5	38	38	23,03
SECUNDARIA	8	20	30	21	19	16	1	6	121	121	73,33
UNIVERSITARIA	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0,61
<b>Total</b>	10	20	30	22	20	43	4	16	165	165	100

Fuente: Hospital Gineco Obstétrico "Isidro Ayora"  
 Elaboración: Susana Costales R.

En relación al nivel de instrucción de la pareja del 17,6% que se investigó, se distribuye: con instrucción primaria 5,50%, secundaria 9,70%, superior 0,60% y universitaria 1,80%.

**CUADRO N. 48**  
**Deserción en los estudios de las adolescentes embarazadas de Quito**

Estudios	N. Adolescentes	%
BLANCO	56	33,90
NO ESTUDIA	82	49,70
SI ESTUDIA	27	16,40
<b>Total</b>	165	100,00
Fuente: Hospital Gineco Obstétrico "Isidro Ayora" Elaboración: Susana Costales R.		

Alrededor del 50% de las adolescentes embarazadas abandonan los estudios, el 34% no responden a esta pregunta.

El 85,50% de las adolescentes no responden al motivo por el que dejan de estudiar; de lo reportado, los principales motivos por los que dejan de estudiar son: las autoridades del plantel no las aceptan, por decisión propia, por el embarazo, por la pareja, por recursos económicos dejan de estudiar el 3%, solamente el 8,5% de las adolescentes continúan estudiando.

Para lograr que la adolescente embarazada continúe con sus estudios, el Ministerio de Educación debe crear las políticas necesarias a fin de que la adolescente finalice sus estudios primarios, secundarios y universitarios de forma gratuita. Durante el período de estudios la adolescente embarazada debería contar con transporte gratuito, valores que podría devengar una vez finalizados sus estudios, trabajando en alguna dependencia publica el tiempo correspondiente para descontar la inversión del Estado en la educación de la adolescente.

**4.3.2 Acceso a información, educación y servicio:** En el Ecuador al ser la mayoría de madres adolescentes de primaria, o no tener ningún tipo de instrucción les es difícil acceder a información sobre los derechos que tienen para ser atendidas en la salud, así como también hay mucha más dificultad en las regiones alejadas (rurales) debido a los escasos recursos y marginación que tienen.

Todas estas determinantes en su conjunto conllevan a que el futuro de las madres adolescentes afecten de manera radical el futuro y el proyecto de su vida. Entre las implicaciones más salientes de embarazo adolescente destacan primero los riesgos de

salud, tanto para la joven madre como para el/la recién nacido/a, además de su pareja y su propia familia, incluyendo los riesgos del aborto; los múltiples obstáculos para iniciar o continuar la formación escolar; la precarización del acceso al trabajo, sea este acceso presente o futuro; el riesgo de caer o continuar sumida en la trampa de la pobreza; el riesgo de una formación deficiente que se cierne sobre los niños y niñas y en algunos casos el riesgo de ser víctimas del estigma social que enfrentan las madres adolescentes.<sup>37</sup>

La Declaración “Gravissimum Educationis” del Concilio Vaticano II manifiesta: La finalidad de la educación es “la formación de la persona humana en orden a su fin último y, al mismo tiempo, al bien de las sociedades”. En este sentido la educación de niños y adolescentes tendrá en cuenta el progreso de la psicología, pedagogía, didáctica, utilizando medios de comunicación social y con apertura a las agrupaciones culturales, deportivas, asociaciones juveniles.

El 21,80% de embarazos fueron planeados, el 78,20% de las adolescentes no planearon el embarazo.

**4.3.3 Nivel de ingresos, condiciones de pobreza:** En Ecuador, la tercera parte del total del país está conformada por jóvenes de hogares pobres, lo que se interpone en el acceso a la salud, la educación, otros servicios, y al ejercicio de sus derechos. El embarazo entre adolescentes es mayor entre estratos socioeconómicos bajos, grupos de menor nivel educativo, y quienes viven en áreas rurales.

Según datos del SIISE dentro del grupo de edad entre los 15 a 29 años que se encuentra en condiciones de pobreza es el 32,9%, los que se encuentran en condiciones de extrema pobreza son el 9,3%.

También se ha encontrado que la maternidad en la adolescencia aumenta la probabilidad de ser pobre de 16% a 28%. Por otro lado los niños y niñas nacidos de una madre adolescente tienen significativamente menos probabilidades de culminar la enseñanza secundaria y romper el círculo vicioso de la transmisión intergeneracional de la pobreza (Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes en Ecuador).<sup>38</sup>

La media de ingresos de los Hogares con adolescentes entre 10 a 19 años en las capitales provinciales es superior que a Nivel nacional, provincial y Pichincha. La media de los ingresos de Quito, capital provincial de Pichincha es superior a la media nacional y a la media de Pichincha, con una variación de 46,54% y 21,78% respectivamente.

---

<sup>37</sup>Crf. Ministerio de Salud Pública-Ecuador (2007). “Plan Andino de la Prevención del Embarazo en Adolescentes y Diagnóstico e Información”. P.25

<sup>38</sup>Ministerio de Salud Pública. (2009). Capítulo de la Norma de Planificación Familiar, versión preliminar

En los hogares que tienen adolescentes de 15 a 19 años: el comportamiento de la media de ingresos por hogar en Quito, es superior a la media nacional y Pichincha, con una variación menor que la que registra en los hogares con adolescentes de 10 a 14 años. La variación en relación a la media nacional es de 16,19%, y en relación a Pichincha es de 38,15%.

#### CUADRO N. 49

##### Hogares por grupos de edad, según Total nacional, Pichincha y Quito urbano

Pichincha y Quito	Grupo Edad	Ingreso Total del Hogar				
		Mínimo	Máximo	Media	N total	N válido
Nacional	10 - 14 años	8,00	54.440,00	633,45	1.187.092	1.170.631
	15 - 19 años	7,00	62.051,00	686,82	1.129.350	1.117.568
Pichincha	10 - 14 años	11,00	18.420,00	926,83	210.565	202.758
	15 - 19 años	11,00	7.023,00	930,60	216.401	212.402
Quito	10 - 14 años	11,00	18.420,00	1.184,87	114.792	109.428
	15 - 19 años	11,00	6.500,00	1.110,41	116.246	114.157

Fuente: Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo - ENEMDUR-Dic2010  
 Elaboración: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) -  
 Unidad de Procesamiento de la Subdirección General  
 Formateado: Susana Costales R.

En los hogares que tienen adolescentes mujeres de 10 a 14 la variación es positiva, con el comportamiento similar de los hogares con adolescentes en general. La variación de la media de ingresos de los hogares es del 18,37% en relación a la media de Pichincha y el 46,83% variación de ingresos de los hogares con respecto a la media nacional.

A nivel nacional urbano el promedio de ingresos sube sustancialmente en relación al Total Nacional urbano-rural, presentando una variación del 43,3%. Se afirmarí que a nivel urbano los ingresos son superiores en las capitales provinciales bordean al doble de ingresos. En las capitales provinciales se encuentra el aparato productivo dentro de los sectores: manufactura, comercio, servicios, edificaciones.

En los hogares que tienen adolescentes mujeres de 15 a 19 años, el comportamiento de la media de ingresos por hogar en Quito, es superior a la media Nacional y Pichincha, la variación en relación a la media nacional es de 20,92%, y en relación a Pichincha es de 41,99%.

Resultados que posiblemente se deban a que Pichincha y en especial Quito hay patrones culturales como: en la capital hay mejores oportunidades, el ser una ciudad grande, ser capital de los ecuatorianos y la diversidad de fuentes de trabajo.

**CUADRO N. 50****Hogares con personas femeninas por grupos de edad e Ingreso total, según total nacional, Pichincha y Quito urbano**

Pichincha y Quito	Grupo Edad	Ingreso Total del Hogar				
		Mínimo	Máximo	Media	N total	N válido
Nacional	10 - 14 años	8,00	9.664,00	625,96	671.469	664.608
	15 - 19 años	7,00	62.051,00	686,67	624.076	618.507
Pichincha	10 - 14 años	11,00	6.109,00	961,04	116.819	113.783
	15 - 19 años	20,00	6.500,00	936,09	120.385	118.732
Quito	10 - 14 años	11,00	6.109,00	1.177,31	65.676	63.808
	15 - 19 años	50,00	6.500,00	1.183,69	63.175	62.725

Fuente: Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo - ENEMDUR-Dic2010  
 Elaboración: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) -  
 Unidad de Procesamiento de la Subdirección General  
 Formateado: Susana Costales R.

De las 165 adolescentes investigadas, manifiestan que el 51,50% de las parejas si apoyan económicamente y emocionalmente a la adolescente embarazada, el 11,50 no apoya y el 37% reporta blanco.

**4.3.4 Acceso a empleo:** Al 2006 existe un subempleo oculto que alcanza al 32,8% de las mujeres, y un subempleo visible que llega al 35,7% de las mujeres. La población femenina ocupada es el 41,3%, la desocupada el 60%, mientras que el desempleo equivale al 13,8% y el subempleo al 51,4%. Mientras que en la participación de los hombres alcanza el 58,7% de ocupación, 39,9% desocupada y el 6,9% y 48,6% son desempleados y subempleados respectivamente.<sup>39</sup>

A diciembre del 2008 según la encuesta nacional de empleo, desempleo y subempleo en la región sierra urbano el porcentaje de la población económicamente activa de mujeres entre los 10 a 17 años es de 35 596, de esta cifra el 93% se encuentran ocupadas (33 155) y el 7% se encuentran desocupadas (2 442), del total de ocupados 28 760 se encuentran en otras formas de ocupación distintas a las de su profesión o formación.

De la región sierra rural dentro del grupo de mujeres entre 10 a 17 años la PEA se encuentra en 63 457, de este total el 95% están ocupadas (60 158), y el 5% están desocupadas (3 299), del total de ocupados el 73% se encuentra laborando en otras formas de empleo distinta a la de su profesión u formación técnica o artesanal.<sup>40</sup>

<sup>39</sup> CLADEM Ecuador. Derechos Económicos Sociales y Culturales con perspectiva de Género en el Ecuador. Quito, Agosto 2007. Pág. 32

<sup>40</sup> INEC. (2008). Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo. Ecuador

Algunos de los factores determinantes para un bienestar y buen vivir de las adolescentes embarazadas es el empleo de los miembros del núcleo familiar, donde vive y se desarrolla la adolescente. La exclusión social de las mujeres se ve afectada en varias dimensiones como: la falta de empleo, la falta de activos, las oportunidades de educación y capacitación. Se acentúa el problema si la mujer embarazada es adolescente. En el caso de mujeres indígenas hay una exclusión estructural, las barreras de acceso al empleo son mayores. Los trabajos que pueden realizar es: el informal, servicio doméstico y aquellas labores relacionadas al cultivo de la tierra.

