

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DEL LITORAL
Facultad de Ciencias Sociales y Humanísticas



**“EMBARAZO ADOLESCENTE EN EL ECUADOR:
ELEMENTOS PARA UNA AGENDA DE POLÍTICAS PÚBLICAS”**

PROYECTO DE TITULACIÓN

**Previa la obtención del Título de:
MAGISTER EN POLÍTICAS Y GESTIÓN PÚBLICA**

Presentado por:

**ESTEFANI SCHEREZADE HIDALGO GARCÍA
KARINA ELIZABETH GONZÁLEZ LOJÁN**

Guayaquil – Ecuador

2018

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por guiarme siempre en rumbo hacia el horizonte que debo seguir; A mis padres, principalmente mi madre, por haberme dado las herramientas necesarias para enfrentarme ante la adversidad y prosperidad con vigor; y, a mi esposo por ser mi apoyo y compañero.

Estefanía Scherezade Hidalgo García

A la vida por darme más experiencias, por abrirme las puertas de Guayaquil y su gente, por expandir mi mente, gracias ESPOL.

Karina Elizabeth González Loján

DEDICATORIA

A mi hija, Valeska Scherezade, quien me acompañó desde
mi vientre en toda esta travesía convirtiéndose en mi
motivación e inspiración.

A las mujeres, comprendiendo ahora la fortaleza que
nuestro género requiere para dar vida y mantenerla.

Estefanía Scherezade Hidalgo García

A las adolescentes, y madres adolescentes, especialmente,
porque me enseñaron que la mujer es fuerte, sin importar la
edad.

Este esfuerzo, para mi familia en Loja y Guayaquil, y a mi
amado esposo, por siempre confiar en mí.

Karina Elizabeth González Loján

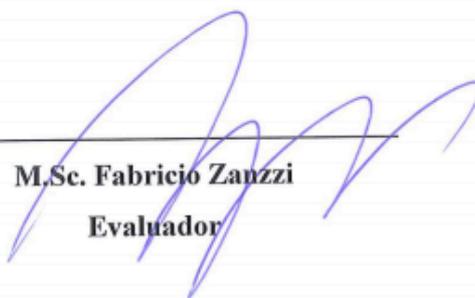
COMITÉ DE EVALUACIÓN



M.Sc. María Elena Romero
Presidente del Tribunal



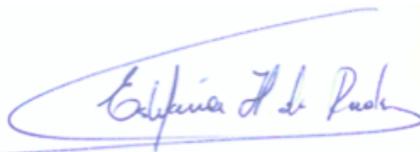
M.Sc. José Luis Castillo
Tutor del Proyecto



M.Sc. Fabricio Zauzzi
Evaluador

DECLARACIÓN EXPRESA

“La responsabilidad del contenido de este Trabajo de Titulación, corresponde exclusivamente a los autores, y al patrimonio intelectual de la misma **ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DEL LITORAL**”



Estefani Scherezade Hidalgo García



Karina Elizabeth González Loján

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO	II
DEDICATORIA	III
DECLARACIÓN EXPRESA	V
ÍNDICE GENERAL	VI
RESUMEN.....	VIII
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES.....	IX
ÍNDICE DE TABLAS	X
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	11
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	13
1.3 OBJETIVOS.....	14
1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	14
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	16
2.1 MARCO CONCEPTUAL.....	16
2.1.1 ADOLESCENCIA.....	16
2.1.2 DESIGN THINKING (PENSAMIENTO DE DISEÑO).....	17
2.1.3 EDUCACIÓN SEXUAL.....	18
2.1.4 EMBARAZO ADOLESCENTE	18
2.1.5 GÉNERO	18
2.1.6 PENSAMIENTO SISTÉMICO (SYSTEMS THINKING).....	19
2.1.7 POLÍTICAS PÚBLICAS	19
2.1.8 SEXUALIDAD.....	19
2.1.9 TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD.....	20
2.1.10 METODOLOGÍA LEVERAGE POINT	20
2.1.11 TEORÍA DEL CAMBIO	20
2.2 RESEÑA HISTÓRICA.....	21
2.2.1 MARCO JURÍDICO INTERNACIONAL.....	24
2.2.2 LEGISLACIÓN ECUATORIANA.....	28
2.3 TEORÍA DEL COMPORTAMIENTO	33
2.4 MODELO DE INFLUENCIA.....	35
2.5 ANÁLISIS DE OBJETIVOS Y ESPECIFICACIONES DE CRITERIOS Y DE ALTERNATIVAS	36
2.6 HIPÓTESIS.....	38
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	40
3.1 PENSAMIENTO SISTÉMICO PARA ANÁLISIS DE LA PROBLEMÁTICA: DEFINICIÓN DEL SISTEMA	40
3.1.1 MAPEO DE ACTORES.....	47
3.1.2 ENCUESTA ESANUT 2012.....	53
3.1.3 INTERACCIÓN DE ACTORES.....	66
3.1.4 DIAGNÓSTICO	70
3.2 EVALUACIÓN DE PROGRAMAS APLICADOS HASTA LA ACTUALIDAD.....	76
3.3 CASOS DE ÉXITO O BUENAS PRÁCTICAS INTERNACIONALES.....	84

3.3.1 POLÍTICAS SOCIALES.....	84
3.3.2. POLÍTICAS DE SALUD.....	86
3.3.3 POLÍTICAS DE EDUCACIÓN	87
3.3.4. POLÍTICAS LABORALES.....	89
3.4 QUALITIVE RESEARCH PARA GENERAR SOLUCIONES	91
3.4.1 ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD A ACTORES CLAVE.....	91
CAPÍTULO IV: PROPUESTA	98
4.1 PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DE SOLUCIONES.....	98
4.1.1 POLÍTICA EN EDUCACIÓN.....	98
4.1.2 POLÍTICA LABORAL.....	103
4.1.3 POLÍTICAS SOCIALES.....	110
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	114
5.1 CONCLUSIONES.....	114
5.2 RECOMENDACIONES	115
REFERENCIAS.....	116
ANEXOS.....	120

RESUMEN

El embarazo en adolescentes es una prioridad de salud pública en la región de América Latina y el Caribe, esta región ocupa el segundo lugar a nivel mundial. “Según el Centro de Estadísticas para América Latina y el Caribe (CEPAL), el Ecuador es el tercer país a nivel de la región con la tasa más alta de embarazo en adolescentes (10-19 años). (...)” (Ministerio de Salud Pública, 2017).

El embarazo adolescente, no solo tiene incidencias en la salud de la madre y del bebé, también, tiene implicancias socioculturales y psicológicas con elevado costo personal, educacional, familiar y social (Molina, 2004). Ante un embarazo adolescente queda la opción de dar continuidad al embarazo, sin embargo, hay más caminos que se les presentan a los adolescentes; como: abortar, dar en adopción al hijo(a), ser padres, el matrimonio, ir a trabajar, ser madre soltera; cada una con sus propios riesgos.

Según el CENSO 2010 respecto al grupo etario de 15 a 19 años, por cada 1000 mujeres ocurrieron 72 nacimientos, es importante resaltar que, por cada 10 niños de madres entre 20 y 44 años, nacen 8 niños de madres entre 15 y 19 años (área urbana). Frente a esto, el Estado debe asumir un enfoque de protección al ser los adolescentes, parte del grupo de atención prioritaria según nuestra Constitución, prever y proveer políticas, programas, y acciones que reduzcan los riesgos de una adolescente embarazada.

En esta tesis, se presenta evidencia cualitativa con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT-ECU 2012) tenemos que: el 80% de mujeres que fueron madres adolescentes (15-19 años) no retomaron sus estudios porque no tenían con quien dejar el niño(a); el 62% de mujeres no retomaron los estudios porque no tenían quien cuide al bebé; el 58% de mujeres recibieron información sobre salud sexual y reproductiva; el 78% conocía de métodos anticonceptivos; y, las parejas de éstas mujeres el 51%, tenían entre 15 y 20 años de edad, eran igualmente adolescente.

La metodología de esta investigación implica: diagnóstico cualitativo, mapeo de actores, configuración de sistema, revisión de literatura y buenas prácticas internacionales análisis, y, lever points; bajo en enfoque del pensamiento sistémico, que nos permite observar las diferentes raíces del problema para plantear elementos de una agenda de políticas públicas, en los ámbitos de educación, laboral, y social. Las propuestas se detallarán más adelante, y van de la mano de la propuesta de reforma al Código de Trabajo.

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Instrucción superior de madres adolescentes vs adolescentes	12
Ilustración 2: Pirámide de Maslow	33
Ilustración 3: Factores del embarazo en el adolescente	35
Ilustración 4: Análisis de objetivos	37
Ilustración 5: Mapeo de actores.....	49
Ilustración 6: Embarazo adolescente según el pensamiento sistémico.....	42
Ilustración 7: Punto de partida del sistema de embarazo adolescente	43
Ilustración 8: Educación y trabajo de los padres adolescentes vs los que no son padres adolescentes	44
Ilustración 9: Gestión e interacción de actores.....	47
Ilustración 10: Edad de la madre al primer nacimiento de su hijo	70
Ilustración 11: Establecimiento de atención durante el parto	72
Ilustración 12: Motivos por los que no terminaron el bachillerato	73
Ilustración 13: ¿Por qué no retomaron sus actividades laborales?	73
Ilustración 14: Edad de la persona que la embarazó por primera vez	74
Ilustración 15: Reacción de la persona que la embarazó	75
Ilustración 16: Reacción de los familiares ante el embarazo	75
Ilustración 17 Ofertas EBJA - Ministerio de Educación	79
Ilustración 18 Modalidad Bachillerato a Distancia-Virtual	80
Ilustración 19: Resumen de las acciones educativas en el marco de la situación del embarazo	82

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla.1: Análisis de actores	49
Tabla 2: Edad al primer nacimiento.....	54
Tabla 3: Motivos del por qué no retomaron sus estudios luego de su embarazo.....	56
Tabla 4: Motivos por los que no volvió a trabajar, luego del embarazo	57
Tabla 5: Relación con la persona con quien tuvo su primer hijo(a).....	58
Tabla 6: Edad de la persona que embarazó a la mujer	59
Tabla 7: Reacción de la persona que la embarazo	61
Tabla 8: ¿Cuándo quedó embarazada?	61
Tabla 9: Uso de anticonceptivos	62
Tabla 10: Razones del no uso de métodos anticonceptivos.....	62
Tabla 11: Recibió información sobre métodos anticonceptivos	63
Tabla 12: Fuente de información de métodos anticonceptivos.....	64
Tabla 13: Reacción de familia ante embarazo	65
Tabla 14: En su primer embarazo tuvo hijo nacido vivo.....	65
Tabla 15: Establecimiento donde fue atendido el parto	66
Tabla.16: Interacción de actores.....	67
Tabla 17: Propuesta #1 Política en Educación	100
Tabla 18: Propuesta #2 Acceso a los Programas de Educación Técnica.....	102
Tabla 19: Propuesta #3 Política Laboral.....	109
Tabla 20: Propuesta #4 Políticas Sociales.....	112

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente los adolescentes inician su actividad sexual a temprana edad sin la plena conciencia de los riesgos, tales como el embarazo no deseado y enfermedades de transmisión sexual. El embarazo no deseado, objeto de este estudio, lleva a los jóvenes a afrontar consecuencias tales como el abandono del sistema educativo, por consiguiente, a la disminución de oportunidades en el campo laboral. De acuerdo a la OMS, cada año dan a luz aproximadamente 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años, siendo la mayoría de los partos, de adolescentes que pertenecen a países de ingresos bajos y medianos (OMS, 2014). De manera que, el embarazo precoz es un problema complejo y de reconocida trascendencia, no solo tiene incidencias sobre la salud de la madre y del bebé, sino que también tiene implicancias socioculturales y psicológicas con elevado costo personal, educacional, familiar y social (Molina, y otros, 2004).