**CUADRO N. 51**  
**Tasas de Empleo, Desempleo y Subempleo a nivel nacional (urbano-rural)**

TASA DE DESEMPLEO	2007 (Diciembre)	2008 (Diciembre)	2009 (Diciembre)	2010 (Diciembre)	2011 (Diciembre)	2012 (Diciembre)
<i>QUITO</i>	6,09%	5,88%	6,08%	4,33%	4,33%	4,44%
<i>NACIONAL</i>	5,00%	5,95%	6,47%	5,02%	4,21%	4,12%
<i>URBANO</i>						
<i>RURAL</i>						

TASA DE SUBEMPLEO BRUTA	2007 (Diciembre)	2008 (Diciembre)	2009 (Diciembre)	2010 (Diciembre)	2011 (Diciembre)	2012 (Diciembre)
<i>QUITO</i>	35,45%	40,51%	39,76%	31,78%	35,32%	26,29%
<i>NACIONAL</i>	58,68%	57,20%	59,40%	56,23%	54,26%	50,90%
<i>URBANO</i>						
<i>RURAL</i>						

TASA DE OCUPADOS PLENOS	2007 (Diciembre)	2008 (Diciembre)	2009 (Diciembre)	2010 (Diciembre)	2011 (Diciembre)	2012 (Diciembre)
<i>QUITO</i>	56,54%	52,67%	42,61%	59,51%	58,84%	58,69%
<i>NACIONAL</i>	35,29%	36,61%	32,17%	37,90%	40,94%	42,79%
<i>URBANO</i>						
<i>RURAL</i>						

Fuente: ENCUESTA DE EMPLEO, DESEMPLEO Y SUBEMPLEO - ENEMDU (PEA 15 años y mas)  
Encuestas Trimestrales  
Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)  
Formateado: Susana Costales R.

El empleo es fundamental para la persona, más aun si en el hogar hay una adolescente embarazada, no necesariamente la embarazada debe trabajar, podría ser su pareja y en el caso de que no tenga y permanezca en el núcleo familiar de los padres, uno o varios de los

integrantes del hogar debe trabajar. Con el trabajo se puede solventar, alimentación, vivienda, vestuario, educación, salud, es decir las necesidades básicas de los miembros de una familia.

La adolescente embarazada en muchos casos migró del campo a la ciudad, lejos del hogar de sus padres, adicionalmente a esto no tiene pareja estable y en otros casos son abandonadas por sus padres y pareja. En varios casos se da que la pareja de la adolescente también es adolescente, con estos antecedentes es de gran importancia que la jornada laboral de trabajo sea máximo de seis horas como lo establece el Código de la Niñez y Adolescencia, sin ser explotados por personas o empresas inescrupulosas o que desconocen estos derechos.

El cuadro anterior muestra las tasas de empleo, subempleo y desempleo a nivel nacional y Quito, con cobertura urbano-rural. La tasa más alta de desempleo nacional urbano-rural en el período 2007 - 2012, corresponde al año 2009 con 6,47%, va reduciéndose con el pasar de los años hasta llegar a diciembre del 2012 al 4,12%. En las principales capitales provinciales la reducción del subempleo urbano-rural bordea los 10 puntos. En Quito el comportamiento es similar.

El subempleo a nivel nacional urbano-rural se reduce del 58,68% en el 2007 al 50,90% en el 2012. En Quito el comportamiento del subempleo es similar al nacional, en la última década ha disminuido alrededor de nueve puntos.

Del total de la población nacional urbana-rural el 42,79% de la población económicamente activa está en ocupación plena y en Quito el 58,69%.

El siguiente cuadro indica que, la tasa más alta de desempleo nacional urbana en el período 2007 - 2012 corresponde al año 2007 con 7,89%, va reduciéndose con el pasar de los años hasta llegar a diciembre del 2012 al 5,00%. En Quito el desempleo bajo de 6,09% en el 2007 a 4,4% en el 2012.

En las principales capitales provinciales la reducción del subempleo urbano bordea los nueve puntos. El subempleo a nivel nacional urbano se reduce del 49,58% en el 2007 al 39,62% en el 2012. En Quito en los años recientes hay un decrecimiento del subempleo, la tasa de subempleo respecto al nacional es menor en 14 puntos en el 2007 y 10 puntos en el 2012.

Del total de la población nacional urbana el 52,30% de la población económicamente activa está en ocupación plena, y en Quito el 58,69%.

**CUADRO N. 52****Tasas de empleo, desempleo y subempleo a nivel nacional urbano**

TASA DE DESEMPLEO	2007 (Diciembre)	2008 (Diciembre)	2009 (Diciembre)	2010 (Diciembre)	2011 (Diciembre)	2012 (Diciembre)
<b>NACIONAL URBANO</b>	6,07%	7,32%	7,89%	6,13%	5,06%	5,00%
<b>QUITO</b>	6,09%	5,88%	6,08%	4,33%	4,33%	4,44%

TASA DE SUBEMPLEO BRUTA	2007 (Diciembre)	2008 (Diciembre)	2009 (Diciembre)	2010 (Diciembre)	2011 (Diciembre)	2012 (Diciembre)
<b>NACIONAL URBANO</b>	49,58%	48,23%	50,21%	46,86%	44,04%	39,62%
<b>QUITO</b>	35,45%	40,51%	39,76%	31,78%	35,32%	26,29%

TASA DE OCUPADOS PLENOS	2007 (Diciembre)	2008 (Diciembre)	2009 (Diciembre)	2010 (Diciembre)	2011 (Diciembre)	2012 (Diciembre)
<b>NACIONAL URBANO</b>	43,27%	44,12%	39,13%	45,85%	50,08%	52,30%
<b>QUITO</b>	56,54%	52,67%	42,61%	59,51%	58,84%	58,69%

Fuente: ENCUESTA DE EMPLEO, DESEMPLEO Y SUBEMPLEO - ENEMDU (PEA 15 años y mas)  
Encuestas Trimestrales, 127 centros urbanos incluida las ciudades de Quito, Guayaquil, Cuenca, Machala y Ambato  
Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)  
Formateado: Susana Costales R.

De 165 historias clínicas (HC) de adolescentes de Quito, del Hospital Gineco Obstétrico "Isidro Ayora" en relación al empleo arroja el siguiente resultado:

El 56,40% de las embarazadas está trabajando entre otros para solventar los gastos del embarazo y en la mayoría de los casos deserta los estudios.

**CUADRO N. 53****Empleo de las adolescentes embarazadas de Quito**

Trabaja	N. Adolescentes	Porcentaje
BLANCO	36	21,80
DESOCUPADA	6	3,60
NO Y NO BUSCA	30	18,20
SI TRABAJA	92	55,80
TEMPORAL	1	0,60
<b>Total</b>	<b>165</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Hospital Gineco Obstétrico "Isidro Ayora"  
Elaboración: Susana Costales R.

En los hogares con adolescente(s) embarazada(s) es necesario que la pareja o uno de los miembros del hogar tengan acceso a una bolsa de trabajo, a fin de que la madre embarazada y su hijo en el vientre crezcan en las mejores condiciones para enfrentar el futuro. En el caso de que la pareja de la adolescente embarazada, sea adolescente y/o se encuentre cursando algún nivel de estudios o haya desertado, tenga acceso a una educación solventada por el Estado, a través de programas educativos del Ministerios de Educación; inversión que podría ser devengado, en trabajos parciales en empresas del Sector Público, mientras termine de cancelar lo que el estado invirtió en su educación.

Las edades de las parejas de las embarazadas fluctúan entre 14 a 30 años.

El 90,30% de las adolescentes investigadas no responden a qué edad entraron a trabajar, un 4,20% trabajaron desde los 13 años y un 2,4% a los 14 años.

El siguiente cuadro detalla las actividades que realizan las adolescentes embarazadas, más del 50% se dedican a los quehaceres domésticos, actividad que la realiza en su mayoría en el hogar y fuera cuándo tienen trabajo, las posibilidades de acceder a otros trabajos se reducen significativamente.

**CUADRO N. 54**  
**Actividades que realizan las adolescentes embarazadas de Quito**

Actividad	N. Adolescentes	%
ATENCIÓN CLIENTE	1	0,60
BLANCO	24	14,50
COMERCIANTE ó VENDEDORA	5	3,00
CONTADORA	1	0,60
CORTE Y CONFECCION	1	0,60
COSTURERA o COSTURA	3	1,80
CUIDA NIÑOS	1	0,60
EMPLEADA	2	1,20
EMPLEADA DOMESTICA	1	0,60
ESTUDIA	29	17,60
NINERA	1	0,60
NO Y NO BUSCA	11	6,70
QQHD	85	51,50
Total	165	100,00
Fuente: Hospital Gineco Obstétrico "Isidro Ayora" Elaboración: Susana Costales R.		

Una de las actividades predominante en las adolescentes embarazadas son los quehaceres domésticos, con este particular los Ministerios de: Inclusión Social, Educación y de Salud, deberían trabajar conjuntamente para establecer programas y proyectos que formen a la adolescente en el trabajo materno y hogareño a fin de abrir las puertas a un futuro mejor para la adolescente, su hijo y la familia. Estos programas también deberían incluir a la pareja de la adolescente durante un período de tiempo mientras se fortalezca el núcleo familiar, sobre todo pensando en que el futuro hijo sea un líder dentro de esta sociedad.

El 9% de las parejas de las adolescentes se dedican a: bodegueros, comerciantes, contratistas, distribuidores de gas, fábrica de muebles, hostel, jardinero, jefe de recursos humanos, mecánica, panaderos, policía, soldador, taxista; el 6% trabaja en plantaciones, cocina, técnico, chofer; el 7,80% entre pintores, guardias y albañiles, el 13,30% reporta en otros trabajos, el 3% no trabaja y el 58,80% de casos reporte blanco.

**CUADRO N. 55**  
**Proyecto de vida que tienen las adolescentes embarazadas de Quito**

Proyecto de Vida	N. Adolescentes	Porcentaje
BLANCO	87	52,70
ESTUDIAR	44	26,70
ESTUDIAR CASARSE	1	0,60
ESTUDIAR TRABAJAR	25	15,20
HIJA	1	0,60
HIJO, TRABAJAR	1	0,60
NO TIENE	1	0,60
TRABAJAR	5	3,00
<b>Total</b>	<b>165</b>	<b>100,00</b>
Fuente: Hospital Gineco Obstétrico "Isidro Ayora" Elaboración: Susana Costales R.		

El 42,50% de las adolescentes embarazadas quieren continuar con sus estudios, el 18,80% aspira trabajar, el 1,20% cuidar a su hijo.

¿Cuántas horas a la semana dedican las adolescentes embarazadas hacer deporte? El 22,40% de adolescentes no hacen deporte, el 70,30% de esta pregunta está en blanco, el 6% de adolescentes embarazadas dedican entre 1 y 3 horas a la semana para hacer deporte, una adolescente utiliza 1H30 diarios en ejercicios para el embarazo.

El 12,70% de las adolescentes no ve televisión, el 6% de las adolescentes embarazadas ven de 4 a 8 horas de televisión, el 12,70% ven de 1 a 3 horas de televisión diaria.

Otras relaciones sociales y actividades que realizan las adolescentes embarazadas son: compartir con los abuelos, primos, arreglar la casa, cantar, bailar, escuchar música, caminar, cuidar al niño (1,2%), hacer los deberes (4%), tocar un instrumento, ayudar en el huerto, ayudar en el taller de corte y confección, quehaceres domésticos, no hace nada adicional (2%), respuesta en blanco el 89,10%.

#### 4.4 Análisis de otros factores, variables relacionadas y otros estudios.-

Considerando otros factores que determinan el embarazo en las adolescentes en base a la literatura e información de 165 adolescentes se pueden señalar los siguientes:

**4.4.1 Nupcialidad:** Según datos de ENDEMAIN 2004 en Ecuador más del 40 por ciento de las mujeres alguna vez embarazadas de entre 15 y 24 años tuvieron el embarazo antes del matrimonio. Es necesario empero contrastar esta información con el hecho que elevadas proporciones de embarazos fueron reportados por las adolescentes como no deseados en la generalidad de los países de la Región Andina.

El estado civil que predomina en las adolescentes es la unión estable con un 49,10%. El comportamiento en las parejas es similar, de 49 hombres a los que se realizó esta pregunta el 17,6% mantienen una unión estable con su pareja, representado el 59,18% de los que si se los investigo.

**CUADRO N. 56**  
**Estado civil de las adolescentes embarazadas de Quito**

Estado civil	N. Adolescentes	%
<b>BLANCO</b>	6	3,60
<b>CASADA</b>	28	17,00
<b>SOLTERA</b>	50	30,30
<b>UNION ESTABLE</b>	81	49,10
<b>Total</b>	165	100,00
Fuente: Hospital Gineco Obstétrico "Isidro Ayora" Elaborado: Susana Costales R.		

El reporte del estado civil de la pareja es: el 17,60% tiene una unión estable, 70,90, registra blanco, 5,50% soltero, 6,10% casado.

Con la finalidad de que la adolescente embarazada mantenga una relación estable sería conveniente que reciba un bono de "embarazo-nacimiento", que le permita solventar los gastos del embarazo como buena alimentación, vitaminas y de ser necesario chequeos médicos que no cubran los programas de adolescente embarazada del Ministerio de Salud,

de tal forma que la pareja no se vea en la necesidad de abandonarla, este bono de alguna forma les dará una seguridad económica a la madre, la criatura en camino y a su hogar. La duración del bono podría ser de 1 a 5 años contados con la etapa de embarazo.

**4.4.2 Consideraciones psicosociales:** otros factores como trastornos de adaptación, marginación social, alteraciones de la personalidad, crisis existencial, cambios en la salud mental, aspectos legales.

El 15,20% de adolescentes embarazadas investigadas afirma que si son aceptadas en la sociedad, el 82,4% de esta respuesta está en blanco, un 2,4% de adolescentes no sabe si son aceptadas en su entorno social.

Al preguntar si las adolescentes embarazadas realizan alguna actividad en grupo, el 14% manifiestan que no realizan actividades en grupo, el 86% de esta pregunta está en blanco.

El 74,4% de las embarazadas se considera mestiza, 1,8% indígena, 1,2% negra, 0,6% blanca, al resto de la población pregunta en blanco.

El 32,10% son diestras, el 3% zurdas y el 64,80% no informa.

El 40,60% de las embarazadas son católicas, 7,90% otras religiones, 3% no profesan ninguna religión, el 48,50% no informan.

Según un estudio de medicina se determinan las siguientes consideraciones psicosociales.<sup>41</sup>

**4.4.2.1 Normas Culturales y Sociales:** Como considera la sociedad a la sexualidad y cómo ve el embarazo adolescente en distintas sociedades.

Los hábitos que mantienen las 165 adolescentes en relación al sueño, alimentación, número de comidas al día y acompañamiento en las comidas, registran que el 15,80% de las adolescentes mantienen un sueño normal, 83% de casos registra blanco; el 17,60% de las adolescentes embarazadas se alimenta adecuadamente, el 2,4% no se alimenta bien, el 80% de los casos registra blanco. El 19,30% de las adolescentes se alimentan de 3 a 5 veces al día, el 81% de esta pregunta registra blanco; El 11% de las adolescentes comen acompañadas con una o dos personas, el 7,30% comen acompañadas con tres o cuatro personas, el 80,60% de esta pregunta reporta blanco. El 6,10% de adolescentes si consumen tabaco, el 6,70% de adolescentes si consumen alcohol, el 89,10% de casos está en blanco, el 2,4% de las adolescentes que consumen alcohol empezaron hacerlo a los 15 años, el 3% entre 12 y 14 años y el 1,80% entre 16 y 17 años. El 1,2% de adolescentes si

---

<sup>41</sup> Juan Issler (2001). Revista de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina No. 107. "Embarazo en la Adolescencia". P. 11-23

consumen marihuana y/o tóxicos, el 89,10% de casos registra blanco. El 3% de adolescentes conducen auto o bicicleta, el 9,70% no conducen.

**4.4.2.2 Sociedad represiva:** Niega la sexualidad, considerando al sexo como un área peligrosa en la conducta humana. Considera una virtud la sexualidad inactiva, aceptándola sólo con fines procreativos. Las manifestaciones de la sexualidad pasan a ser fuentes de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial.

**4.4.2.3 Sociedad restrictiva:** tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial, otorgando al varón cierta libertad. Presenta ambivalencia respecto al sexo, siendo la más común de las sociedades en el mundo.

**4.4.2.4 Sociedad permisiva:** tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad). Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial. Es un tipo social común en países desarrollados.

**4.4.2.5 Sociedad alentadora:** para la cual el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo. La pubertad es celebrada con rituales religiosos y con instrucción sexual formal. La insatisfacción sexual no se tolera y hasta es causal de separación de pareja. Son sociedades frecuentes en África ecuatorial, la Polinesia y algunas islas del Pacífico.

**4.4.2.6 Menarca temprana:** otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo. El 64,80% de adolescentes tuvieron su primera menstruación entre los 12 y 13 años. Al presentarse la primera menstruación en edad temprana, conlleva a que las relaciones sexuales se presenten más rápidamente y con posibles embarazos. Una medida de prevención sería establecer un proyecto de salud subvencionado por el estado para el control del desarrollo equilibrado en: peso, altura, desarrollo psicomotriz, psicosocial, psicoemocional, en relación a la edad de los niños y/o adolescentes; aquellos que están bajo o sobre los estándares normales, puedan acceder a un programa de observación durante un año en el que se establezca las posibles causas, efectos y correctivos investigando también el entorno familiar en el que se desarrolla. Producto de esta investigación y control se determinara los factores de incidencia en la

menstruación precoz. A los hogares que presentan esta situación proveerlos de programas de salud gratuitos y un bono para canastillas de alimentos nutritivos apropiados para la recuperación del niño y/o adolescente, y/o miembros del hogar en el año de observación.

**CUADRO N. 57**  
**Edad en que las adolescentes embarazadas de Quito, tuvieron su 1ra. menstruación**

Edad	N. Adolescentes	%
9	1	0,60
10	3	1,80
11	16	9,70
12	54	32,70
13	53	32,10
14	27	16,40
15	11	6,70
<b>Total</b>	165	100,00

Fuente: Hospital Gineco Obstétrico "Isidro Ayora"  
 Elaboración: Susana Costales R.

**4.4.2.7 Familia disfuncional:** Con un solo padre, en su mayoría madre soltera o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia corriente, con buen diálogo padres – hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.

El 12,70% de las adolescentes embarazadas si tienen problemas con su familia, un 20,60% no lo tienen y un 66,70% reporta blanco.

El 24,80% de hogar de la adolescente embarazada es funcional, el 21,80% disfuncional y el 47,30% reporta blanco.

El 5,50% de padres no apoyan ni económicamente ni emocionalmente a la adolescente embarazada, el 51,50 si apoya, el 43% de los padres reporta blanco.

**4.4.2.8 Mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente y / o sola**

El 44,4% de las embarazadas no vive sola, el 1,20% vive sola de las 75 adolescentes que respondió a esta inquietud.

La pregunta de si ¿la adolescente embarazada tiene novio?, solamente el 5,5% responden que si tienen novio, el 8% responden que no tienen novio y el 86,70% de esta pregunta registra blanco.

El 16,40% de las adolescentes manifiestan que si tienen amigos en su embarazo, el porcentaje de no respuesta es del 82,40% y el 1,20% de adolescentes no tiene amigos.

**4.4.2.9 Migraciones recientes:** con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores. El 14,50% de las adolescentes embarazadas si migraron por trabajo de la pareja o por otras razones, el 3,60% no migra, el 81,80 reporta blanco.

El 8,5% de las madres de las adolescentes abandonaron el hogar, algunas para reconstruir su hogar o migrar (1,80%), el 3,60% fallecieron, el 7,30% de las madres son separadas.

El 74,50% de padres de las adolescentes reporta blanco, 2,4% de los padres está muerto, el 3% de los padres no reconocieron a la adolescente, el 4,20% de padres reconstruyeron su hogar, el 0,6% mantienen el hogar.

**4.4.2.10 Pensamientos mágicos:** propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.

**4.4.2.11 Fantasías de esterilidad:** comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.

**4.4.2.12 Falta o distorsión de la información:** es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa y otros.

**4.4.2.13 Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres:** cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.

**4.4.2.14 Aumento en número de adolescentes:** alcanzando el 50% de la población femenina.

**4.4.2.15 Factores socioculturales:** la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.

## **CAPÍTULO V**

### **5 ANÁLISIS COYUNTURALES Y PROPUESTA**

La preocupación por los adolescentes es relativamente reciente a nivel mundial. En esta nueva época es importante la normatividad para una atención integral y de calidad a este grupo de la población, considerando en este grupo a las adolescentes embarazadas.

Los organismos Internacionales y Nacionales, realizan las siguientes investigaciones coyunturales y propuestas.

### **5.1 Participación de los organismos internacionales.**

La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), los dos instrumentos fundamentales del Derecho Internacional que permiten especificar los derechos de los adolescentes hombres y mujeres, se inscriben dentro de un espíritu de respeto por la libertad y la igualdad entre las personas.

Constituyen, por lo tanto, el marco conceptual para el desarrollo de cualquier política o programa para la adolescencia en América Latina y el Caribe pues permiten reconocer a los adolescentes de ambos sexos como sujetos de derecho, posibilitando su realización como personas y como ciudadanos dentro de una cultura universalizadora de los derechos humanos (UNICEF-Oficina Regional, 2000).<sup>42</sup>

Principales consideraciones relacionadas con el embarazo en las mujeres, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) establece en una de sus actas. Anexo 3.

Los países de América Latina y el Caribe con pocas excepciones, han adecuado su legislación nacional al espíritu y al texto de la misma.<sup>43</sup>

#### **5.1.1 Programas de educación**

Programas de educación para la prevención de los embarazos, forma de terminación del embarazo y de atención a la adolescente embarazada.

De acuerdo con el documento de equipo de apoyo técnico del UNFPA 2007, los importantes niveles de embarazos en adolescentes son un reflejo, entre otros aspectos, de la falta de información, educación y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

En el ámbito educativo, aunque los países andinos cuentan con políticas públicas que protegen el derecho de los y las adolescentes a recibir información y educación en sexualidad y salud sexual y reproductiva, prevalecen importantes brechas en lo relativo a su

---

<sup>42</sup>Oficina Regional para América Latina y el Caribe (2001). “Adolescencia en América Latina y el Caribe: Orientaciones para la formulación de políticas” Colombia: Bogotá. p. 5

<sup>43</sup>Oficina Regional para América Latina y el Caribe (2001). Óp. Cit. Colombia: Bogotá. p. 6

implementación en las escuelas y a través de vías no formales. Los datos disponibles corroboran la existencia de una demanda educativa insatisfecha al respecto. En efecto, los y 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.<sup>44</sup>

En general, hay una alta aceptación del uso de métodos anticonceptivos entre adolescentes hombres y mujeres en la Subregión Andina (aproximadamente 90%); sin embargo, son ellos y ellas quienes están menos expuestos a mensajes de opciones anticonceptivas, quienes presentan el porcentaje más bajo de conversaciones con proveedores de servicios, quienes tienen el menor porcentaje sobre el conocimientos de fuentes y, además, quienes tienen mayor demanda insatisfecha de métodos. Por ejemplo, según las encuestas DHS en Bolivia este último indicador alcanza al 40% de las adolescentes.