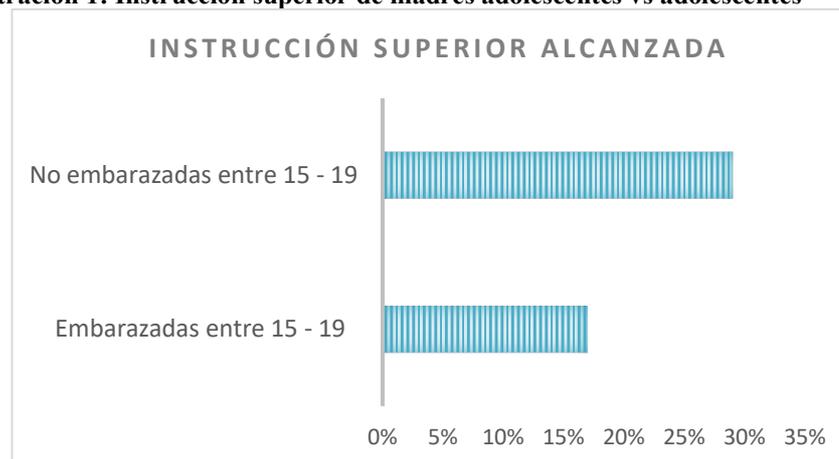
Este alto costo afecta directamente al Estado y según el estudio realizado se puede aducir que las políticas implementadas no alcanzan a cubrir las necesidades de los adolescentes para que se desarrollen como futuros profesionales, generando aporte a la sociedad más que un costo. Por este motivo es relevante plantear elementos funcionales que promuevan un mayor acceso a oportunidades a los jóvenes adolescentes, alimentando una agenda de políticas públicas dando soporte a los distintos caminos que podrían elegir los jóvenes. Estos caminos a elegir son: abortar, dar en adopción o ser padres; cada uno con sus propios riesgos. Sin duda, el Estado debe prever y proveer herramientas que reduzcan los importantes índices, con incidencias negativas, dentro del área de la salud, en el sistema educativo y en el campo laboral, en relación al embarazo y las opciones que tienen estos adolescentes.

Dentro del área de la salud, además de las enfermedades de transmisión sexual, la muerte materna a causa de un mal control durante el embarazo, y la desnutrición infantil, se presentan los casos de jóvenes que deciden abortar. Durante el aborto pueden presentarse malas prácticas médicas o casos de ausencia de medidas sanitarias adecuadas durante el proceso quirúrgico. Según el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) en su publicación “Sí a la opción, no al azar” del total de abortos practicados en malas condiciones,

a nivel mundial, el 40% corresponde a adolescentes y jóvenes, entre 15 y 29 años. Además, las afectaciones psicológicas suelen entorpecer más el desarrollo del adolescente.

Al establecer una comparación entre las adolescentes que tuvieron su primer embarazo entre los 15 y 19 años y las jóvenes que no tuvieron ningún embarazo, cuando tenían entre 15 y 19 años, los datos que obtenemos de la (ENSANUT, 2012), evidencian que el nivel de instrucción superior en adolescentes que tuvieron su primer embarazo entre los 15 y 19 años es el 17%, y, las jóvenes que no tuvieron ningún embarazo en ese rango de edad, representan el 29%, es decir, las mujeres que no tuvieron hijos(as) en la adolescencia alcanzaron mejores resultados en estudios superiores. Estos datos concuerdan con Singh (1990), citado por CEPAL (CEPAL, 2004, pág. 24), quien señaló que “las mujeres que tienen hijos cuando son adolescentes terminan recibiendo mucha menos instrucción que las que posponen la maternidad”.

Ilustración 1: Instrucción superior de madres adolescentes vs adolescentes



Fuente: ESANUT, 2012

Dentro del campo laboral, alrededor del 32% de las jóvenes que presentaron un embarazo entre 15 y 19 años, gozaron de un trabajo formal. En contraste, las adolescentes que no tuvieron un embarazo precoz, el 51% consiguió un trabajo formal. En consecuencia, las adolescentes con un embarazo a temprana edad tienen menos oportunidades en el mercado laboral, aproximadamente perciben 1.5 veces menos ingresos en comparación con las jóvenes que no tuvieron embarazo en ese rango de edad (ENSANUT, 2012), situación que hace más difícil que una madre adolescente deje el círculo de la pobreza, representando una carga social para el Estado.

De acuerdo a la CEPAL, entre los países con mayores porcentajes de maternidad en mujeres entre 15 y 19 años está Ecuador con un 17%. En Ecuador, según el Censo de

Población y Vivienda del 2010, respecto al grupo etario de 15 a 19 años, por cada 1000 mujeres ocurrieron 72 nacimientos, mientras que en el grupo de 10 a 14 años el número de nacidos vivos fue de 2 por 1000 mujeres, por lo tanto, la tasa de fecundidad de las adolescentes entre 15 y 19 años es mayor en comparación del grupo de edad de 10 a 14 años. Es importante resaltar que, en Ecuador, por cada 10 niños de madres entre 20 y 44, nacen 8 niños de madres entre 15 y 19 años (área urbana).

La presente tesis se enmarca en la etapa de la adolescencia considerando más relevante la implementación de políticas y estrategias enfocadas en los individuos que pertenecen a la adolescencia tardía, de 15 a 19 años. En relación al entorno rural o urbano, los datos muestran que en el área rural la tasa es mayor, no obstante, las políticas públicas que se expondrán están delimitadas al área urbana. En el país, han existido esfuerzos por reducir el embarazo precoz, en particular, se han centrado en políticas públicas enfocadas a la prevención del embarazo, no obstante, ha existido poca atención en el diseño de estrategias que ayuden a los adolescentes a superarse después del embarazo, tal es la reinserción de los jóvenes al sistema educativo para que tengan la oportunidad de gozar de un trabajo formal con un salario que les permita subsistir.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Según el Informe “Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes” (Plan; UNICEF, 2014) “Una de las principales razones por las que el embarazo y la maternidad adolescentes han sido considerados como un problema social es que, en la mayoría de los casos, la situación de embarazo-maternidad puede impedir o al menos dificultar la trayectoria escolar de las/los adolescentes, especialmente de las mujeres, y en general afectar su proyecto de vida. Así, esta situación puede, a su vez, desembocar en problemas de desarrollo profesional e inserción laboral, lo que va asociado a la reproducción de la pobreza, al no ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y otros factores, como la falta de expectativas, frustración y desmotivación...”.

Por lo tanto, esta tesis busca abordar la problemática del embarazo adolescente en el Ecuador desde una perspectiva más amplia, a la comúnmente analizada. Con frecuencia, los estudios realizados buscan alternativas para prevenir el embarazo adolescente, mientras que se descuida a los jóvenes que ya decidieron afrontar la maternidad y paternidad adolescente; éstos adolescentes enfrentan una realidad sumamente compleja donde además de enfrentar una nueva etapa emocional descubriendo ¿cómo ser padres?, deben encontrar

la manera para insertarse al mundo laboral, aun cuando ni si quiera, han terminado el bachillerato y probablemente muchos de ellos no logren hacerlo, dado que la maternidad y paternidad cambian las prioridades y planes de vida en casi todos los seres humanos.

Nuestro centro de investigación es la población adolescente de entre 15 y 19 por una razón fundamental, la adolescencia se ve envuelta en una serie de riesgos que se deben prevenir; intervenir en la población adolescente, es preservar el futuro de la sociedad, así lo expresa, en una de sus motivaciones la Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes (ACNUR, 2018) , “(...) los jóvenes conforman un sector social que tiene características singulares en razón de factores psico-sociales, físicos y de identidad que requieren una atención especial por tratarse de un período de la vida donde se forma y consolida la personalidad, la adquisición de conocimientos, la seguridad personal y la proyección al futuro”.

Al ser los adolescentes parte de un entorno social, determinaremos los actores sociales e institucionales que interactúan con mayor incidencia, en esta problemática, para así, encaminar las propuestas de manera efectiva.

Según el estudio realizado, se considera fundamental implementar elementos de una agenda de políticas públicas que provea herramientas que permitan a los padres adolescentes continuar con sus estudios, insertarse en el campo laboral y enfrentar la presión social. Esto generaría un aporte muy significativo, expandiendo oportunidades de desarrollo para este grupo prioritario. Por lo tanto, también generaría aporte para el Estado en el sector educativo, laboral y de la salud.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Fortalecer las políticas públicas ecuatorianas entorno al embarazo adolescente.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar las fortalezas y debilidades de la permanencia y acceso a la educación secundaria de las adolescentes que se encuentran embarazadas, de 15 a 19 años de edad.
- Realizar un análisis del efecto que tiene un embarazo en la vida de las y los adolescentes en su proyecto de vida.

- Proponer una reforma en la ley laboral con el fin de promover un campo más amplio de oportunidades para los padres y madres adolescentes.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 MARCO CONCEPTUAL

Los fundamentos teóricos que servirán de base para plantear y estudiar la problemática son los siguientes:

2.1.1 ADOLESCENCIA

(Organización Mundial de la Salud, 2017) Define: “La adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos”.

Los determinantes biológicos de la adolescencia son prácticamente universales, en referencia a los cambios físicos y conductuales; en cambio, el tiempo que dura la adolescencia y las características propias de esta etapa, varían de una persona a otra y se ven influenciada por la cultura y las condiciones socioeconómicas.

En Ecuador, según el Código de Niñez y Adolescencia en su Art. 4 “Adolescente es la persona de ambos sexos entre doce y dieciocho años de edad” (Registro Oficial, 2003).

El embarazo en la adolescencia, es el embarazo que se producen en este rango de edad 10 a 18 años.

Por las características de la adolescencia según la edad, se pueden distinguir tres períodos, que se mencionan en el artículo “Embarazo en la Adolescencia” (Issler, 2001), así tenemos:

1. Adolescencia Temprana (10 a 13 años). Es el periodo prepuberal, con los evidentes cambios corporales y funcionales como la llegada de la menstruación. Psicológicamente, el adolescente pierde interés por los padres e inicia amistades con personas del mismo sexo. Intelectualmente, aumentan sus destrezas cognitivas, sus ilusiones, sus aventuras; no controla sus impulsos. Personalmente, se empieza a preocupar por sus cambios corporales, esto le genera grandes incertidumbres al verse y compararse con los otros.
2. Adolescencia media (14 a 16 años). Es la adolescencia propiamente dicha; se completa el crecimiento y desarrollo físico. Psicológicamente, es la etapa de mayor

relación con sus pares, los conflictos que se presentan se resuelven con sus padres. Citaremos a (Issler, 2001) donde afirma, "(...) Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo".

3. Adolescencia tardía (17 a 19 años). En general, no se dan cambios corporales y admiten su imagen corporal; vuelve a crecer la relación con los padres y su visión de vida es objetiva; las relaciones íntimas se vuelven más importantes y el grupo de pares o las galladas van siendo menos importantes; desarrollan sus propias convicciones, valores y creencias con metas reales.

A propósito del embarazo adolescente, el autor (Issler, 2001), afirma "(...) una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes".

2.1.2 DESIGN THINKING (PENSAMIENTO DE DISEÑO)

(PDMA, 2005) "En términos generales, el pensamiento de diseño se aplica en situaciones en las que el problema u oportunidad no es definitivo y se necesita una idea o conectividad innovadora, es decir, una idea que tenga un impacto significativo y positivo, como la creación de un nuevo mercado o que permite un crecimiento significativo de los ingresos."

(PDMA, 2005) "El diseño de pensamiento como un enfoque sistemático y colaborativo para identificar y creativamente "resolver problemas" incluye dos fases principales: identificación de problemas y resolución de problemas. Ambas fases son críticas, pero en la práctica, la mayoría de las personas y el equipo del proyecto dentro de la empresa están más inclinados a centrarse en lo último, es decir, en la resolución de problemas."

El pensamiento de diseño, es holístico también, dado que, para plantear soluciones creativas a los problemas sociales o institucionales, implica que conozcamos el problema en todo su contexto, de tal manera, que al adentrarnos en todos los elementos del problema y analizarlos, podemos plantear soluciones objetivas y de mayor impacto.

2.1.3 EDUCACIÓN SEXUAL

En el Informe “Orientaciones Técnicas Internacionales Sobre la Educación en Sexualidad” (UNESCO, 2010) Define la educación en sexualidad como “un enfoque culturalmente relevante y apropiado a la edad del participante, que enseña sobre el sexo y las relaciones interpersonales a través del uso de información científicamente rigurosa, realista y sin prejuicios de valor. La educación en sexualidad brinda a la persona la oportunidad de explorar sus propios valores y actitudes y desarrollar habilidades de comunicación, toma de decisiones y reducción de riesgos respecto de muchos aspectos de la sexualidad”.