La gran mayoría de las adolescentes embarazadas de la subregión han recurrido a la atención prenatal (aproximadamente el 85% en Bolivia, Colombia, Ecuador y Venezuela; y 93% en el Perú). En la mayoría de los casos prácticamente no hay diferencias en el porcentaje de adolescentes y el resto de las mujeres en edad fértil. Sin embargo, entre las adolescentes se observa un mayor porcentaje con un menor número de controles o que el inicio del control fue ligeramente más tardío. Como en todos los demás aspectos, las adolescentes en áreas rurales, con menores niveles educativos y pertenecientes a los sectores más pobres, se encuentran en desventaja.

Respecto a la atención al parto, en todos los países la mayor parte de los partos de adolescentes son atendidos en servicios de salud y bajo el cuidado de profesionales, y las diferencias entre adolescentes y adultas es mínima; de hecho en algunos países hay un mayor porcentaje en este tipo de atención entre adolescentes.

### **5.1.2 Medidas de prevención de los embarazos adolescentes, por los organismos internacionales**

Entre los principales planes a nivel de la región Andina de América Latina se encuentran en vigencia el Plan Andino de Prevención del Embarazo en Adolescentes.

Este plan busca identificar los determinantes sociales de esta problemática y su impacto en la salud y en los procesos de desarrollo humano.

Teniendo en cuenta la magnitud y la preocupante tendencia que presenta el embarazo en adolescentes, el Plan fortalece las acciones de respuesta de los países del Área Andina

---

<sup>44</sup> Plan Andino de Prevención del embarazo en la adolescencia (2009). Óp. Cit. P.113-114

ante los desafíos que plantea esta problemática. Brinda especial atención al fortalecimiento institucional, así como al intercambio de experiencias y buenas prácticas en la prestación de servicios de salud sexual.<sup>45</sup>

Este Plan se ejecuta desde el año 2007 bajo el liderazgo del Organismo Andino de Salud. Convenio Hipólito Unanue – ORASCONHU - , integrado por los Ministerios de Salud de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela.

Entre sus objetivos se encuentran:

Objetivo General: contribuir a disminuir las brechas que dificultan el acceso a los servicios de salud por parte de la población adolescente, promoviendo el ejercicio de los derechos humanos, incluidos los sexuales y reproductivos, y la equidad social y de género; con un enfoque intercultural y de participación social.

Objetivos específicos:

1. Desarrollar el diagnóstico de la situación del embarazo en adolescentes en la subregión.
2. Identificar modelos de atención que garanticen superar las barreras de acceso y la capacidad resolutoria en el sector salud.
3. Promover la participación de las y los adolescentes a través de intercambio de experiencias.
4. Sensibilizar a autoridades, sociedad civil, comunicadores y proveedores de salud sobre la importancia de contar con acciones y políticas que permitan la prevención del embarazo en adolescentes.<sup>46</sup>

### **5.1.3 Otros organismos Internacionales que colaboran con la prevención y atención del embarazo en las adolescentes**

Dentro de este grupo se encuentran los siguientes:

La UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - United Nations Children's Fund), trabaja con y para los adolescentes a fin de involucrarlos en actividades de afirmación de la vida. Cuando se les aprecia como fuentes de energía, imaginación y pasión, los jóvenes prosperan y de ese modo también prosperan sus comunidades.<sup>47</sup>

El UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas), efectúa inversiones en programas para satisfacer las necesidades de los jóvenes en materia de atención de la salud,

---

<sup>45</sup>ARANGO, Luz Gabriela. "Adolescencia Popular: Lo femenino y lo masculino". Ponencia presentada en el Curso de Relaciones de Género en el cambio de siglo". Universidad Nacional. Bogotá, 2009

<sup>46</sup>Plan Andino Prevención del embarazo. Página web (<http://www.planandinopea.org/?q=node/1>)

<sup>47</sup>UNICEF (2010). "Adolescentes". (<http://www.unicef.org/spanish/adolescence/index.html>)

educación, oportunidad económica y adquisición de aptitudes para la vida. El Fondo trabaja para que los adolescentes y las personas jóvenes reciban información fidedigna, asesoramiento psicosocial objetivo e integral y servicios costeables a fin de prevenir los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH. En esta labor, el UNFPA trata de involucrar a los jóvenes como activos participantes en los programas que los afectan.<sup>48</sup>

La OIJ (Organización Iberoamericana de Juventud), es un organismo internacional de carácter gubernamental, creado para promover el diálogo, la concertación y la cooperación en materia de juventud entre los países iberoamericanos.

Entre sus objetivos están: formular y ejecutar planes, programas, proyectos y actividades conforme a las necesidades de los Estados miembros, con el objetivo de contribuir al logro de los objetivos de sus políticas de desarrollo a favor de la juventud; actuar como agente de consulta para organismos o entidades nacionales e internacionales a la hora de ejecutar y administrar programas y proyectos en el sector juvenil.

Actualmente, la Organización Iberoamericana de la Juventud está formada por estos países miembros: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, España, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Portugal, República Dominicana, Uruguay, Venezuela.<sup>49</sup>

La OMS (Organización Mundial de la Salud), es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas. Es la responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales.

En el siglo XXI, la salud es una responsabilidad compartida, que exige el acceso equitativo a la atención sanitaria y la defensa colectiva frente a amenazas transnacionales.<sup>50</sup>

Entre los principales programas que están a su cargo están: biblioteca de Salud Reproductiva; reducir los riesgos del embarazo; VIH/SIDA.

## **5.2 Participación de los organismos Nacionales**

Desde la Constitución de la República del Ecuador, pasando por el Código de la Niñez y la Adolescencia y el Plan Nacional de Desarrollo del Ecuador 2007 - 2010 proyectan garantizar los derechos de los adolescentes en general y más específicamente a las adolescentes mujeres en estado de gestación.

---

<sup>48</sup>UNFA (2010). "Acerca del UNFA" <http://lac.unfpa.org/public/pid/2016>

<sup>49</sup>OIJ. (2010). "Acerca de la OIJ" <http://www.oij.org/acerca.php>

<sup>50</sup>CELADI. Centro Latinoamericano de Investigación. "Los adolescentes: Una población vulnerable al SIDA". Ministerio de Salud, 2009

Considerando la importancia dada en las leyes y códigos, las Instituciones del Estado, así como otros organismos no públicos propenden la atención prioritaria e integral de los adolescentes, entre los que se detallan en el siguiente cuadro.

**CUADRO N. 58**  
**Promulgaciones a favor del desarrollo integral de los adolescentes en el Ecuador**

<b>Ley, Código o Plan</b>	<b>Declaración de los artículos</b>
Carta Constitucional Art. 44.	El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas. Las niñas, niños y adolescentes tendrán derecho a su desarrollo integral, entendido como proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad. Este entorno permitirá la satisfacción de sus necesidades sociales, afectivo-emocionales y culturales, con el apoyo de políticas intersectoriales nacionales y locales.
Código de la Niñez y Adolescencia Art. 25	Atención al embarazo y al Parto: El poder público y las instituciones de salud y asistencia a niños, niñas y adolescentes crearán las condiciones adecuadas para la atención durante el embarazo y el parto, a favor de la madre y del niño o niña, especialmente tratándose de madres adolescentes y de niños o niñas con peso inferior a dos mil quinientos gramos.
Plan Nacional de Desarrollo del Ecuador 2007-2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reducir en 25% la mortalidad de la niñez</li> <li>Reducir en 25% la mortalidad infantil</li> <li>Reducir en 35% la mortalidad neonatal precoz</li> <li>Reducir en 30% la mortalidad materna</li> <li>Reducir en 25% el embarazo adolescente</li> <li>Mejorar la calidad y calidez de los servicios de salud</li> </ul>

Fuente: Carta Constitucional – Art. 44; Código de la Niñez y Adolescencia Art 25; Plan Nacional de desarrollo del Ecuador 2007 - 2010;  
Elaborado: Susana Costales R.

**5.2.1 Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP).-** El actual ministerio a cargo del Dr. David Chiriboga Allnutt emprende conjuntamente con su equipo de trabajo varios proyectos en pro de la prevención y atención del embarazo adolescente. Los

proyectos que apoyan este fenómeno en las adolescentes en el Ecuador se detallan a continuación.

### **5.2.2 Programa: Atención Integral a Adolescentes**

Líder el programa: Dra. Susana Guijarro.

Misión y Visión del Programa: la atención integral a adolescentes, reconoce a las y los adolescentes y jóvenes, como sujetos de derechos y protagonistas de su propio desarrollo, y busca garantizar el derecho a la salud integral de las y los adolescentes con énfasis en la salud sexual y la salud reproductiva.

Objetivo General:

Garantizar una atención de salud integral a los y las adolescentes, con enfoques de derechos, género, generacional e intercultural, a través de la implementación y/o fortalecimiento de los servicios de salud, en aplicación en los marcos jurídicos nacionales.

Objetivos Específicos:

- Definir conceptos, procedimientos y herramientas técnicas que permitan que las instituciones y los prestatarios de servicios del SNS conozcan, comprendan y cumplan los roles que les competen como garantes de derechos de las y los adolescentes.
- Establecer estrategias y mecanismos de organización de los procesos de atención en la red de los servicios de salud que garanticen el derecho de las adolescentes a ser consultadas, a la expresión libre de su pensamiento, y a todas las formas de participación que permitan asegurar su salud promoviendo la corresponsabilidad de la familia y la comunidad

Servicios a la ciudadanía: En el país existen 139 servicios de atención amigable y/o diferenciada para adolescentes: en los que se garantiza una atención enmarcada en un enfoque de derechos que promueve la autonomía y el ejercicio de los derechos de las y los adolescentes y jóvenes.

Los servicios cuentan con:

- Atención Integral
- Atención en Salud Sexual y Salud Reproductiva
- Consejería
- Espacios de Participación Juvenil
- Acceso a Métodos de Planificación Familiar

Actividades Recientes año 2010:

- Semana Prevención del Embarazo en Adolescentes.

- Capacitaciones a Personal de Salud en SSSR.
- Encuentros Juveniles.
- Lanzamiento Estándares de Calidad.
- Campaña de Confidencialidad en los Servicios.
- Fortalecimiento relaciones intersectoriales: MSP; ME y MIES.
- Implementación de 42 Servicios Amigables y/o Diferenciados para Adolescentes.
- Capacitación a equipos provinciales en implementación del Paquete Normativo.

Investigaciones cualitativas: acceso a Métodos de Planificación Familiar, Factores Socioculturales que inciden en el Embarazo en Adolescentes, perfil de Salud de Jóvenes Indígenas.<sup>51</sup>

**5.2.2.1 Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia – UELMGAI.-** Es una entidad técnico-financiera del Ministerio de Salud Pública con autonomía administrativa y financiera, encargada del cumplimiento de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia y fundamentalmente de la administración de los recursos asignados a la cuenta Fondo Solidario de Salud, que es la fuente que financia a nivel nacional la aplicación de esta Ley.

La UELMGAI fue creada mediante Reglamento a la Ley en el año 2002 y posteriormente con Reforma a la Ley en el año 2005, actualmente su creación consta en el párrafo tercero del literal a) del Art. 7 de la Codificación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, publicada en el Registro Oficial No. 349 del 5 de septiembre de 2006.<sup>52</sup>

Misión – Visión de UELMGAI

Misión.- La Unidad Ejecutora de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia es responsable de vigilar la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, en el ámbito de su competencia, y gerenciar el Fondo Solidario de Salud en el marco del Modelo de Gestión y Control que establece la Ley pertinente; para cubrir los gastos por medicinas, insumos, micronutrientes, suministros, exámenes básicos de laboratorio y exámenes complementarios, del conjunto de prestaciones que establece la Ley, para la atención de mujeres y niños-as menores de cinco años, garantizando, en coordinación con las instancias del Ministerio de Salud Pública, MSP, implicadas y cumpliendo la normativa de esta Cartera de Estado y del Consejo Nacional de Salud, la atención gratuita y de calidad en las unidades operativas del MSP en forma obligatoria y en otras sin fines de lucro que voluntariamente participen con sus recursos; para lo que cuenta con un recurso humano calificado,

<sup>51</sup>Ecuador MSP. (2010). ([http://www.msp.gob.ec/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=48&Itemid=74](http://www.msp.gob.ec/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=48&Itemid=74))

<sup>52</sup>Ecuador Maternidad Gratuita. (2010)

competente y comprometido con una gestión pública basada en el derecho y en la rendición de cuentas.

Visión.- Entidad eje del manejo de fondos suficientes para garantizar la cobertura universal de las prestaciones que contempla la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia y de otras que se incluyan para los mismos grupos u otros beneficiarios, con procesos internos definidos, eficientes, eficaces, efectivos, transparentes y automatizados, con capacidad de control y sanción, en el marco del modelo de gestión que establece la Ley; y, con Comités de Gestión de los Fondos Solidarios Locales de Salud, Comités de Usuarías y unidades ejecutoras locales de salud, fortalecidos para el cumplimiento de su rol y responsabilidad.<sup>53</sup>

**5.2.2.2 Comité Interinstitucional de Prevención del Embarazo en Adolescentes (CIPEA).**- La Resolución refrendada por el Ecuador en la XXVIII Reunión de Ministros del Área Andina (REMSAA) de considerar al embarazo adolescente una prioridad de salud pública y fortalecer los esfuerzos para abatirlo fue un verdadero hito en la implementación de la política pública hacia las y los jóvenes en el país. A partir de este compromiso, se elabora el Plan Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente (PNPEA), y se crea el Comité Interinstitucional de Prevención del Embarazo Adolescente (CIPEA), con el objetivo de articular las acciones intersectoriales e interinstitucionales dirigidas a mejorar las condiciones de acceso a información, educación y servicios de salud sexual y reproductiva de la población joven, en particular la que se encuentra en situaciones de mayor vulnerabilidad. En el marco del Plan Andino de Prevención del Embarazo Adolescente implementado por los Ministerios de Salud con la cooperación de UNFPA y AECID se han identificado y sistematizado buenas prácticas en la prevención del embarazo en la subregión, con la asistencia técnica de Family Care International.

**5.2.2.3 Acción del CIPEA.**- El funcionamiento del CIPEA se sustenta en la política de acción intersectorial, los objetivos y líneas de acción propuestos en el PNPEA (Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes) y su articulación con el Plan Andino de la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Los objetivos que este Plan se propone alcanzar y de los cuáles se deriva la acción del CIPEA son: 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.

---

<sup>53</sup>Ecuador Maternidad Gratuita. (2010)

Entre sus Objetivos específicos propone: implementar un Sistema Nacional de Información sobre la situación del embarazo en adolescentes que permita la construcción de políticas públicas, 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 SS y SR y PEA, y; garantizar la participación de las/los adolescentes en la construcción e implementación de políticas públicas integrales e intersectoriales de PEA a nivel nacional y local.

Las líneas de acción del Plan son: sistemas de información, monitoreo y evaluación fortalecimiento institucional y cooperación técnica horizontal participación de adolescentes, abogacía, alianzas y participación social.

En el accionar del CIPEA intervienen diferentes ámbitos del desarrollo en pro de respuestas integrales y multisectoriales al embarazo adolescente no deseado y, como constatación teórica de que dicha situación no es posible abordarla sólo desde un sector.

De acuerdo al Mandato Interministerial se establecen como funciones del CIPEA:

- a) Asesorar y coordinar la implementación adecuada y oportuna del Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes;
- b) Conformar equipos técnicos de trabajo con funcionarios y servidores de las instituciones miembros del Comité;
- c) Promover procesos participativos desde la sociedad civil para la implementación del Plan;
- d) Monitorear y Evaluar la ejecución del Plan;
- e) Identificar problemas y proponer soluciones durante la ejecución e implementación del Plan;
- f) Elaborar informes de avances de la ejecución e implementación del Plan;
- g) Elaborar el Reglamento de funcionamiento del CIPEA; y,
- h) Las demás previstas en leyes especiales y reglamentos aprobados legalmente.

El Mandato plantea que el Comité sesione de manera ordinaria cada dos meses y de manera extraordinaria a petición de la mitad más uno de sus integrantes. Se establece que la veeduría y control social del plan y de la política, se realice a través de organizaciones de base de adolescentes y jóvenes tanto en el ámbito nacional como local.

El enfoque y los principios orientadores que rigen al CIPEA están plasmados en el PNPEA, y se corresponden en su mayoría con aquellos que rigen a las instituciones y organizaciones miembros. Se fundamentan en: derechos, género, interculturalidad e intersectorialidad. Se

incluyen además como estrategias transversales la construcción de ciudadanía y participación social y la protección integral.<sup>54</sup>

### **5.3 Propuesta**

La investigación realizada permite determinar las fortalezas y debilidades de los adolescentes, adolescentes embarazadas, las familias, el estado, la sociedad, los organismos de prevención del embarazo a nivel nacional e internacional, cada uno de estos actores son ejes y pilares importantes para vivir integralmente en la comunidad.

La propuesta es que todos estos actores participen en la elaboración y aplicación de los planes y proyectos de prevención del embarazo, que se dinamicen de acuerdo a las necesidades del país, apoyándose en estudios actuales de análisis e impacto socio económico de los embarazos en las adolescentes.

Los organismos nacionales deben establecer diálogos con la sociedad para que la educación contribuya al progreso social, con una formación de la persona (niños, adolescentes, adolescentes embarazadas, padres de familia, resto de la sociedad), como partes de un todo; con una formación integral que permita desarrollar armónicamente sus condiciones físicas, morales e intelectuales, para ser responsable gradualmente del desarrollo de su propia vida, en verdadera libertad, aprendiendo a superar obstáculos con valor y constancia. Una educación que le permita discernir y educarse positiva y prudente en lo sexual, siendo parte activa de los diversos grupos de la sociedad humana colaborando para la consecución del bien común.

---

<sup>54</sup>MARA PATRICIA GUTIÉRREZ F, Comité interinstitucional de Prevención del Embarazo en Adolescentes CIPEA, “Sistematización de sus avances y lecciones aprendidas”, P.10-11, 2009

## CONCLUSIONES

- La media de ingresos de los hogares con adolescentes de 10 a 19 años a nivel de Quito, capital provincial es superior a la media de Pichincha y a la media Nacional. El comportamiento de la media de Ingresos de los hogares con adolescentes de sexo femenino es similar, la variación es mínima.
- De ciento sesenta y cinco adolescentes embarazadas de la ciudad de Quito alrededor del 50% manifiestan que sus parejas si les apoyan económicamente al igual que sus padres.
- La tasa de desempleo a nivel nacional se ha reducido año a año, sin embargo se refleja aun un nivel alto de la población en hombres y mujeres que se encuentran desempleados, la tasa de ocupados plenos se encuentra en relación inversa a la tasa de desempleo. La tasa de ocupación más alta registra los últimos años.
- El subempleo a nivel de Quito tiende a la baja entre el 2007 al 2012, el subempleo registrado en Quito es menor al Nacional entre el 30% y 50%. Lo que significa que en algunos años más de la mitad de la población se encuentra realizando alguna labor distinta a la de su profesión o formación artesanal u otra, son nuevos buscando trabajo, u otros
- El embarazo entre adolescentes es mayor entre estratos socioeconómicos bajos. A las adolescentes embarazadas a parte que deben ingresar a temprana edad a laborar se les dificulta insertarse en el campo laboral y si lo hace lo realizan en condiciones socioeconómicas desfavorables para la familia. La maternidad en la adolescencia aumenta la probabilidad de ser pobre
- La maternidad/paternidad adolescente va acompañada de dependencia económica, la ocurrencia de un embarazo muchas veces deriva en que la joven madre y su niño deban ser mantenidos por los padres de las muchachas, situación que presiona sobre el presupuesto familiar. En los casos de embarazo adolescente en hogares de bajos ingresos, esta presión puede resultar significativa y comprometer el bienestar no solo de la joven madre y su niño, sino también de otros miembros de la familia.

- El nivel de ingresos no es un factor determinante en los embarazos en las adolescentes.
- Los embarazos en las adolescentes se concentra en las capitales provinciales. En muchos casos, las adolescentes han migrado de su lugar de origen o provienen de familias disfuncionales.
- Hay mayor tolerancia del medio social a la maternidad adolescente, las capitales provinciales tienen mayor acceso a los medios de comunicación (Tecnologías de Información y Comunicación), televisión, internet, periódicos, revista; con esta influencia y sin el mayor discernimiento las adolescentes y adultos adoptan modelos de la conducta sexual y transmisión de mensajes muchas veces contradictorios.
- La residencia habitual de las adolescentes si es un factor determinante para su embarazo adolescente.
- La convivencia con la familia y en especial con la madre si afecta en la decisión de las adolescentes de embarazarse o abandonar el hogar.
- La familia incide en la decisión de ambos sexos, los adolescentes pueden provenir de familias disfuncionales (ausencia de figura paterna, modelos promiscuos de conducta), hacinamiento y promiscuidad, formas de vida familiar, crisis existencial del núcleo familiar por problemas emocionales, económicos y sociales, enfermos crónicos en la familia, madre con antecedente embarazada, normas en el comportamiento y actitudes sexuales en los adultos.
- La convivencia con la madre y/o familia si es un factor determinante para que la adolescente decida embarazarse.
- De 165 adolescentes embarazadas en Quito, alrededor del 73,3% de adolescentes se encontraban en secundaria. Un 40% abandonan sus estudios.
- En los hogares con adolescentes, más del 30% de los jefes de hogar tienen educación secundaria y en un similar porcentaje tienen educación superior.

- En los planes educativos se debe contemplar materias para formación en valores desde la infancia, involucrarlos tempranamente en actividades para que afirmen sus proyectos de vida, aprovechando su energía, imaginación y pasión, de esta forma construir una sociedad y comunidades prosperas.
- Se podría concluir que la educación, de los miembros del hogar no es un factor determinante en la decisión de la adolescente de embarazarse.
- La migración sea de la madres, familia o adolescentes es y sobre todo fue un factor determinante en la decisión de embarazo. Las madres de las adolescentes embarazadas abandonaron el hogar, algunas para reconstruir su hogar o migrar, en un mínimo porcentaje las madres fallecieron, al igual que son madres separadas.
- Hasta el siglo pasado la migración era un objetivo, un proyecto de vida, la migración les dificulta insertarse laboralmente con respaldo legal y reconocimiento económico adecuado.
- Los adolescentes están biológicamente preparados y culturalmente motivados para iniciar una vida sexual activa, pero son incapaces de analizar las consecuencias de su conducta sexual y tomar decisiones en forma responsable, ya que no han logrado el nivel de desarrollo cognitivo y emocional necesario para establecer una conducta sexual responsable, la menarquia temprana si incide en el inicio de la vida sexual de la adolescente.
- La salud materna y fecundidad si son factores determinantes en los embarazos adolescentes, en su conjunto conllevan a que el futuro de las madres adolescentes afecten de manera radical el futuro y el proyecto de su vida. Entre las implicaciones más salientes de embarazo adolescente destacan primero los riesgos de salud, tanto para la joven madre como para el/la recién nacido/a, además de su pareja y su propia familia, incluyendo los riesgos del aborto.
- Las adolescentes embarazadas tienen: múltiples obstáculos para iniciar o continuar la formación escolar, la precarización del acceso al trabajo, sea este acceso presente o futuro; el riesgo de caer o continuar sumida en la trampa de la pobreza; el riesgo

de una formación deficiente que se cierne sobre los niños y niñas y en algunos casos el riesgo de ser víctimas del estigma social que enfrentan las madres adolescentes.