2.1.4 EMBARAZO ADOLESCENTE

El embarazo adolescente es considerado como un embarazo anticipado a lo socialmente instituido en temas de reproducción y que produce un sin número de resultados indeseados tanto para los padres como para el niño (Camarano, 1998) convirtiéndose en un problema de salud pública, económico, de políticas públicas, socio - antropológico, de género, sexualidad y educación; en otras palabras, el embarazo adolescente es un problema complejo de abordar y no solamente un problema de responsabilidad sexual del adolescente.

2.1.5 GÉNERO

Según el Diccionario de Lengua Española (Real Academia Española, 2018) se conceptualiza a el género como “Conjunto de seres que tienen uno o varios caracteres comunes. Grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico. (...)”.

Marcela Lagarde, activista feminista, define (Lagarde, 1990) “Cuando hablamos de género nos estamos refiriendo a una relación abstracta que es producto de la evolución histórica (...)” “El género es el conjunto de atributos, de atribuciones, de características asignadas al sexo.”

El concepto de género es importante en este estudio por cuanto, las inequidades de género y el patriarcado fortalecen las causas que motivan el embarazo adolescente, este análisis se lo verá expresado en esta investigación.

2.1.6 PENSAMIENTO SISTÉMICO (SYSTEMS THINKING)

Para (Ackoff, 1999) “(...) los sistemas se componen de elementos que son interactivos, interdependientes e integradores.” Para (Hook, 2003) “Esta es una definición común resonante en todo el campo del pensamiento de sistemas correctamente aplicado”.

De igual manera, siguiendo el pensamiento de (Ackoff, 1999) "Un sistema es más que la suma de sus partes; es el producto de sus interacciones".

Por eso el pensamiento sistémico es holístico, intenta y busca la comprensión de todo el tema de estudio, en este caso, de los problemas sociales, para desde esta comprensión profunda reflexionar, proponer.

2.1.7 POLÍTICAS PÚBLICAS

Mauricio Merino plantea profundas reflexiones sobre las políticas públicas en su Ensayo sobre la intervención del Estado en la Solución de Problemas Públicos (MERINO, 2013), destacando este concepto “Una política pública puede ser definida como una intervención deliberada del Estado para corregir o modificar una situación social o económica que ha sido reconocida como problema público”. Merino además, hace una aclaración, “pero no cualquier intervención, regulación o acción pública es una política pública. Para responder a ese nombre han de ser decisiones tomadas por los órganos ejecutivos o representativos del Estado.

Los autores (LAFUENTE, AGOSTA, & ROJAS, 2012) al definir las políticas públicas, señalan “(...) las políticas públicas como planes para alcanzar objetivos de interés público que posteriormente son implementados, evaluados y, de ser necesario, corregidos. Dichos diseños para la acción no son procesos totalmente racionales, sino que están sujetos a fuertes influencias políticas entre las que es importante lograr un equilibrio con el conocimiento técnico.

2.1.8 SEXUALIDAD

La (World Health Organization, 2002) Define: “La sexualidad es un aspecto central del ser humano durante toda la vida y engloba el sexo, las identidades y roles de género, la sexualidad orientación, erotismo, placer, intimidad y reproducción. La sexualidad se experimenta y se expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad está influenciada por la

interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.”.

La sexualidad abarca todos los aspectos mencionados, sin embargo, no es necesario que se perciban ni se expresen todos. En conclusión, la sexualidad expresa todo lo que somos, nuestros valores, sentimientos, pensamientos y acciones.

2.1.9 TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD

Brevemente partiremos por definir a la fecundidad, tomaremos la definición de Pressat quien define: “fenómeno relacionado con los nacimientos vivos considerados desde el punto de vista de la mujer, de la pareja o muy excepcionalmente del hombre” citado en (Aguinaga, 1995).

Para analizar la fecundidad existen varios indicadores, nosotros nos concentraremos en dos. “Las tasas específicas de fecundidad y la tasa global de fecundidad (TGF) son indicadores para analizar los niveles y tendencias de la fecundidad” para Rutstein citado en (Ministerio de Salud Pública, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2014). Los indicadores significan:

- Tasa global de fecundidad (TGF): Es el número promedio de hijos tenidos por las mujeres en edad fértil en una población (Bay, Popolo, & Ferrando, 2004).
- Tasa específica de fecundidad: Se calcula como la razón entre los hijos tenidos en un período por cada grupo quinquenal de edad de las mujeres y el tiempo expuesto por las Mujeres en el mismo período, clasificado por grupos de edad, (Ministerio de Salud Pública, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2014).

2.1.10 METODOLOGÍA LEVERAGE POINT

Es una parte del sistema donde se puede aplicar elementos de solución para lograr un gran cambio hacia el comportamiento deseado o los resultados aplicando relativamente pocos recursos por medio de niveles de intervención.

2.1.11 TEORÍA DEL CAMBIO

Para el Center for Theory of Change, tomando de referencia las presentaciones de su portal institucional (Center for Theory of Change, 2018). La Teoría del Cambio es “...un proceso de planificación creado específicamente para el cambio de la comunidad. La teoría

del cambio no es una teoría general de cómo sucede el cambio; más bien, es la teoría específica para impulsar un cambio. La Teoría del cambio es útil para establecer objetivos, planificación estratégica y evaluación de programas”.

2.2 RESEÑA HISTÓRICA

En este capítulo se expone un análisis histórico de cómo se han abordado en el país, las políticas públicas referentes a la temática del embarazo adolescente.

El Estado ecuatoriano a través de la institucionalidad pública ha ido reconociendo progresivamente la necesidad de intervenir en un aspecto que inicialmente es visto como privado en la vida de las personas, es decir, el ejercicio de la sexualidad; sin embargo, deja de ser un tema privado, cuando la incidencia de embarazos adolescentes es alta y altera la vida de las personas y las familias. En el Informe “Prevención educativa del embarazo precoz en estudiantes del nivel básico superior” (Ubillus, Zambrano, Sánchez, & Villegas, Prevención educativa del embarazo precoz en estudiantes del nivel básico superior, 2016) se precisa: “Existe sobrada evidencia de los riesgos para la salud que esta situación conlleva, destacando el incremento de la probabilidad de aborto involuntario, de muerte intraparto, de trastornos digestivos, de embarazos extrauterinos, de infecciones, de hemorragias posparto y de distocias. Sin embargo, los efectos socioeconómicos tampoco deben ser obviados, pues con la maternidad o paternidad, aparecen múltiples obstáculos para iniciar o continuar la formación escolar, se hace más probable la precarización del trabajo y se incrementa el riesgo de caer o continuar en la pobreza”. Por esto, el embarazo adolescente en la mayoría de casos altera el proyecto de vida de los adolescentes.

Las circunstancias que general e históricamente han motivado la mayoría de embarazos adolescentes, se recogen en Informe “Prevención educativa del embarazo precoz en estudiantes del nivel básico superior” (Ubillus, Zambrano, Sánchez, & Villegas, Prevención educativa del embarazo precoz en estudiantes del nivel básico superior, 2016) “Dentro de las posibles causas que influyen en la aparición de los embarazos no planeados se mencionan factores personales, familiares y sociales. Entre los más sobresalientes están la limitada educación de la sexualidad, las cuestiones de género, la doble moral sexual, la baja autoestima, el acceso limitado a servicios especializados de salud sexual y reproductiva destinados a los jóvenes, la escasa prevención con que estos llevan a efecto sus prácticas sexuales, el bajo uso de métodos anticonceptivos seguros, así como la edad de la primera experiencia sexual y como marco el nivel socioeconómico”.

Para abordar el tema del embarazo adolescente lo haremos desde una perspectiva holística y sistémica para una mejor comprensión no solo del adolescente sino de todo el contexto social que interviene, así lo indica también el Informe “Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes” (Plan; UNICEF, 2014) “... hay factores contextuales relevantes, como el acceso a una educación sexual integral, a los distintos métodos de planificación familiar y, sobre todo, a la garantía del ejercicio de sus derechos. Asimismo, el embarazo y la maternidad adolescentes se encuentran mediados por un conjunto de representaciones culturales...”.

Al hablar del embarazo adolescente, las intervenciones educativas son fundamentales, sobre todo en educación sexual, así, precisan (Plan; UNICEF, 2014) “...se requiere un abordaje multidimensional que implica profundizar la educación para la sexualidad...”, en referencia a que se debe mejorar las políticas en educación, es precisamente por esto, que las acciones en Ecuador para abordar la problemática empiezan desde la perspectiva educativa.

En el Informe de la investigación “Prevención educativa del embarazo precoz en estudiantes del nivel básico superior” (Ubillus, Zambrano, Sánchez, & Villegas, 2016) los autores proponen una precisa caracterización de la evolución histórica del proceso de educación de la sexualidad en el nivel básico superior en Ecuador. “... Se consideraron tres hitos histórico-pedagógicos que marcan el tránsito de los períodos históricos, referidos a la educación de la sexualidad en el nivel básico superior en el contexto ecuatoriano. Estos son: (1) la creación de la cátedra de Educación Sexual en la Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación de la Universidad de Guayaquil, en 1974; (2) la creación del Plan Nacional de Educación de la Sexualidad y el Amor, que posteriormente fue elevado a la categoría de Programa, en el año 2000, con el decreto 3152; y, (3) el establecimiento del acuerdo ministerial 403, que institucionaliza la educación de la sexualidad en todos los planteles del país...; coincidentemente con el año en que se implanta el plan decenal de educación 2006-2015”. (Ubillus, Zambrano, Sánchez, & Villegas, Prevención educativa del embarazo precoz en estudiantes del nivel básico superior, 2016).

Estos mismos autores, también determinan y delimitan tres períodos, de la evolución del abordaje de la sexualidad desde la intervención estatal, que sintetizamos a continuación:

Primer período (1974-1999). Iniciación de la educación de la sexualidad formalizada en el Ecuador.

- En el año 1974, se crea la Cátedra de Educación Sexual en la facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación de la Universidad de Guayaquil.
- En el año 1998 comienza a cobrar relevancia la educación de la sexualidad con el Plan Nacional de Educación para la Sexualidad y el Amor, el objetivo principal de este programa fue incluir en el currículo nacional de estudios de la educación básica la “Educación para la sexualidad”.

Segundo período (2000-2005). La educación de la sexualidad sustentada en el impulso a los programas educativos nacionales.

- En el año 2000, con el Decreto 3152, se aprueba la creación del Plan Nacional de Educación de la Sexualidad y el Amor, y luego fue elevado a Programa.
- En el año 2005, mediante Decreto Ejecutivo número 2717, se promulga la Política Nacional de Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos.
- Mediante acuerdo ministerial del 23 de septiembre del año 2005, se establece al 26 de septiembre de cada año como el “Día de la Prevención del Embarazo en Adolescentes”.
- En el año 2006, el Congreso Nacional de ese entonces, decidió aprobar una resolución en la que se permitía que se impartiera la enseñanza de temas sobre sexualidad en los colegios del Ecuador.

Tercer período (2006-actualidad). Institucionalización de la educación de la sexualidad en la educación básica superior.

- En el año 2006 se establece el Acuerdo Ministerial 403, que dispone la institucionalización de la educación de la sexualidad en todos los planteles del país, ya sean fiscales, particulares, fiscomisionales municipales del Ecuador en los niveles de educación básica y bachillerato, sin embargo, el 40% de los planteles del país no cumple esta normativa (Educare, 2008) citado en (Ubillus, Zambrano, Sánchez, & Villegas, 2016).
- En el año 2006, se crea el Plan Decenal de Educación 2006-2015, éste, en su política número 6, titulada: “Mejoramiento de la calidad y equidad de la educación”, incorpora la educación de la sexualidad (Ministerio de Educación y Cultura, 2006).

- Desde el año 2007, los ministerios de Salud del Área Andina declararon esta problemática como prioritaria a nivel de la región y se construyó un Comité Andino de Prevención de Embarazo Adolescente; a la vez se construyó el Plan Andino y el Plan Nacional, los cuales posibilitan un trabajo integral e intersectorial.

Los autores de la investigación “Prevención educativa del embarazo precoz en estudiantes del nivel básico superior” (Ubillus, Zambrano, Sánchez, & Villegas, Prevención educativa del embarazo precoz en estudiantes del nivel básico superior, 2016) expresan, “A modo de resumen, se puede decir que es a partir de la última década del siglo XX, que recién se empieza a hacer conciencia sobre esta problemática y las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales empiezan a emprender acciones correctivas en el orden legal inicialmente, hasta llegar luego a concebir procesos metodológicos en las instituciones educativas, para abordar de forma efectiva esta realidad que está afectando a gran parte de la población estudiantil en el país.”