- En su gran mayoría las adolescentes investigadas tienen autoestima baja, falta de confianza en sí mismo, sentimientos de abandono y desesperanza, problemas emocionales de personalidad, carencia de afecto, incapacidad para planear un proyecto de vida, y en algunos casos consumen sustancias tóxicas que causan adicción, por otra parte hay desinterés para asumir actitudes de prevención, en un 50% se dedican a los quehaceres domésticos dentro del hogar o como medio de sustento.
- Se podría concluir que la forma de terminación del embarazo en la adolescente, no es factor determinante en el número de adolescentes embarazadas.
- La información estadística que no se encontró fue la relacionada al aporte al Producto Interno bruto de los hogares con adolescentes embarazadas y de las embarazadas.
- La presente investigación podría ser un instrumento que aporte en la toma de decisiones estratégicas en los hogares, familias, comunidad, y gobierno, para facilitar la formulación de políticas para incrementar la implementación de programas de educación sexual en los establecimientos educativos, en los medios de comunicación, en las parroquias y barrios del país.

## RECOMENDACIONES

- La adolescencia es una etapa muy importante y decisiva en la vida de una persona, es por esto que en su desarrollo deben estar involucrados los padres, la sociedad en general, el estado, y los entes educativos.
- El Estado deberá adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.
- El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas.
- El poder público y las instituciones de salud y asistencia a niños, niñas y adolescentes crearán las condiciones adecuadas para la atención durante el embarazo y el parto, a favor de la madre y del niño o niña, especialmente tratándose de madres adolescentes y de niños o niñas con peso inferior a dos mil quinientos gramos.  
Establecer estrategias y mecanismos de organización de los procesos de atención en la red de los servicios de salud que garanticen el derecho de las adolescentes a ser consultados, a la expresión libre de su pensamiento, y a todas las formas de participación que permitan asegurar su salud promoviendo la corresponsabilidad de la familia y la comunidad.
- 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. Las instituciones del país deben trabajar en conjunto para apoyar a este grupo de personas, además se debería trabajar en programas sociales para la prevención de los embarazos en adolescentes.

- La juventud universitaria y profesional dispone de variedad de datos que podrían servir para estudios más especializados en los diferentes campos de la investigación social y económica del país, utilizando bases de datos disponibles al público.
- Las entidades públicas que disponen datos y/o información textual, categoricen estas variables con el fin de disponer de un registro estadístico para uso de otras instituciones o público en general para la investigación científica, para la toma de decisiones estratégicas en el campo social y económico.

## **GLOSARIO**

*Adolescencia*, según la OMS es el período comprendido entre los 10 y 19 años, que incluye cambios biológicos, psicológicos y sociales.

*Adolescencia*, según el Código de la Niñez y Adolescencia del Ecuador considera que el adolescente es la persona de ambos sexos entre 12 y 18 años.

*Adolescencia*, según el MSP, considerando las diversidades del adolescente por territorio, género y cultura, y considerando las recomendaciones de la OPS/OMS, define como adolescentes a la población comprendida 10 y 19 años de edad, y reconoce dos etapas: la adolescencia temprana, de 10 a 14 años, y la tardía de 15 a 19 años.

*ITS*, infecciones de transmisión sexual

*Morbilidad*, porcentaje de personas que enferman en un sitio y tiempo. Estudio de efectos de una enfermedad en una población. (Océano Uno, 1991).

*Mortalidad*, cantidad de individuos de una población que mueren por unidad de tiempo. (Océano Uno, 1991).

*Embarazo*, estado en que se halla la hembra gestante. (Encarta, 2008)

*Parto*, acción de parir. Ser que ha nacido. (Encarta, 2008)

*Puerperio*, período que transcurre desde el parto hasta que la mujer vuelve al estado ordinario anterior a la gestación. (Encarta, 2008)

## BIBLIOGRAFIA

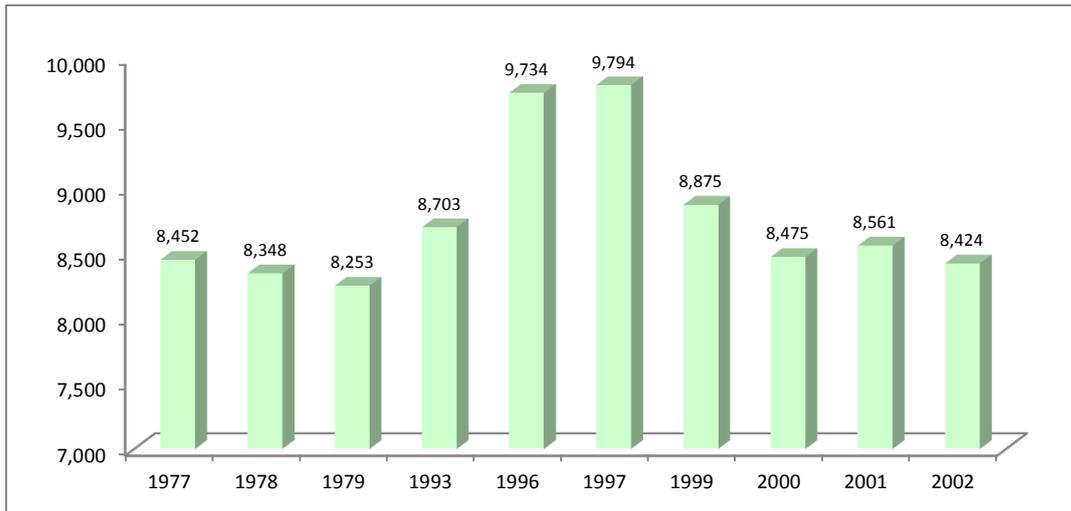
- Asensi, Jesús; Escames, Juan; Lázaro, Ángel; Rielo Fernando. 2001. Educar desde y para la paz. España, Fundación Fernando Rielo.
- CELADI-Centro Latinoamericano de Investigación, 2009, Los adolescentes: una población vulnerable al SIDA,
- CLADEM-Ecuador, 2007, Derechos Económicos Sociales y Culturales con perspectiva de Género en el Ecuador, Quito.
- Conferencia Episcopal Ecuatoriana, octubre 2013, Declaración "Dignitatis humanae", Síntesis de los Documento Concilio Vaticano II.
- Conferencia Episcopal Ecuatoriana, octubre 2013, Declaración "Gaudium et spes", Síntesis de los Documento Concilio Vaticano II.
- Conferencia Episcopal Ecuatoriana, octubre 2013, Declaración "Gravissimum Educationis", Síntesis de los Documento Concilio Vaticano II.
- Damodar N. Gujarati, 1997, Econometría, Tercera edición Mc Graw Hill.
- Gamuncio M.E, 2009, Desarrollo Psicosocial y Psicosexual en la Adolescencia, Chile: Pontificia Universidad Católica – Departamento de Psiquiatría. [Pescuela.med.puc.cl/paginas//M1L2Leccion.html](http://Pescuela.med.puc.cl/paginas//M1L2Leccion.html), acceso: 10/08/2009.
- Gordon B. Dahl; Early teen marriage and future poverty, 2005, National Bureau of Economic Research
- INEC-ECUADOR; Noviembre 2005 – Octubre 2006, Encuestas de Condiciones de vida V Ronda.
- INEC-ECUADOR; 2009 - 2004, Entradas y Salidas Internacionales
- INEC-ECUADOR; 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, Estadística de Egresos Hospitalarios.
- INEC-ECUADOR; 2009 - 2004, Matrimonios y Divorcios
- INEC; 2009, Páginas de Internet: [www.inec.gov.ec](http://www.inec.gov.ec), [www.ecuadorencifras.com](http://www.ecuadorencifras.com)
- Issler Juan, 2001, Revista de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina.
- Klepinger Daniel, Lundberg Shelly; 1997, How Does Adolescent Fertility Affect the Human Capital and Wages of Young Women
- Larraín B Felipe, Sach Jeffrey; 2002, Macroeconomía en la economía global, Segunda edición Marzo 2002, reimpresión febrero 2004.
- Maiter Henry W, 2008, Tres teorías de desarrollo del niño: Erikson, Piaget, Sears.

- Martínez A, José L, 2000, Experiencias Heterosexuales en la Adolescencia: Implicaciones para la Educación Sexual, Revista de Psicología General y Aplicaciones.
- Moss Bernice, South worth Warren, 1965, Educación para la Salud.
- MSP-Ministerio de Salud Pública, 2005, 2009, Manual de normas y Procedimientos para la atención integral de los adolescentes
- MSP-Ministerio de Salud Pública, 2007, Ley de –Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia
- MSP – UNFPA, 2004, Tríptico Para una adolescencia Plena
- MSP-Ministerio de Salud Pública -OPS-UNFPA-UNICEF-MIES, Ministerio de Educación–Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social-CONAS-CONAMU-Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia, 2007, Plan Andino de la Prevención del Embarazo en Adolescentes y Diagnóstico e Información
- MSP-Ministerio de Salud Pública -OPS-UNFPA-UNICEF-MIES, Ministerio de Educación, Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social-CONAS-CONAMU-Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia, 2007, Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes.
- MSP-Ministerio de Salud pública; 2009, Páginas de Internet: [www.msp.gov.ec](http://www.msp.gov.ec)
- MSP-Ministerio de Salud Pública, 2009, Capítulo de la Norma de Planificación Familiar, versión preliminar.
- Naranjo J, 2000, Diagnóstico Situacional y Marco Conceptual para la Atención Integral de los y las Adolescentes en el Ecuador, Quito: Proyecto HOGOIA-AECL. AH/EDIT.
- Oficina Regional para América Latina y el Caribe, 2001, Adolescencia en América Latina y el Caribe, Orientaciones para la formulación de políticas, Colombia-Bogotá.
- OIJ, Acerca de la OIJ, 2010, página de internet: <http://www.oij.org/acerca.php>
- OPS-Organización Panamericana de la Salud Saucedo, JM, Maldonado M. 2003, La Familia: su Dinámica y Tratamiento, Washington D.C.
- OPS-Organización Panamericana de la Salud, 1995, Salud del Adolescente, Washington
- OPS-Organización Panamericana de la Salud, 1999, Manual de Salud para la atención del adolescente, Serie Paltex
- Orellana Vilches, Isabel. 2008. Yo educó: tú respondes. Ecuador-Loja, Utpl.
- Parkin Michael; 1995, Macroeconomía, Primera edición 1995 por Addison – Wesley, Iberoamericana , S.A..

- Parkin Michael; 1995, Microeconomía, Primera edición 1995 por Addison-Wesley, Iberoamericana S.A.
- Plan Andino, 2009, Prevención del Embarazo en la adolescencia.
- Plan Andino, 2010, Prevención del embarazo, página de internet: <http://www.planandinopea.org/?q=node/1>
- Profamilia, 2008, Adolescentes: sexualidad y comportamientos de riesgo para la salud. Encuesta de conocimientos, actitudes y practicas
- Puhani Patrick A., Katja Sonderhof; 2008, The Effects of Maternity Leave Extension on Training for Young Women
- Ramírez Myriam A., 2008, El adolescente como alumno. Paisalud: Programa de Atención Integral en Salud Adolescente.
- Rivadeneira, Gabriela, Presidenta de la Asamblea Nacional, Discurso Posesión Presidencial, 24 mayo 2013, Quito-Ecuador
- Rivas Torres, Ramón Emilio, 2007. Al reencuentro con la familia – la familia en el tercer milenio. Ecuador-Loja, Utpl.
- Romero, Maddaleno I., Silber M., Munist T., 2008, Embarazo en Adolescencia, Manual de Medicina de la Adolescencia.
- UNFA, Acerca del UNFA, 2010, página de internet: <http://lac.unfpa.org/public/pid/2016>
- UNFPA - Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2011, Prevención del embarazo adolescente, una mirada completa, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela (Subregión Andina) - Macro International Inc, 2011, Measure DHS Stat compiler
- UNICEF, Adolescentes, 2010, página de internet: <http://www.unicef.org/spanish/adolescence/index.html>
- Gamucio, María Elena, Curso Salud y desarrollo adolescente - Desarrollo psicosocial y psicosexual en la adolescencia - Universidad Católica de Chile, 2009
- Zubarew Tamara, Curso Salud y desarrollo adolescente – sexualidad del adolescente - Universidad Católica de Chile, 2009
- Vázquez M, Argote L, Castillo E, Cabrera M, González D, 2005, Apropiación de los derechos sexuales y reproductivos den los adolescentes: una experiencia desde la teoría de la acción razonada, Colombia Medica Vol 36 N. 3 (Sup 2-Julio-eptiembre).
- Zubarew T, 2009, Sexualidad del adolescente, Chile:
- Pontifica Universidad Católica [escuela.med.puc.cl/paginas/.../M3L15Leccion.html](http://escuela.med.puc.cl/paginas/.../M3L15Leccion.html), acceso: 10/08/2009.

## **ANEXOS**

## ANEXO 1

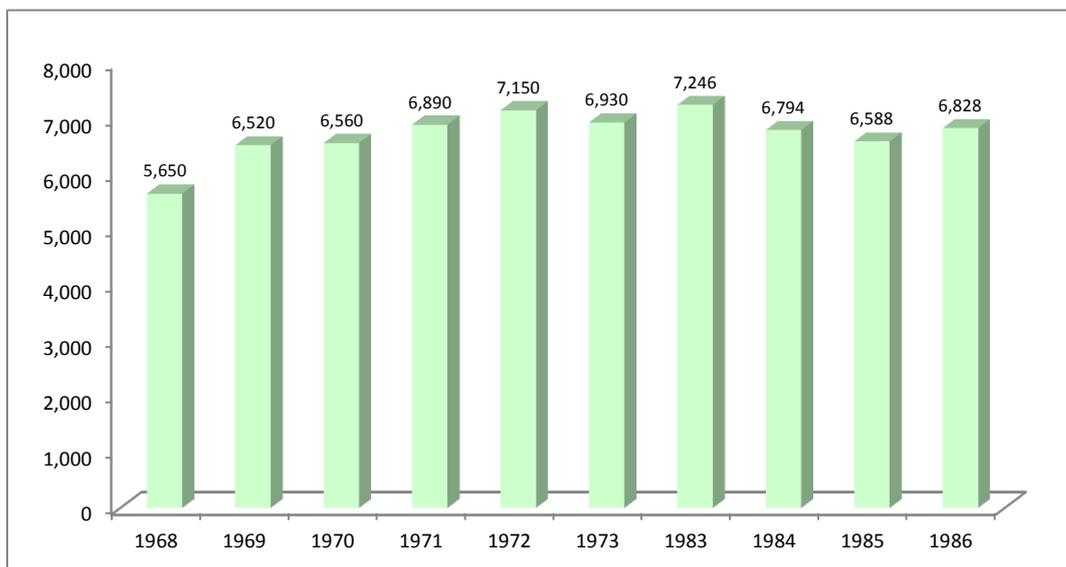


### GRÁFICO N. 1

#### 10 años con mayores nacimientos en madres adolescentes de Uruguay

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Uruguay

Elaborado: Susana Costales R.



### GRÁFICO N. 2

#### 10 años con menores nacimientos en madres adolescentes de Uruguay

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Uruguay

Elaborado: Susana Costales R.

**CUADRO N. 1****Egresos con parto y complicaciones por grupos de edad, Perú año 2010**

CIE 10	Nombre	< 15 AÑOS	15a - 19a	20a - 59a	TOTAL
O80	Parto Único espontáneo	1286	43760	159185	204231
O81	Parto Único con fórceps y ventosa extractora	0	11	52	63
O82	Parto Único por cesárea	514	11307	52372	64193
O83	Otros partos Únicos asistidos	43	1888	7751	9682
O84	Parto múltiple	5	139	825	969
O85	Sepsis puerperal	4	165	577	746
O86	Otras infecciones puerperales	19	289	809	1117
O87	Complicaciones venosas en el puerperio	0	3	13	16
O88	Embolia obstétrica	0	1	3	4
O89	Complicaciones de la anestesia administrada durante el puerperio	1	7	39	47
<b>Total</b>		<b>1872</b>	<b>57570</b>	<b>221626</b>	<b>281068</b>

Fuente: Base de datos Nacional de egresos hospitalarios

Ministerio de Salud - Oficina General de Estadística e Informática

Elaborado, formateado: Susana Costales R.

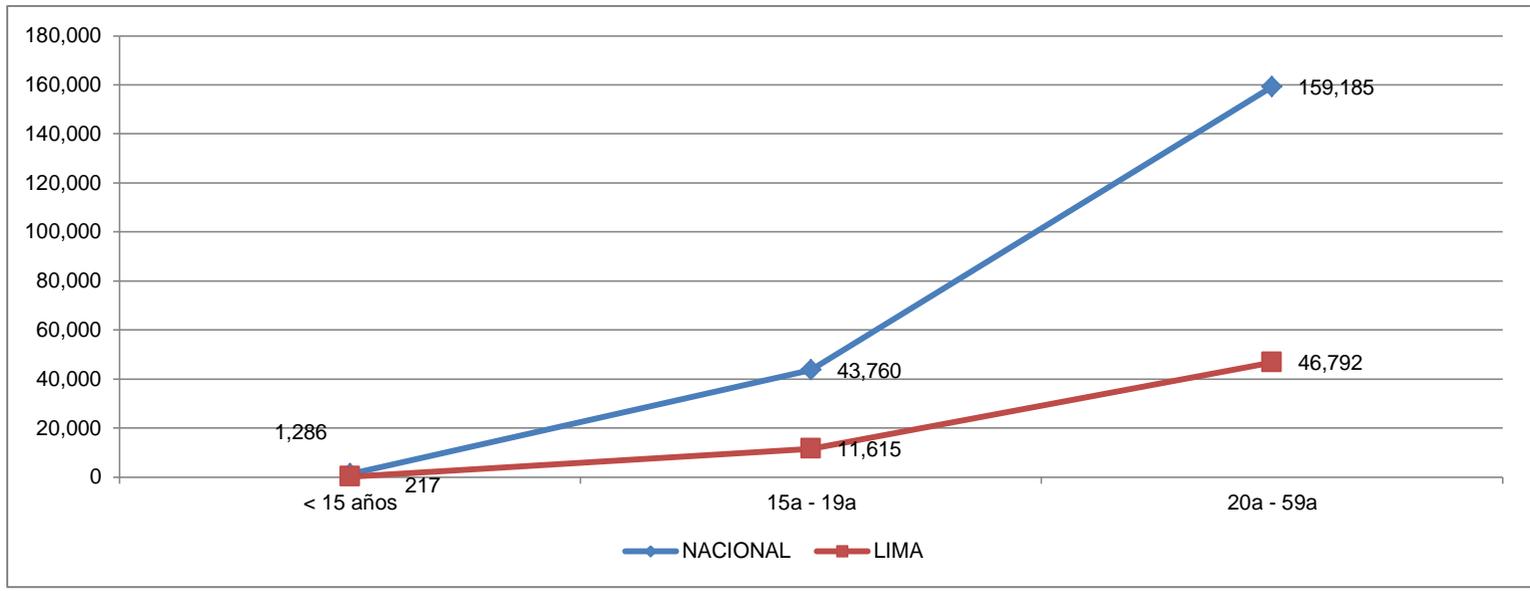
**CUADRO N. 2****Egresos con parto y complicaciones por grupos de edad, departamento: Lima año 2010**

CIE 10	nombre	< 15 AÑOS	15a - 19a	20a - 59a	TOTAL
O80	Parto Único espontáneo	217	11615	46792	204231
O81	Parto Único con fórceps y ventosa extractora		5	15	63
O82	Parto Único por cesárea	101	3390	18448	64193
O83	Otros partos Únicos asistidos	8	665	2870	9682
O84	Parto múltiple	2	47	303	969
O85	Sepsis puerperal		50	166	746
O86	Otras infecciones puerperales	11	118	303	1117
O87	Complicaciones venosas en el puerperio			4	16
O88	Embolia obstétrica		1	2	4
<b>Total</b>		<b>339</b>	<b>15891</b>	<b>68903</b>	<b>281021</b>

Fuente: Base de datos Nacional de egresos hospitalarios

Ministerio de Salud - Oficina General de Estadística e Informática

Formateado: Susana Costales R.



**GRÁFICO N. 3**

**Egresos de parto único espontáneo Nacional y el Departamento de Lima 2010**

Fuente: Base de datos nacional de egresos hospitalarios, Ministerio de Salud - Oficina General de Estadística e Informática

Elaborado: Susana Costales R.

PORCENTAJE DEL NACIONAL	16,87	26,54	29,39
-------------------------	-------	-------	-------

**CUADRO N. 3**  
**Definiciones y criterios de inclusión de ocupaciones asociadas al cuidado**

Enfoque	Ocupaciones	Criterio de inclusión
1. Trabajo que involucra cuidado físico y emocional en sentido amplio England (1992)	Incluidas: médicos, terapeutas, ocupaciones técnicas de la salud, auxiliares de médicos, enfermeros, maestros y profesores, auxiliares docentes, trabajadores sociales, técnicos en recreación, personal de servicios sociales, bibliotecólogos, peluqueros, vendedores de distintos productos, trabajadores del servicio doméstico, cuidadores de niños, mozos, ascensoristas, trabajadores religiosos, cajeros, recepcionistas, conductores de taxis y choferes, porteadores de equipaje.	Actividades asociadas directa o indirectamente al cuidado físico y emocional
2. Los trabajadores proveen un servicio que permite desarrollar las capacidades humanas de quienes lo reciben England, Budig y Folbre (2002)	Incluidas: médicos, terapeutas, ocupaciones técnicas de la salud, auxiliares de médicos, enfermeros, maestros y profesores, auxiliares docentes, trabajadores sociales, técnicos en recreación, personal de servicios sociales, bibliotecólogos, peluqueros, trabajadores del servicio doméstico, cuidadores de niños, trabajadores religiosos. Excluidas: vendedores, ascensoristas, peluqueros, conductores de taxis y choferes, porteadores de equipaje, cajeros, recepcionistas.	Provisión de servicios con relación personal que impliquen desarrollo de capacidades humanas de quienes lo reciben
3. Los trabajadores proveen un servicio a personas dependientes (niños, enfermos, adultos mayores y discapacitados), incluido el trabajo reproductivo relacional y no relacional Razavi (2007); Razavi y Staab (2010)	Incluidas: enfermeros, maestros de educación preescolar y primaria, trabajadores de jardines infantiles y salas cuna, cuidadores de adultos mayores, trabajadores sociales, cuidadores de cualquier tipo en los hogares, trabajadores domésticos. Excluidas: profesores de educación media y universitaria, médicos y odontólogos, bibliotecólogos.	Aproximación a provisión de servicios con relación personal que implique desarrollo de capacidades humanas en personas dependientes

**Fuente:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de P. England, *Comparable Worth: Theories and Evidence*, Nueva York, Aldine de Gruyter, 1992; P. England, M. Budig y N. Folbre, "Wages of virtue: The relative pay of care work", *Social Problems*, vol. 49, N° 4, 2002; S. Razavi y S. Staab, "Underpaid and overworked: a cross-national perspective on care workers", *International Labour Review*, vol. 149, N° 4, 2010.