2.1 Marco Jurídico

Las adolescentes embarazadas, madres y padres adolescentes son sujetos de derecho y como tal, les asisten todos los derechos humanos y todos los derechos vigentes en el Ecuador, en este apartado, el objetivo es conocer las normas relativas y específicas para adolescentes embarazadas, madres y padres adolescentes en el país; para lo cual vamos a revisar el marco jurídico internacional y el marco legal ecuatoriano.

2.2.1 MARCO JURÍDICO INTERNACIONAL

En el marco internacional se promueve los Derechos Humanos y dentro de ellos los Derechos Sexuales y Reproductivos, que están contenidos en diversos instrumentos jurídicos internacionales, detallaremos los instrumentos más relevantes a nuestro tema de estudio.

El Organismo Andino de Salud y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) citado en (Castro Mantilla & Salinas Mulder, 2017), precisan que: “El Programa de Acción, de la Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo El Cairo 1994, es el primer instrumento internacional que alude directamente a los y las adolescentes y su salud sexual y reproductiva”. Existen otros instrumentos que abordan los tópicos de la adolescencia en forma más general, que los mencionaremos, más adelante.

Tomaremos como referente el Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo (Naciones Unidas, 1994) dado que establece medidas de

acción para los países signatarios sobre el embarazo adolescente. En el capítulo “Crecimiento y Estructura de la Población” sección de los niños y los jóvenes, uno de los objetivos de la Conferencia es alentar a los niños, adolescentes y jóvenes, en particular las jóvenes, a que continúen sus estudios a fin de que estén preparados para una vida mejor, e impedir los matrimonios a edad muy temprana y los nacimientos de gran riesgo y reducir la consiguiente mortalidad y morbilidad; para ello, “Los gobiernos deberían adoptar medidas para eliminar la discriminación contra las jóvenes embarazadas” (Naciones Unidas, 1994).

El Capítulo “De los Derechos Reproductivos y Salud Reproductiva”, es sumamente relevante, pone de base que: “los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso”. En la sección de los adolescentes, se insta a los países comprometerse para la reducción de los embarazos de adolescentes, y, promover los derechos de los adolescentes a la educación, la información y la asistencia en materia de la salud reproductiva.

Nos referiremos, ahora, a otros instrumentos internacionales relevantes a nuestra investigación, la Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer¹ (Naciones Unidas, s.f.) hace referencia al rol que tienen los Estados para tomar decisiones eficientes y erradicar la discriminación contra la mujer, de manera general, y, en el ámbito de la atención médica, de manera especial; para que las mujeres accedan a los servicios de planificación familiar y atención médica en todas las áreas, debe haber igual en el acceso al derecho de salud, de lo contrario, no hay avances.

La Conferencia de Viena en 1993 marcó un hito, pues se reconoció los derechos humanos de las mujeres. En esta conferencia se decretó que los derechos humanos de la mujer y de la niña son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales. Promoviendo la efectiva participación en condiciones de igualdad, de la mujer en la vida política, civil, económica, social y cultural en los niveles nacional, regional e internacional y la erradicación de todas las formas de discriminación basadas en el sexo, son objetivos prioritarios de la comunidad internacional (Naciones Unidas, 2013).

La Convención sobre los Derechos del Niño (1990), promueve la protección de los derechos humanos de los niños sobre su sexualidad. Esta convención, define: “se entiende

¹ El 18 de diciembre de 1979, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, que entró en vigor como tratado internacional el 3 de septiembre de 1981 tras su ratificación por 20 países. En 1989, décimo aniversario de la Convención, casi 100 naciones han declarado que se consideran obligadas por sus disposiciones.

por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad” citado en (UNICEF, 2018).

La Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes (2005), establece en varios de sus artículos derechos para las personas jóvenes en relación con su salud sexual y reproductiva, en el artículo 23 de esta convención, numeral 2 se señala: (ACNUR, 2018) “La educación sexual se impartirá en todos los niveles educativos y fomentará una conducta responsable en el ejercicio de la sexualidad, orientada a su plena aceptación e identidad, así como, a la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, el VIH (Sida), los embarazos no deseados y el abuso o violencia sexual”. Esta convención es importante, dado que reconoce y visibiliza la problemática del embarazo no deseado (adolescente) en la región, y, compromete a los estados a una intervención ágil desde los marcos normativos y las políticas públicas.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2005), fomenta que se tomen las medidas pertinentes para eliminar la discriminación de las personas con discapacidad en asuntos relacionados a la sexualidad y reproducción, y que debe procurar que las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas, mantengan su fertilidad, en igualdad de condiciones con las demás (Naciones Unidas, 2008), una adolescente embarazada y con discapacidad, necesita una intervención integral del Estado y la sociedad al atender esta doble condición.

En el año 2015 se adoptaron los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), sobre nuestro tema de estudio, el objetivo tres de la Agenda 2030 literalmente expresa “Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades” (Naciones Unidas; CEPAL, 2018), para lograrlo se establecen como metas de este objetivo, reducir la tasa mundial de mortalidad materna, y, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, aspectos que incluyen a la población adolescente.

El objetivo cuatro de los ODS es: “Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos” (Naciones Unidas; CEPAL, 2018) declaración que incluye a la etapa de la adolescencia, en la medida que, según afirman las autoras (Castro Mantilla & Salinas Mulder, 2017) “existe una mayoría de jóvenes que carecen de los conocimientos suficientes acerca de su salud sexual y reproductiva, hecho que los hace vulnerables a las infecciones de transmisión sexual, al embarazo en la adolescencia y a multitud de problemas más”, de esta manera las

metas de este objetivo se centran en el acceso y mayor cobertura de educación con enfoques de género y derechos humanos.

A nivel regional, contamos con la Estrategia de Montevideo², emanada de la XIII Conferencia Regional sobre la Mujer para la Implementación de La Agenda Regional de Género³ en el Marco del Desarrollo Sostenible 2030, se enfatizan los derechos de las mujeres y el rol de Estado en la garantía de derechos como los: “derechos sexuales y reproductivos con relación a: información y educación sexual integral; servicios de aborto seguros y de calidad, en los casos en que el aborto es legal o está despenalizado en la legislación nacional; anticoncepción; servicios sociales de salud integrados; mortalidad materna; orientación sexual e identidad de género; servicios universales y accesibles; discapacidad y vejez; erradicación del embarazo de niñas, prevención del embarazo y la maternidad adolescente; infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA; emergencias sanitarias; maternidad saludable; desarrollo tecnológico; distintos tipos de familia.” (Naciones Unidas; CEPAL, 2016).

Este pronunciamiento es muy contundente al exigir la erradicación del embarazo de niñas, prevención del embarazo y la maternidad adolescente, por lo que, los países adscritos a esta Conferencia deben a través de la institucionalidad de sus gobiernos generar la normativa jurídica y las políticas públicas para garantizar el cumplimiento de estos compromisos, y contribuir a mejorar la vida de las mujeres en todas las edades.

A continuación, se expone los principales compromisos internacionales suscritos por el Ecuador, referentes al tema de estudio y de equidad de género, (Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo, 2010).

- Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer, CEDAW (1979) (Naciones Unidas, s.f.)

²La Estrategia de Montevideo constituye una hoja de ruta para el cumplimiento efectivo de los compromisos regionales y mundiales con los derechos humanos y la autonomía de las mujeres, y contribuirá, con la puesta en práctica de acciones y medidas en sus diez ejes para la implementación, a situar a la igualdad de género en el centro del desarrollo sostenible en el horizonte 2030.

³ La Agenda Regional de Género comprende los compromisos de los Gobiernos de América Latina y el Caribe con los derechos y la autonomía de las mujeres, y la igualdad de género, que se aprobaron en las reuniones de la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, desde la primera Conferencia Regional sobre la Integración de la Mujer al Desarrollo Económico y Social de América Latina (La Habana, 1977) hasta la actualidad, en los términos en que los Gobiernos de la región se sumaron a ellos, que constan en 40 años de Agenda Regional de Género¹, y de acuerdo con su legislación vigente.

- Programa para la Acción de la Conferencia Internacional sobre la Conferencia de Población y el Desarrollo, CIPD (1994), sobre Derechos Sexuales y Reproductivos (Naciones Unidas, 1994)
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer Convención de Belém do Pará (1994). (OEA, 2018)
- Declaración y Plataforma para la Acción de Beijing (1995).
- Resolución 1325 sobre Mujer, Paz y Seguridad (2000).

Nuestro país acoge también, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) Agenda 2030, y la Estrategia de Montevideo, emanada de la XIII Conferencia Regional sobre la Mujer para la Implementación de La Agenda Regional de Género, como instrumentos guías de la planificación nacional, y, compromisos con la vida de las mujeres.

2.2.2 LEGISLACIÓN ECUATORIANA

2.2.2.1 Constitución de la República del Ecuador

La Constitución del Ecuador aprobada en el Referéndum del 28 de septiembre del 2008 y publicada en el Registro Oficial del N° 449 del 20 de octubre del 2008, contiene artículos vinculados con los Derechos Sexuales y Reproductivos.

El Ecuador reconoce en el artículo 66, numerales 3 y 9 de la Constitución (Asamblea Constituyente, 2008) el derecho de las personas a una vida digna y en paz, que se le aseguren las condiciones mínimas para vivir como: salud; integridad física, psíquica, moral y sexual; por derechos sexuales se entendería, todo lo relativo a acceder a información, tomar sus propias decisiones sobre su cuerpo, su orientación sexual y sus preferencias.

Los artículos 27, 32, 44, 66, 347 y 363 de la Constitución del Ecuador contemplan la promoción del desarrollo integral del ser humano, inscritos en un marco de respeto y ejercicio pleno de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Mediante estos artículos se busca garantizar el desarrollo holístico de las y los ciudadanos, con especial énfasis en el desarrollo pleno de niñas, niños y adolescentes del Ecuador. Para ello el Estado garantizará la promoción de una Educación Sexual abordada en términos integrales mediante políticas, programas, acciones y servicios para la promoción y atención integral Salud Sexual y Salud Reproductiva.

De igual manera se indica que el Estado, la sociedad y la familia deberán promover y velar por el desarrollo integral de la niñez y adolescencia dejándoles ejercer y vivir sus plenos derechos sobre todo, los derechos ligados a la sexualidad; además, el Estado debe

promover en la niñez y adolescencia la participación social; al respeto de su libertad y dignidad; a ser consultados en los asuntos que les afecten; a la recreación; al medioambiente seguro; y una familia y una convivencia social.

2.2.2.2 Código de la Niñez y Adolescencia

El Código de la Niñez y Adolescencia es una norma, en la cual se sistematizan los derechos que están establecidos en la Constitución con la finalidad de asegurar el cumplimiento de los derechos humanos de niñas, niños y adolescentes. Los artículos plasmados en el Código de Niñez y Adolescencia promueven la protección integral que el Estado, la sociedad y la familia deben garantizar a todos los niños, niñas y adolescentes para asegurarles su desarrollo integral en un marco de paz social, libertad, dignidad y equidad. (Registro Oficial 737 de 03-ene.-2003, 2014).

Toda adolescente embarazada puede estudiar, el Art. 41 de éste Código establece la prohibición a los establecimientos educativos de aplicar medidas discriminatorias por causa de embarazo o maternidad de una adolescente, para quienes incumplan esta disposición, el Art. 249 señala que: “Serán sancionados con multa de 100 a 500 Dólares (...) los establecimientos educativos que nieguen o dificulten el ingreso de niños, niñas y/o adolescentes por razones de salud, discapacidad, etnia, embarazo, condición social, religiosa, política o ideológica, suyas o de sus padres o representantes legales (...)” (Registro Oficial 737 de 03-ene.-2003, 2014).

En el ámbito laboral, el Art. 82 de este Código establece que la edad mínima para todo tipo de trabajo es quince años, incluido el servicio doméstico, siempre y cuando no afecte otros derechos. En el caso de los adolescentes, el Art. 84, establece que: “por ningún motivo la jornada de trabajo de los adolescentes podrá exceder de seis horas diarias durante un período máximo de cinco días a la semana; y, se organizará de manera que no limite el efectivo ejercicio de su derecho a la educación, los padres son los tutores encargados de esta vigilancia” (Registro Oficial 737 de 03-ene.-2003, 2014).

Si un adolescente, trabaja en actividades lícitas, en las condiciones que establece este Código, el adolescente tiene derecho, a un contrato individual de trabajo que debe estar legalizado, los adolescentes que trabajan bajo relación de dependencia, tienen los mismos derechos que los adultos, es decir, beneficios individuales y colectivos contemplados en las leyes laborales.

Esta normativa reconoce, dos modalidades de trabajo de los adolescentes:

1. “Art. 86.- “Excepción relativa a los trabajos formativos⁴ realizados como prácticas culturales. - La limitación de edad señalada en el artículo 82 no se aplicará a los trabajos considerados como prácticas ancestrales formativas, siempre que reúnan las siguientes condiciones (...)” (Registro Oficial 737 de 03-ene.-2003, 2014).
2. “Art. 93.- Se reconoce el trabajo por cuenta propia. “(...) Los municipios otorgarán, en sus respectivas jurisdicciones, los permisos para que los adolescentes que hayan cumplido quince años ejerzan actividades económicas por cuenta propia, siempre que no sean de aquellas consideradas como perjudiciales o nocivas o que se encuentren prohibidas (...). Cada Municipio llevará un registro de estas autorizaciones y controlará el desarrollo de las actividades autorizadas a los adolescentes. Los adolescentes autorizados de conformidad con el inciso anterior, recibirán del Municipio un carnet laboral que les proporcionará los siguientes beneficios: acceso gratuito a los espectáculos públicos que determine el reglamento, acceso preferente a programas de protección tales como comedores populares, servicios médicos, albergues nocturnos, matrícula gratuita y exención de otros pagos en los centros educativos fiscales y municipales” (Registro Oficial 737 de 03-ene.-2003, 2014).

El Art. 27., enfatiza que los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar de salud, no solo salud curativa, sino, salud física, mental, psicológica y sexual; éste, y todos los artículos mencionados del Código de la Niñez y Adolescencia ejercen una gran influencia para lograr un desarrollo integral de los niños, niñas y adolescentes, debido a que promueven y respaldan el cuidado y cumplimiento de los derechos, deberes y responsabilidades de los mismos.

2.2.2.3 Ley sobre la Educación de la Sexualidad y el Amor

En el año, 1998 El Congreso Nacional expidió la Ley sobre la Educación de la Sexualidad y el Amor (Congreso Nacional (Ley No. 73), 1998) con la motivación de involucrar políticas para solucionar los problemas de la niñez, adolescencia, juventud, sobre

⁴ Art. 92. Código de Niñez y Adolescencia: Trabajo formativo.- Los niños, niñas y adolescentes podrán realizar actividades de formación que incorporen al trabajo como un elemento importante en su formación integral. Estas actividades deberán realizarse en condiciones adecuadas para su edad, capacidad, estado físico y desarrollo intelectual, respetando sus valores morales y culturales, sus derechos al descanso, recreación y juego.

Los programas que incorporen al trabajo con la finalidad señalada en este artículo, darán prioridad a las exigencias pedagógicas relacionadas con el desarrollo integral del niño, niña o adolescente, por sobre los objetivos productivos.

todo en el área de la Sexualidad; textualmente se precise que “La educación en sexualidad y el amor será un eje transversal de los planes y programas de estudios en todos los centros educativos oficiales o privados de nivel pre-primario, primario, secundario y técnico. (...) se fundará en el respeto de la dignidad de los seres humanos, de la vida, los valores éticos y morales conforme a las culturas existentes...”. Desde la perspectiva de esta Ley se le encarga a el Ministerio de Educación elaborar planes y programas abiertos y flexibles de educación sobre la sexualidad y el amor, se genera el marco de acción, más, sin embargo, no se delimitan las competencias a nivel descentralizado.

“Es innegable el gran peso que esta Ley ejerció durante su vigencia pues la misma fue derogada cuando entró en vigencia la Ley Orgánica de Educación Intercultural el 31 de marzo del año 2011. Con la finalidad de adoptar nuevas directrices para transformar radicalmente la educación (...)”, citado en (Fernández & Paute, 2014).

2.2.2.4 Ley Orgánica de Educación Intercultural

Es importante destacar, los siguientes artículos de ésta ley, el Art. 3, establece como uno de los fines de la educación secundaria, en el literal e “La garantía del acceso plural y libre a la información sobre la sexualidad, los derechos sexuales y los derechos reproductivos para el conocimiento y ejercicio de dichos derechos bajo un enfoque de igualdad de género, y para la toma libre, consciente, responsable e informada de las decisiones sobre la sexualidad (...)” tomado de (Registro Oficial, 2015).

En el Art. 7 se establece que las y los estudiantes tienen el derecho a no ser sancionados por condiciones de embarazo, maternidad o paternidad, deben, recibir el debido apoyo y atención en lo psicológico, académico y lo afectivo para culminar sus estudios y acompañar un proceso de maternidad y paternidad saludable.

Finalmente, en la disposición general, décima tercera, se estipula que “La Autoridad Educativa Nacional incorporará de forma obligatoria en el currículo la educación integral en sexualidad, entendiendo la misma como algo inherente al ser humano, con enfoque de derechos y desde una perspectiva bio-psico-social, con sustento científico. Superando las visiones sesgadas, subjetivas y dogmáticas. La misma que deberá adaptar sus contenidos a todos los niveles desde el inicial hasta el bachillerato en todos los establecimientos educativos públicos, privados y fiscomisionales”. Dado que esta ley recoge los postulados de educación para la sexualidad establecidos en la Ley sobre la Educación de la Sexualidad y el Amor, se derogó esta última.

2.2.2.5 Ley Orgánica de Salud

En el ámbito específico de la salud y en relación a nuestra temática, nos interesa, analizar el acceso a salud de las adolescentes embarazadas o madres adolescentes y, el tema de aborto. El Art. 21, señala que: “El Estado reconoce a la mortalidad materna, al embarazo en adolescentes y al aborto en condiciones de riesgo como problemas de salud pública; y, garantiza el acceso a los servicios públicos de salud sin costo para las usuarias de conformidad con lo que dispone la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia” tomado de (Registro Oficial , 2006).

Adicionalmente, se establece, en el Art. 27, que el Ministerio de Educación en coordinación con el Ministerio de Salud, y los organismos estatales especializados en temas de género y otras instituciones competentes, elaborarán políticas, programas y proyectos educativos para implementar de forma obligatoria, en los establecimientos de educación a nivel nacional, la información y orientación en materia de salud sexual y reproductiva, para prevenir el embarazo en adolescentes, infecciones de transmisión sexual, VIH-SIDA, y, en el caso de ser necesario, fomentar la paternidad y maternidad responsables.

El Art. 29 de esta ley, faculta a los servicios de salud públicos y privados, a interrumpir un embarazo, única y exclusivamente en los casos previstos en el artículo 447 del Código Penal. Estos no podrán negarse a atender a mujeres con aborto en curso o inevitables, debidamente diagnosticados por el profesional responsable de la atención.

En el sistema que se presenta en esta investigación, el aborto, es una de las opciones que las adolescentes embarazadas pueden tomar, aunque no es la más demandada, sobre este tema, la normativa considera al aborto como un delito, después de que en el 2014 la Asamblea Nacional aprobara el Código Orgánico Integral Penal (COIP), las penalidades que conlleva esta infracción están estipuladas tanto para los médicos como para las mujeres que lo autorizan. El aborto, no será sancionado según los siguientes casos del Art. 150 del COIP (Asamblea Nacional del Ecuador, 2014), “el aborto practicado por un médico u otro profesional de la salud capacitado, que cuente con el consentimiento de la mujer o de su cónyuge, pareja, familiares íntimos o su representante legal, cuando ella no se encuentre en posibilidad de prestarlo, no será punible en los siguientes casos:

1. Si se ha practicado para evitar un peligro para la vida o salud de la mujer embarazada y si este peligro no puede ser evitado por otros medios.

2. Si el embarazo es consecuencia de una violación en una mujer que padezca de discapacidad mental”.

Bajo esta normativa, el aborto, no está consentido para adolescentes, salvo la excepción, de que esté en peligro comprobado la vida de dicha adolescente.

2.3 TEORÍA DEL COMPORTAMIENTO

En 1943 Maslow formuló el concepto de las jerarquías de necesidades que influyen en el comportamiento. Identificó 5 niveles y cada uno de ellos se activa solamente cuando la necesidad del nivel inferior está satisfecha, es decir, a medida que se satisfacen las necesidades básicas, los seres humanos desarrollan nuevas necesidades y anhelos más altos.

Ilustración 2: Pirámide de Maslow



Fuente: Universia

Esta teoría permitirá hondar en las causas por las cuales los jóvenes están tomando ciertas decisiones, temas de interés de estudio, ya que la misma analiza a las personas y su comportamiento como tal. Este comportamiento supone estar relacionado con la motivación hacia los logros que se propone alcanzar cada individuo, los mismos que son parte esencial de las necesidades de cada persona para finalmente alcanzar la autorrealización. Con la autorrealización fluyen actitudes que desarrollan la moralidad, creatividad, espontaneidad, falta de prejuicios, aceptación de hechos y resolución de problemas.

“Las personas tenemos una tendencia innata hacia la realización; y para escalar el nivel de la pirámide debemos primero empezar por satisfacer las necesidades básicas (las que están en la base de la pirámide, nacen con las personas y son fundamentales para sobrevivir) y desde ahí ascender progresivamente a las que nos hacen sentir auto-realizados (la cima de la pirámide)” (Universia, 2017)

Las personas desarrollan sus motivaciones conforme transcurre la vida y conforme van alcanzando cada nivel de la pirámide. Es por ello que se puede exponer que los adolescentes entre 15 a 19 años de menor nivel socioeconómico, que no logran satisfacer sus necesidades básicas, tienen mayor tendencia a quedarse estancados en este primer nivel sin alcanzar la autorrealización. El entorno que los rodea no genera suficiente motivación para alcanzar logros basados en metas a futuro, por lo contrario, sus decisiones están basadas en impulsos que buscan suplir momentáneamente tales necesidades insatisfechas. En muchos casos estos impulsos están vinculados con el embarazo adolescente, por ejemplo, cuando las jóvenes deciden involucrarse sexualmente con un hombre que creen que les dará una mejor calidad de vida en comparación a la que les dan sus padres.

Por este motivo se ve mayor incidencia de casos de embarazos adolescentes en países de Latinoamérica. Alrededor del 19% de las jóvenes, en países en desarrollo, quedan embarazadas antes de los 18 años de edad, perdiendo la oportunidad de seguir subiendo de nivel. Algunos llegan hasta los niveles de Seguridad y Afiliación, pero el entorno y las políticas públicas no están alineadas para enfrentar el reto del embarazo adolescente (UNFPA, 2013).

2.4 MODELO DE INFLUENCIA

Existen algunos factores que influyen en el embarazo adolescentes como el comportamiento del individuo; la educación y cultura que adquieren por medio del entorno familiar, en la escuela y en la comunidad; y las políticas públicas aplicadas por el Estado. En estos factores es donde se encuentran las necesidades insatisfechas que se asocian como causas de esta problemática, limitando el desarrollo de los jóvenes. En la siguiente ilustración se observa de qué manera se ve involucrado cada factor con el embarazo adolescente.