Se identifica como trabajadores, remunerados del cuidado a aquellos que prestan servicios a otras personas dependientes para su supervivencia o desarrollo personal, cuando este implica una relación directa entre el cuidador y el cuidado. Se delimitan las siguientes ocupaciones dentro de las ramas de la salud, educación y servicios personales y a los hogares: maestros y asistentes de educación preescolar y, en especial, niñeras, enfermeros y auxiliares de enfermería, otros trabajadores del cuidado y la atención de personas, acompañantes y trabajadores del servicio doméstico.

**CUADRO N. 4**

**América latina (14 países): años de escolaridad de trabajadores en el sector del cuidado y el resto de los ocupados, por país. Alrededor de 2010. (En porcentaje)**

	Cuidados	Servicio doméstico	Resto de cuidadores	Educación	Salud	Servicios comunitarios y en los hogares	Resto de ocupados
Bolivia (Estado Plurinacional de) <sup>a</sup>	10,6	7,8	7,0	14,4	15,7	14,1	7,3
Brasil <sup>a</sup>	7,6	8,6	6,5	11,1	10,9	12,0	6,6
Chile <sup>a</sup>	10,4	11,5	8,8	12,9	13,4	13,2	9,0
Costa Rica	7,5	9,5	6,7	9,1	12,4	11,2	6,7
Ecuador <sup>b</sup>	8,1	9,2	6,8	11,4	14,6	11,4	7,4
El Salvador	6,3	7,5	4,8	13,5	14,6	13,2	4,9
Honduras	6,7	6,2	5,6	8,0	11,4	9,9	5,8
México	7,1	9,2	6,2	10,8	14,4	11,4	6,3
Nicaragua <sup>c</sup>	6,7	7,0	6,0	8,9	9,6	10,2	6,1
Panamá	9,9	10,1	8,3	11,8	14,4	14,8	8,6
Paraguay	7,6	8,5	7,0	11,6	14,3	13,0	7,2
Perú	10,7	8,9	8,6	16,0	16,3	15,8	8,8
República Dominicana	9,1	8,8	6,5	13,9	15,2	12,4	6,5
Uruguay <sup>b</sup>	8,7	10,0	7,3	10,9	13,1	13,0	7,6

Fuente y Elaborado: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

a Los datos corresponden a 2009

b Los datos corresponden a las áreas urbanas

c Los datos corresponden a 2005

## ANEXO 2

### CUADRO N. 1

**Principales causas de egresos hospitalarios de adolescentes, por causas de embarazo, parto o puerperio**

AÑO 2004			TOTAL EGRESOS	10 a 14 AÑOS	15 a 19 AÑOS	10 a 19 AÑOS
1	O80	PARTO UNICO ESPONTÁNEO	109.453	741	25.368	26.109
2	O82	PARTO UNICO POR CESAREA	50.134	277	7.052	7.329
3	O06	ABORTO NO ESPECIFICADO	24.074	214	4.060	4.274
4	O33	ATENCIÓN MATERNA POR DESPROPORCION, CONOCIDA O PRESUNTA	7.240	141	2.027	2.168
5	O47	FALSO TRABAJO DE PARTO	8.674	73	1.911	1.984
6	O23	INFECCIÓN DE LAS VÍAS GENITOURINARIAS EN EL EMBARAZO	5.445	81	1.517	1.598
7	O68	TRABAJO DE PARTO Y PARTO COMPLICADOS POR SUFRIMIENTO FETAL	5.649	26	1.156	1.182
8	O75	OTRAS COMPLICACIONES DEL TRABAJO DE PARTO Y DEL PARTO, *NCP	4.377	46	1.131	1.177
9	O66	OTRAS OBSTRUCCIONES DEL TRABAJO DE PARTO	3.957	39	763	802
10	O41	OTROS TRASTORNOS DEL LIQUIDO AMNIOTICO Y DE LAS MEMBRANAS	3.458	31	758	789

Fuente: Anuario de Estadísticas Hospitalarias: Camas y Egresos – INEC 2004

Elaborado: Susana Costales R.

**CUADRO N. 2****Principales causas de egresos hospitalarios de adolescentes, por causas de embarazo, parto o puerperio**

AÑO 2005			TOTAL EGRESOS	10 a 14 AÑOS	15 a 19 AÑOS	10 a 19 AÑOS
1	O80	PARTO UNICO ESPONTÁNEO	104.926	718	24.495	25.213
2	O82	PARTO UNICO POR CESAREA	47.740	268	6.595	6.863
3	O06	ABORTO NO ESPECIFICADO	26.923	216	4.610	4.826
4	O33	ATENCIÓN MATERNA POR DESPROPORCION, CONOCIDA O PRESUNTA	7.959	141	2.427	2.568
5	O47	FALSO TRABAJO DE PARTO	9.686	104	2.208	2.312
6	O41	OTROS TRASTORNOS DEL LIQUIDO AMNIOTICO Y DE LAS MEMBRANAS	9.895	82	2.143	2.225
7	O23	INFECCIÓN DE LAS VÍAS GENITOURINARIAS EN EL EMBARAZO	6.636	89	1.863	1.952
8	O68	TRABAJO DE PARTO Y PARTO COMPLICADOS POR SUFRIMIENTO FETAL	5.602	33	1.254	1.287
9	O66	OTRAS OBSTRUCCIONES DEL TRABAJO DE PARTO	4.793	45	1.029	1.074
10	O32	ATENCIÓN MATERNA POR PRESENTACION ANORMAL DEL FETO, CONOCIDA O PRESUNTA	3.926	30	826	856

Fuente: Anuario de Estadísticas Hospitalarias: Camas y Egresos – INEC 2005

Elaborado: Susana Costales R.

**CUADRO N. 3****Principales causas de egresos hospitalarios de adolescentes, por causas de embarazo, parto o puerperio**

AÑO 2006			TOTAL EGRESOS	10 a 14 AÑOS	15 a 19 AÑOS	10 a 19 AÑOS
1	O80	PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO	113.879	885	26.235	27.120
2	O82	PARTO ÚNICO POR CESÁREA	51.094	324	7.180	7.504
3	O06	ABORTO NO ESPECIFICADO	25.782	240	4.463	4.703
4	O47	FALSO TRABAJO DE PARTO	11.007	115	2.644	2.759
5	O33	ATENCIÓN MATERNA POR DESPROPORCIÓN CONOCIDA O PRESUNTA	8.681	186	2.464	2.650
6	O23	INFECCIÓN DE LAS VIAS GENITOURINARIAS EN EL EMBARAZO	7.849	116	2.281	2.397
7	O68	TRABAJO DE PARTO Y PARTO COMPLICADOS POR SUFRIMIENTO FETAL	6.252	43	1.384	1.427
8	O41	OTROS TRASTORNOS DEL LÍQUIDO AMNIÓTICO Y DE LAS MEMBRANAS	4.754	55	1.039	1.094
9	O66	OTRAS OBSTRUCCIONES DEL TRABAJO DE PARTO	4.875	44	961	1.005
10	O99	OTRAS ENFERMEDADES MATERNAS *CP, PERO QUE COMPLICAN EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	3.027	36	964	1.000

Fuente: Anuario de Estadísticas Hospitalarias: Camas y Egresos – INEC 2006

Elaborado: Susana Costales R.

**CUADRO N. 4****Principales causas de egresos hospitalarios de adolescentes, por causas de embarazo, parto o puerperio**

AÑO 2007			TOTAL EGRESOS	10 a 14 AÑOS	15 a 19 AÑOS	10 a 19 AÑOS
1	O80	PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO	112.966	884	26.669	27.553
2	O82	PARTO ÚNICO POR CESÁREA	54.764	343	7.874	8.217
3	O06	ABORTO NO ESPECIFICADO	23.698	231	4.135	4.366
4	O33	ATENCIÓN MATERNA POR DESPROPORCIÓN CONOCIDA O PRESUNTA	9.373	200	2.652	2.852
5	O47	FALSO TRABAJO DE PARTO	10.957	122	2.576	2.698
6	O23	INFECCIÓN DE LAS VIAS GENITOURINARIAS EN EL EMBARAZO	7.490	113	2.267	2.380
7	O68	TRABAJO DE PARTO Y PARTO COMPLICADOS POR SUFRIMIENTO FETAL	7.002	43	1.550	1.593
8	O99	OTRAS ENFERMEDADES MATERNAS *CP, PERO QUE COMPLICAN EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	3.155	48	1.064	1.112
9	O14	HIPERTENSIÓN GESTACIONAL (INDUCIDA POR EL EMBARAZO) CON PROTEINURIA SIGNIFICATIVA	5.080	44	980	1.024
10	O20	HEMORRAGIA PRECOZ DEL EMBARAZO	5.069	36	972	1.008

Fuente: Anuario de Estadísticas Hospitalarias: Camas y Egresos – INEC 2007

Elaborado: Susana Costales R.

**CUADRO N. 5****Principales causas de egresos hospitalarios de adolescentes, por causas de embarazo, parto o puerperio**

AÑO 2008			TOTAL EGRESOS	10 a 14 AÑOS	15 a 19 AÑOS	10 a 19 AÑOS
1	O80	PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO	112.037	1.024	26.900	27.924
2	O82	PARTO ÚNICO POR CESÁREA	58.945	389	8.009	8.398
3	O06	ABORTO NO ESPECIFICADO	24.167	243	4.300	4.543
4	O47	FALSO TRABAJO DE PARTO	11.235	127	2.582	2.709
5	O34	ATENCIÓN MATERNA POR ANORMALIDADES CONOCIDAS O PRESUNTAS DE LOS ÓRGANOS PELIVIANOS DE LA MADRE	10.339	14	885	899
6	O33	ATENCIÓN MATERNA POR DESPROPORCIÓN CONOCIDA O PRESUNTA	9.979	224	2.860	3.084
7	O23	INFECCIÓN DE LAS VIAS GENITOURINARIAS EN EL EMBARAZO	9.416	156	2.758	2.914
8	O02	OTROS PRODUCTOS ANORMALES DE LA CONCEPCIÓN	8.207	54	1.114	1.168
9	O68	TRABAJO DE PARTO Y PARTO COMPLICADOS POR SUFRIMIENTO FETAL	5.960	35	1.287	1.322
10	O20	HEMORRAGIA PRECOZ DEL EMBARAZO	5.363	47	948	995

Fuente: Anuario de Estadísticas Hospitalarias: Camas y Egresos – INEC 2008

Elaborado: Susana Costales R.

### **ANEXO 3**

Principales consideraciones relacionadas con el embarazo en las mujeres, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) establece en una de sus actas.

**Artículo 11, numeral 2, inciso a).**- Prohibir, bajo pena de sanciones, el despido por motivo de embarazo o licencia de maternidad y la discriminación en los despidos sobre la base del estado civil.

**Artículo 11, numeral 2, inciso d).**- Prestar protección especial a la mujer durante el embarazo en los tipos de trabajos que se haya probado puedan resultar perjudiciales para ella.

#### **Artículo 12**

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.
2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.