Ilustración 3: Factores del embarazo en el adolescente



Fuente: UNFPA, 2013

Desde una visión más concreta, estas cinco áreas son las que tienen mayor influencia en el embarazo adolescente:

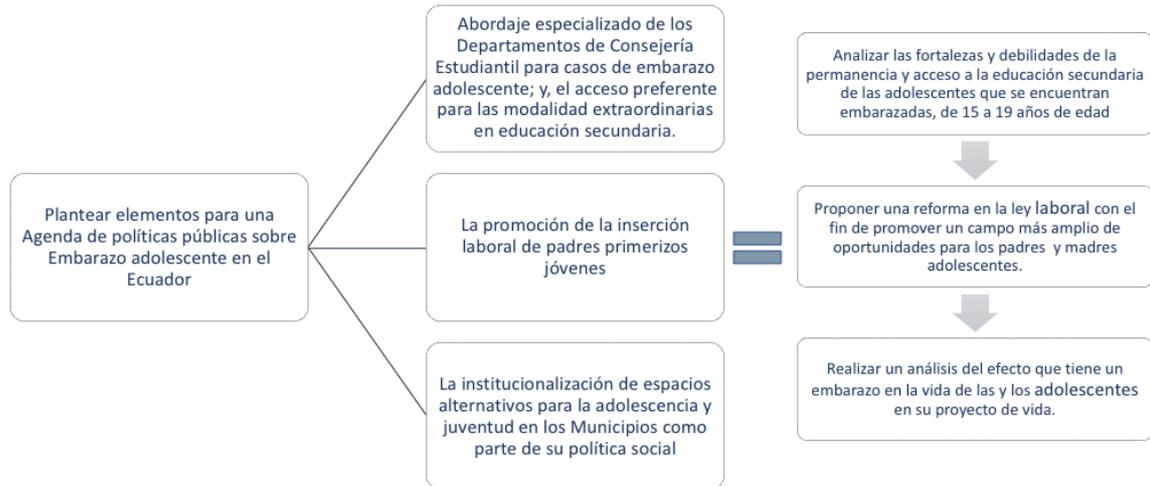
1. Estado: un Estado con políticas públicas débiles que no han sido producto de un estudio. Escasez de medidas y programas efectivos. Leyes frágiles que en el ejercicio no se cumplen. Una propagación cultural machista que no brinda oportunidades igualitarias.
2. Comunidad: clima de vicios y violencia física y verbal. Entorno de costumbres erróneas con respecto a la sexualidad. Disponibilidad limitada de servicios adecuados para los jóvenes.
3. Entorno escolar: limitado acceso o dificultad para la permanencia en el sistema educativo. Falta de información sexual. Presión de grupo.
4. Entorno familiar: falta de apoyo y escasa motivación fomentada por la familia. Expectativas negativas para las niñas y fomento al matrimonio infantil.
5. Individuo: el joven atraviesa por un proceso de cambio (pubertad) sin orientación, hallándose en un estado de inseguridad, desconociendo sus capacidades y motivado hacia acciones equivocadas por la búsqueda de aceptación.

2.5 ANÁLISIS DE OBJETIVOS Y ESPECIFICACIONES DE CRITERIOS Y DE ALTERNATIVAS

Con el objetivo de contribuir con un estudio pormenorizado del embarazo adolescente en el Ecuador se han determinado los siguientes elementos para una agenda de políticas públicas en el país, en los ámbitos que se describirán a continuación.

Se ha enfocado el análisis en acciones o estrategias que afecten al sistema en su conjunto, de acuerdo a las teorías anteriormente revisadas como la teoría del comportamiento y el modelo de influencia. Estas estrategias están enmarcadas en 3 ejes importantes: 1) Abordaje especializado de los Departamentos de Consejería Estudiantil para casos de embarazo adolescente; y, el acceso preferente para las modalidades extraordinarias en educación secundaria.; 2) La promoción de la inserción laboral de padres primerizos adolescentes; y 3) La institucionalización de espacios alternativos para la adolescencia y juventud en los Municipios como parte de su política social. La siguiente figura muestra el análisis de objetivos:

Ilustración 4: Análisis de objetivos



Elaboración: Autores

Dado su grado de factibilidad y con el fin de abordar los dos ejes anteriormente mencionados, perfiles de propuestas tienen el siguiente orden, según la metodología Leverage⁵ Points:

- Diseñar y promover Programas de Educación a distancia para madres primerizas jóvenes a partir del 6to mes de embarazo y padres primerizos jóvenes que laboren.
- Diseñar e implementar programas de asistencia psicológica y motivacional para hombres y mujeres jóvenes que sean padres primerizos en el sistema educativo.
- Fortalecer la aplicación de la normativa que prohíba y sancione la discriminación y la expulsión de mujeres jóvenes embarazadas de las Instituciones Educativas.
- Crear alianzas con los Municipios para promover programas de entrega de pañaleras y leche de fórmula a beneficio de madres y padres primerizos adolescentes, a cargo de los departamentos Social o de Juventud de los municipios, bajo su presupuesto municipal según el COOTAD.
- Exigir que las empresas y empleadores lleven un registro permanente, de los adolescentes que se encuentran trabajando, si tienen hijos (as) sin importar el estado civil, para el seguimiento y validación del Ministerio de Trabajo que conjuntamente con los

Consejos Cantonales de la Niñez y Adolescencia pueden coordinar actividades de capacitación”.

- Flexibilización laboral al permitir la contratación por horas de adolescentes que sean madres o padres durante los fines de semana, por una jornada máxima de 20 horas mensuales, que serán pagadas conforme el Art. 55 del Código de Trabajo; este contrato debe ser de mínimo de un año, y, debe garantizarse que los adolescentes se encuentren estudiando durante la semana. Estas empresas se acogerán a los beneficios del Proyecto “Contrato Juvenil” o los que genere el gobierno.

- Facilitar el acceso preferente de las empresas que tengan trabajando a adolescentes que sean padres o madres, a los servicios de atención a la primera infancia que ya ofertan el Ministerio de Inclusión Económica y Social y los Gobiernos Autónomos Descentralizados, para asegurar el cuidado de los niños (as).

Estos perfiles de propuestas, están incorporadas y son la base, de las propuestas que generó esta investigación en el Capítulo IV del presente documento.

2.6 HIPÓTESIS

“El embarazo adolescente tiene impacto en la vida de las madres y padres adolescentes, lo que limita la continuidad de estudios, altera su proyecto de vida y la capacidad de producción de estas personas”.

Luego del estudio teórico, jurídico, social y con la encuesta ENSANUT 2012, se pudo comprobar que efectivamente la hipótesis es real. En esta tesis, se presenta evidencia cualitativa del impacto que tiene un embarazo en la vida de un adolescente, especialmente los riesgos de salud de la madre, como: probabilidad de aborto involuntario, muerte intraparto, trastornos digestivos, embarazos extrauterinos, infecciones, hemorragias posparto y de distocias; los efectos emocionales y de comportamiento de los y las adolescentes al alterar su proyecto de vida, y en las mujeres, interrumpir parcial, o totalmente los estudios, y limita el acceso laboral; desde la perspectiva socioeconómica, se profundizan las brechas de pobreza, no en vano, el embarazo adolescente es un problema de salud pública, de la encuesta ENSANUT 2012 realizada a nivel nacional, 7.220 mujeres fueron madres cuando tenían entre 15 a 19 años de edad, es decir, el 48% del total de mujeres que participaron de la encuesta y fueron madres, en esta pregunta; por ende, el Estado, debe intervenir en un área donde inicialmente es privada.

El estado lo reconoce, en el Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017-2021, el embarazo en adolescentes es una prioridad de salud pública en la región de América Latina y el Caribe, esta región ocupa el segundo lugar a nivel mundial, después de África Subsahariana. Según el Centro de Estadísticas para América Latina y el Caribe (CEPAL), el Ecuador es el tercer país a nivel de la región con la tasa más alta de embarazo en adolescentes (10-19 años). (...)” (Ministerio de Salud Pública, 2017).

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 PENSAMIENTO SISTÉMICO PARA ANÁLISIS DE LA PROBLEMÁTICA: DEFINICIÓN DEL SISTEMA

La metodología de investigación que se implementó fue el enfoque sistémico la cual posibilita abordar como un “todo” la problemática del embarazo adolescente, poniendo en evidencia los puntos críticos de intervención. "Un sistema es un conjunto de elementos o partes que están organizadas e interconectadas coherentemente en un patrón o estructura que produce un conjunto característico de comportamientos, a menudo clasificados como su 'función' o 'propósito'" (Meadows 2008).

El embarazo adolescente tiene distintos puntos críticos de intervención, los mismos que esta relacionados entre sí, por ejemplo: la *falta de educación* sexual aumenta la vulnerabilidad de los jóvenes adolescentes ante el embarazo no deseado y también ante el contagio de las infecciones de transmisión sexual, que terminan afectando a la salud. Por lo tanto, al corregir la falta de educación sexual, se afectará también a las demás partes del sistema alcanzando el propósito de esta tesis, teniendo como producto una reducción del embarazo adolescente, disminución de infecciones por transmisión sexual y una mejor calidad de vida. Por este motivo se procura contrastar la mayor cantidad de información y elementos que intervengan, para no brindar una solución momentánea y prevenir consecuencias indeseadas.

El sistema está conformado por múltiples componentes de diferentes tipos, tangibles e intangibles. Incluyen, personas, recursos y servicios, así como las relaciones, los valores y las percepciones. Los sistemas existen en un entorno, tienen límites, exhiben comportamientos, y se componen de ambas partes, causas y efectos interdependientes y conectados. Cuando se quiere generar un producto de políticas públicas, a menudo surgen preguntas sobre ¿cómo determinar en dónde dibujar un límite entorno a un problema social? ya que por lo general los problemas sociales tienen gran número de causas que se relacionan con diferentes áreas y distintos actores. Esta tarea es compleja e implica un juicio personal e involucra convicciones políticas. Al ser esencial el juicio personal se conoce que se habla de una investigación de enfoque cualitativo.

Finalmente, en conjunto con el enfoque sistémico es muy útil explorar la teoría del cambio, siendo un proceso diseñado para alterar el status quo, cambiando la función o estructura de un sistema identificado realizando intervenciones con propósito. El cambio de

sistemas apunta a traer un cambio duradero alterando las estructuras subyacentes y mecanismos de apoyo para hacer que el sistema funcione en una manera particular. Estos pueden incluir políticas, rutinas, relaciones, recursos, estructuras de poder y valores.

Para un enfoque destinado al cambio social, incluyendo las preguntas para la teoría del cambio, se plantearon las siguientes: ¿por qué el cambio es necesario? ¿cuál podría ser el cambio? ¿cuáles podrían ser las consecuencias no deseadas? Si bien el cambio de sistemas puede ser un proceso intencional, puede también ser involuntario. Por ejemplo, la introducción de una nueva legislación o política puede hacer un cambio en una parte de sistema que tiene repercusiones en otras partes de ese sistema. Los sistemas cambian constantemente, y esta complejidad significa que hay una tendencia a que las acciones produzcan involuntariamente consecuencias.

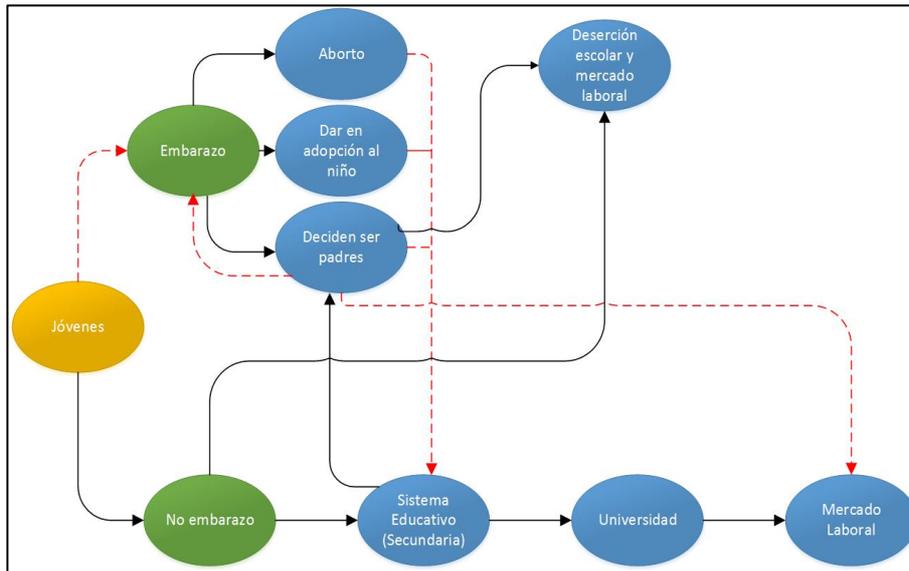
Para que sea eficiente el impacto esperado en este complejo sistema, se necesitó entender la realidad. Comprender y mapear las redes del sistema fue una herramienta poderosa que se practicó para visualizar la realidad actual de tal manera que se pueda identificar caminos para plantear mejoras. Se identificaron las fuerzas que afectan el sistema del embarazo adolescente y su relación entre ellas. Una vez construida la estructura de un mapa de sistemas y narrativa que se pueda probar e iterar con partes interesadas y expertos, se procedió a la creación de una estrategia para el impacto.

Con el fin de comprender esta problemática como un “todo” se realizó un mapeo según *systems thinking* o *pensamiento sistémico*. En el gráfico a continuación se muestran los distintos caminos o ramas que convergen en el embarazo adolescente, reconociendo cada posibilidad de crecimiento o estancamiento de los involucrados para así poder analizar lo que el Estado tiene previsto como soluciones en la actualidad y avizorar otras estrategias que se podrían implementar para mejorar el nivel de vida de los adolescentes y el desarrollo de la sociedad.

Elaboración:

Ilustración 5: Embarazo adolescente según el pensamiento sistémico

Autores



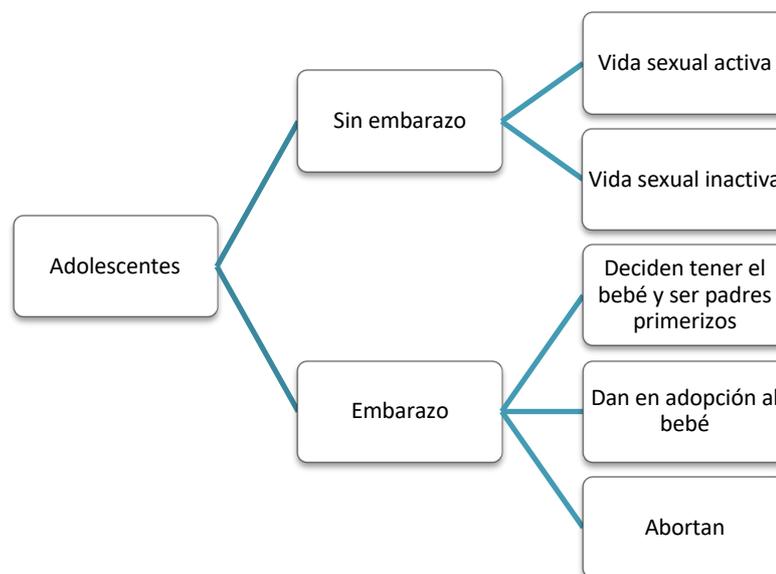
En este gráfico el punto de partida son los jóvenes adolescentes. Entre estos jóvenes se encuentran aquellos que no presentan un embarazo (sea que ya hayan iniciado su vida sexual o no) y los que sí obtienen un embarazo, muy probablemente no planificado.

Entre los adolescentes que *toman la decisión de postergar la paternidad*, es decir, los jóvenes que no presentan embarazo, aún existe un remanente que está expuesto a tener un embarazo no planificado debido a la falta de información o al incorrecto uso de los métodos anticonceptivos. Adicional, la falta de dinero les impide la adquisición de estos productos preventivos. Por otro lado, están las adolescentes que tuvieron un hijo con anterioridad y se encuentran embarazadas por segunda ocasión, que por lo general, en esta edad, es nuevamente no planificado. Estas jóvenes junto a su pareja, que pueden ser también jóvenes adolescentes o adultos, toman uno de los siguientes caminos: ser padres, dar en adopción a su hijo o abortar.

Ilustración 6: Punto de partida del sistema de embarazo adolescente

Elaboración:

Autores



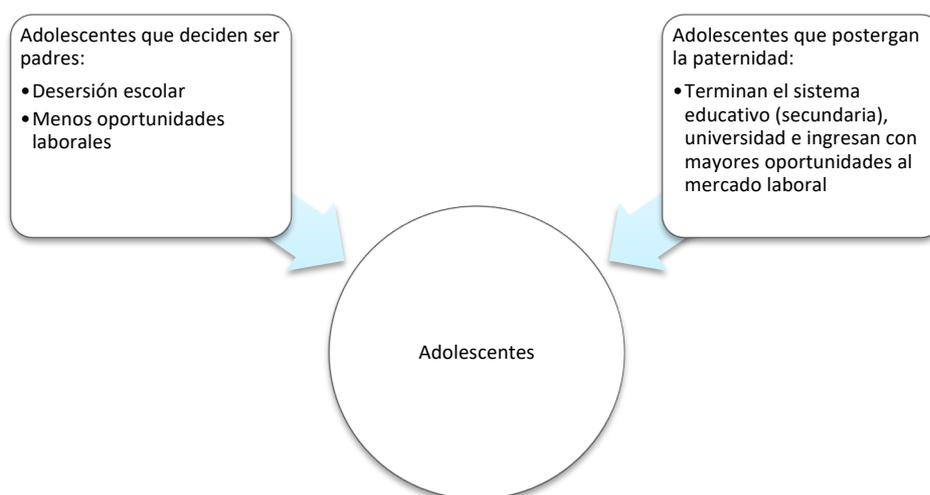
Lamentablemente, en este punto, los tres caminos tienen un alto costo para estos adolescentes. En el caso de los adolescentes que deciden abortar y que se enfrentan a un escenario en el que atentan contra la vida de otro ser humano, esto ocasiona afectaciones psicológicas e inestabilidad emocional. Sin embargo, muchos de estos adolescentes toman esta decisión para poder continuar sus estudios o no tomar una responsabilidad prematura. Es importante mencionar que existen malas prácticas médicas, dejando estériles a las mujeres y en el peor de los casos llevándolas a la muerte.

En otros casos, los adolescentes prefieren tener al bebé y posteriormente darlo en adopción. Es difícil saber cuál será el cuadro médico de estos bebés y de sus madres biológicas ya que probablemente no se tienen controles prenatales ni el respectivo cuidado para ambos. Durante el período de gestación las madres deben ingerir vitaminas prenatales y llevar un control médico para prevenir posibles trastornos del bebé, por la escasez económica y el desinterés, es común que las madres descuiden este paso, ignorando que también pueden ser ellas las afectadas.

En el caso que los jóvenes decidan asumir la responsabilidad de ser padres, de igual manera deben llevar controles médicos prenatales, pero también postparto e incluso tener citas periódicas para el control médico de los bebés. Como se ha mencionado anteriormente, gran parte de estos adolescentes no tienen suficientes recursos económicos, y aunque pueden ir a centros de salud necesitan también comprar medicinas o productos como leche de fórmula y pañales, los cuales no los provee el estado.

Evidentemente experimentarán cambios inevitables en sus planes de vida. Particularmente, los adolescentes enfrentan limitaciones para continuar sus estudios, y tienen pocas expectativas sobre su futuro propio y de su familia. En concreto pueden estudiar o trabajar, o realizar las dos actividades simultáneamente, incluso pueden desertar de las dos actividades. Ahora, lo más preocupante son los cambios que se presentan a futuro como el abandono al sistema educativo y la falta de oportunidades, lo que se revisará más adelante, de manera descriptiva, ya que dentro de este sistema es importante comprender con más precisión ¿qué ocurre a nivel social, económico y de educación? como realidad de cada joven.

Ilustración 7: Educación y trabajo de los padres adolescentes vs los que no son padres adolescentes



Elaboración: Autores

Aquellos jóvenes que previenen el embarazo a temprana edad, tienen mayor probabilidad de terminar el sistema educativo secundario. Por consiguiente, los adolescentes que concluyen el bachillerato optan por ingresar a la universidad. Una vez culminado el pregrado o durante el proceso para concluirlo, los jóvenes tienen la oportunidad de ingresar al mercado laboral, beneficiándose así de un mayor salario en comparación de los jóvenes que desertaron de sus estudios por diferentes razones, tal es el embarazo precoz. En contraste, las adolescentes embarazadas no continúan yendo a clases, algunas solo durante el tiempo de embarazo, retomando luego el bachillerato pero la gran mayoría no retornan como se mostrará en los resultados de la encuesta ESANUT 2012, en la siguiente sección.

Cabe mencionar que los jóvenes pueden decidir desertar no solo del sistema educativo sino también del mercado laboral, tal es el caso de las madres adolescentes que en ocasiones desisten del ámbito laboral porque la remuneración y el trato es incomprensible (discriminación o explotación laboral), es decir que se tornan en una disyuntiva de continuar con el trabajo o dejar a sus hijos al cuidado de algún familiar o en una guardería. Por el bajo nivel de educación, los puestos de trabajo accesibles para estos jóvenes requieren de mayor fuerza física como auxiliares de limpieza, guardias de seguridad, empleadas domésticas, entre otros, donde la remuneración no justifica dejar a sus hijos al cuidado de alguien más siendo gratuito o peor un servicio pagado.

Por otro lado, están aquellos varones adolescentes que optan por ingresar y permanecer en el mercado laboral, dejando los estudios en segundo plano. Una vez que son padres, se ven en la obligación de generar ingresos para la subsistencia del nuevo miembro de la familia. El hombre por lo general debe afrontar la carga laboral para que la madre pueda cuidar de los hijos y se ocupe de las tareas del hogar. En los pocos casos donde los varones adolescentes realizan las dos actividades al mismo tiempo, es decir trabajar y estudiar, estos tienen mayor dificultad para alcanzar un nivel alto de excelencia académica e inclusive tiene repercusiones sobre el rendimiento laboral.

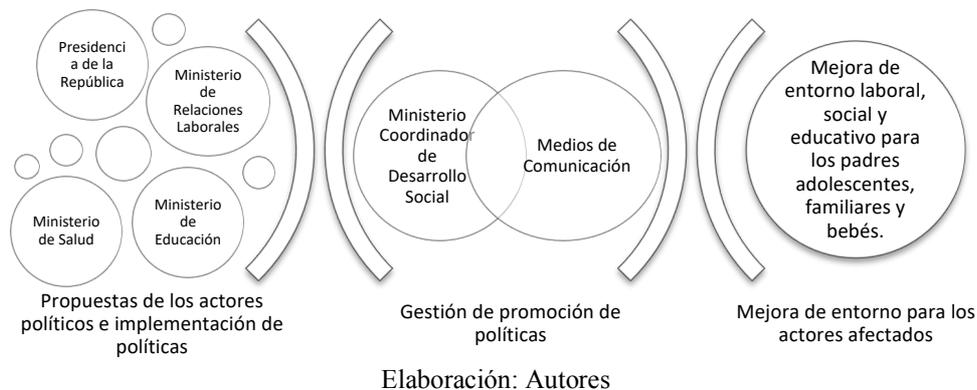
Otro lineamiento importante de mencionar es que los adolescentes cuando no han tenido apoyo familiar tienen mayor riesgo de reincidir, es decir tener nuevamente un embarazo inesperado. De hecho, una de las causas de embarazo adolescente también es la falta de apoyo familiar. Por este motivo, esta es una causa cíclica. De manera puntual, los adolescentes que no tienen apoyo familiar y que se encuentran en un entorno social perjudicial, caen en refugiarse en su pareja y se agrava la situación con el descuido o falta de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos. Posteriormente, en ciertos casos cuando ya presentan el embarazo no deseado, las madres son abandonadas por su pareja, recurriendo nuevamente a su familia. Al no tener medios para subsistir por sí mismo, tienden a convivir en la casa de uno de los progenitores, la cual podría generar situaciones de tensión, e incluso, de maltrato y violencia intrafamiliar. Por la falta de ingresos propios y el bajo nivel de escolaridad, las oportunidades sociales y personales se limitan, lo cual conlleva a que los padres adolescentes tengan pocas posibilidades de satisfacer las necesidades de sus hijos, presentando dificultades para luchar por sus derechos frente a la pareja o Estado.

El embarazo precoz también ocasiona que las jóvenes madres cambien su entorno: pierden su grupo de amigos en la escuela, cambian sus espacios de recreación y presencia

en la comunidad, se altera de manera súbita el proceso de vida. Aunque muchas adolescentes no tienen un proyecto de vida definido al quedar embarazadas, este embarazo no planificado, ni deseado, limita la construcción de ese proyecto vital. Frente a esto, la consideración oportuna de los factores que hemos mencionado se hace tan necesaria como la necesidad de facilitar el acceso a la información y a la atención en salud sexual y reproductiva responsable. De igual manera actuar sobre las condiciones económicas, políticas y culturales que rodean el embarazo adolescente y eliminar las barreras que afectan psicosocialmente a muchas adolescentes que vivencian, sin plena conciencia de la magnitud de lo que enfrentan, e incluso lo aceptan como factores inherentes a la condición de ser mujer.

Aquí es cuando debería llegar la interacción entre los adolescentes y familiares afectados, los actores políticos y las instituciones que implementan las políticas públicas. Viendo la situación y necesidad de los padres adolescentes como la de sus familiares, los actores políticos deben tener influencia sobre el problema tomando medidas que generen mejoras. Los actores políticos tienen gran responsabilidad de generar propuestas para sobrellevar y solucionar el embarazo adolescente. Desde que la Presidencia de la República se apersonó directamente de esta problemática se vieron buenas intenciones, pero faltó fortalecimiento en las políticas públicas implementadas en conjunto con el Ministerio de Relaciones Laborales que no propone ninguna medida aldeaña para enfrentar la poca oportunidad laboral para los padres adolescentes. En esto también debe involucrar el Ministerio Coordinador Desarrollo Social, la Conferencia Episcopal Ecuatoriana, y, los Medios de comunicación. Así mismo, en vez de oponerse o bloquear ciertas soluciones, el Ministerio de Justicia Derechos Humanos y Cultos, el Ministerio de Relaciones Laborales, las ONG'S, los Grupos juveniles, y, las Universidades deben formar parte de esta mejora que se intenta proponer por medio de esta tesis.

Ilustración 8: Gestión e interacción de actores



3.1.1 MAPEO DE ACTORES

Como lo aconseja la teoría, entorno al pensamiento sistémico, inicialmente se deben identificar las partes que intervienen en el embarazo adolescente. En este primer paso, se construye una amplia red de quienes intervienen (actores) y se describen las diversas fuerzas que causan el comportamiento de los elementos del sistema. Esta información se obtuvo de la historia y datos de la literatura revisada, así como de la ENSANUT, incorporando diversas perspectivas y experiencias para determinar los actores e instituciones. Por lo consiguiente, se priorizó y agrupó las fuerzas en tres grupos de stakeholders:

1. Los actores afectados por el sistema actual.

Los adolescentes son los principales afectados por el sistema del embarazo adolescente actual. Dentro de este grupo se encuentran las adolescentes que están en estado de gestación por primera vez. Deben hacerle frente a la nueva etapa de ser madres, en ocasiones sin apoyo familiar, económico y social. En el caso de quienes tienen escasos recursos presentan riesgos de salud, tanto para las madres como para los bebés. Gran parte de estas madres deciden dar a luz con parteras o tener pocos y casi nulos controles pre natales. Además del descuido en el control médico post parto. Por otro lado, están las afectaciones entorno a la educación y al trabajo. En este punto se ven involucradas las adolescentes en estado de gestación y los adolescentes que serán futuros padres. Las mujeres deciden abandonar los estudios por su estado de gestación y posteriormente por cuidar a sus hijos en casa. En el caso de los hombres es diferente, ellos abandonan sus estudios para insertarse en el mundo laboral y poder mantener a su nueva familia. En ambos casos, con baja escolaridad, se reducen significativamente las oportunidades laborales. Otro grupo

afectado es la familia de los adolescentes implicados. No en la mayor parte de casos, sin embargo, existe un porcentaje de familias donde los abuelos o padres de los adolescentes padres primerizos que asumen el rol de representantes de los bebés. La representación que asumen puede ser monetaria o física, siendo los padres o abuelos quienes cuidan de los pequeños sacrificando parte de su tiempo y de sus ingresos. Adicional, los hijos producto del embarazo primerizo de madre y padre o solo madre, debido al escenario en el que nacen, son en gran parte aquellos niños que posteriormente tiene desnutrición infantil, problemas de aprendizaje o trastornos mentales y emocionales. Estos niños son los futuros adultos que, en vez de generar, se convierten en una carga para el estado estando desempleados y en vicios.

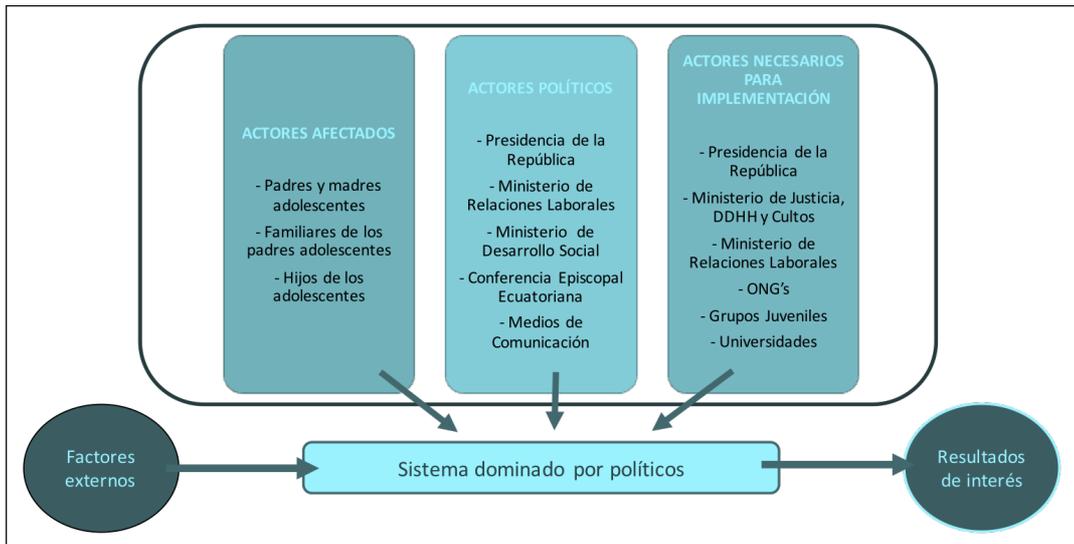
2. Los actores políticos

Por otro lado, están los actores políticos que tienen o deben tener influencia sobre el problema tomando medidas que generen mejoras. Los actores políticos tienen gran responsabilidad, aunque en algunos casos no se asuma como se debe y en otros casos sí. Para el embarazo adolescente los actores políticos involucrados son: Presidencia de la República, Ministerio de Educación, Ministerio de Relaciones Laborales, Ministerio Coordinador Desarrollo Social, Conferencia Episcopal Ecuatoriana, y, Medios de comunicación.

3. Los actores necesarios para la implementación

En este punto tenemos actores que pueden aportar, así como podrían también oponerse o incluso bloquear ciertas soluciones. Dentro de estos actores están: Presidencia de la República, el Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos, el Ministerio de Relaciones Laborales, las ONG'S, los Grupos juveniles, y, las Universidades.

Ilustración 9: Mapeo de actores



Elaboración: Autores

Tabla.1: Análisis de actores

Actor/es	Percepción del Problema	Objetivo(s)	Interés	Causa del Problema	Recursos	Posición
Adolescentes	Limitada información y educación sexual.	Encontrar una opción de vida y familia.	Todos los adolescentes deben tener acceso a la educación, salud, amor, y, respeto de sus decisiones.	Falta de información clara y oportuna en educación sexual. Manipulación y toma de malas decisiones sobre su vida sexual.	Su vitalidad y energía para emprender acciones nuevas.	Mantener sus redes de amigos y grupos para apoyarse.
	Falta de oportunidades para inserción productiva.	Llamar la atención de sus padres y sociedad.	Adolescentes buscan la valoración social y de grupos.	Falta de amor y contención en sus hogares. Influencia de grupo y presión social.		Intentar buscar formas y medios para su auto sustento.

	El embarazo adolescente no es un problema. Rebeldía por problemas del entorno familiar.	Disfrutar libremente su sexualidad.		Idealización del “amor romántico”		Mantener el apoyo emocional y económico de sus padres.
Familias de los adolescentes implicados	Los adolescentes son influenciables. No son conscientes del cuidado de su cuerpo. Para familias rurales es normal que sus hijos se “casen jóvenes”	Apoyar el desarrollo de los adolescentes, y acompañar los roles de (paternidad y maternidad).	Buscar las formas y medios de que los adolescentes continúen con sus estudios. Los hijos deben empezar a trabajar y asumir responsabilidades	Los adolescentes se adelanta a vivir nuevas experiencias, n asumen responsablemente su sexualidad.	La familia es una red social fuerte en valores y afectos. Brindar hogar y satisfacer necesidades básicas.	Se sienten obligados a apoyar emocionalmente y mantener económicamente a sus hijos hasta que sean lo más independientes.
Ministerio de Educación	Limitada información y educación sexual. Padres de familia no asumen su rol de formación en el hogar.	Brindar información y educar en valores a los adolescentes a través de los DECES.	Garantizar la continuidad educativa de padre/madres adolescentes. Disminuir la tasa de embarazos adolescentes	Padres de familia no asumen su rol de formación en el hogar. Adolescentes no controlan su energía sexual.	Cobertura con infraestructura para acoger a gran cantidad de estudiantes. Tiene implementados CEDES para orientación educativa.	La educación sexual debería empezar en el hogar. La sexualidad no se enseña se orienta. Adolescentes embarazadas deben continuar estudiando.
Ministerio de Salud Pública	Limitada información y educación sexual. Adolescentes no buscan ayuda, no saben usar métodos anticonceptivos.	Brindar información en educación sexual en colegios. Dotar de anticonceptivos. Asistir en el embarazo, parto y posparto.	Disminuir la tasa de embarazos adolescentes y mortalidad materna.	Padres de familia no asumen su rol de formación en el hogar. Rebeldía social de los jóvenes.	Cobertura con infraestructura, unidades de atención, personal especializado.	Las escuelas y colegios deberían reforzar la orientación en temas de sexualidad. La edad de iniciación sexual es alarmante.

Ministerio de Inclusión de Económica y Social	Limitada información y educación sexual. Faltan espacios de entretenimiento, de uso público para adolescentes.	Brindar información mediante talleres y trabajo en redes juveniles. Organizar a los jóvenes.	Disminuir la tasa de embarazos adolescentes. Generar espacios de organización y uso de tiempo libre.	Rebeldía social de los jóvenes. Iniciación sexual a temprana edad.	Dirección de la Juventud genera políticas de inclusión de jóvenes. Tiene la rectoría de los Comités de Asignación Familiar	Los adolescentes y jóvenes deben organizarse, y se deberían insertar socialmente para no vulnerar sus derechos.
Presidencia de la República	Limitada información y educación sexual.	Garantizar políticas públicas para grupos prioritarios incluyendo a los adolescentes.	Disminuir la tasa de embarazos adolescentes. Garantizar la educación, salud y bienestar para los adolescentes.	Limitada información y educación sexual y reproductiva en los adolescentes.	Decisión política y priorización presupuestaria para ejecución de programas.	Alto índice de embarazo adolescente es un problema de salud pública. Los ministerios involucrados deben trabajar intersectorialmente.
Ministerio Coordinador de Desarrollo Social	Limitada información y educación sexual. Falta de oportunidades de inclusión de las adolescentes.	Coordinar las ejecuciones de políticas intersectorialmente	Disminuir la tasa de embarazos adolescentes y mortalidad materna.	Disminuir la tasa de embarazos adolescentes y mortalidad materna.	Es ministerio coordinador no ejecutor, puede contribuir con respaldar gestión y negociación política.	Coadyuvar con estrategias y coordinación entre Presidencia y Ministerios involucrados.
Universidades	Limitada información y educación sexual.	Oferta educativa, para grupos vulnerables en general, modalidades de becas.		Sociedad machista que reproduce estereotipos. Limitada información veraz sobre temas de sexualidad para adolescentes.	Posicionamiento social reconocido.	El acceso a la universidad no es limitado para adolescentes padres, posiblemente tengan menos posibilidades de concluir su carrera.
Medios de comunicación	Limitada información y educación sexual.	Facilitar espacios de información, opinión sobre la temática desde la	Incrementar su puntaje y rating proponiendo temas de interés.	Padres de familia no asumen su rol de formación en el hogar.	Amplia cobertura y poder de masificación de mensajes.	Están abiertos a conocer propuestas de campañas y pautar si está

		perspectiva del problema.		Rebeldía social de los jóvenes.		de acuerdo a sus principios.
Ministerio de Justicia, Derechos Humano y Cultos	Los adolescentes no toman buenas decisiones, son influenciables. Limitada información y educación sexual.	Conocer los casos cuyos embarazos adolescentes sean producto de violaciones para judicializarlos.	Promover una hoja de ruta interinstitucional de acuerdo a la normativa para abordar los casos de menores.	Los adolescentes no toman buenas decisiones, son influenciables. Padres de familia no asumen su rol de formación. Rebeldía social de los jóvenes.	Trabaja articuladamente con el Sistema Judicial. Es un actor de incidencia en casos de violaciones de derechos.	Todos los adolescentes padres y madres tienen derechos en igualdad de condiciones.
Ministerio del Trabajo	Los adolescentes no toman buenas decisiones, son influenciables. Limitada información y educación sexual.	Conocer los casos de trabajo de menores y legalizarlos de acuerdo a la normativa.	Identificar perfiles idóneos y vincularlos a la Red Socio Empleo.	Los adolescentes no toman buenas decisiones, son influenciables. Padres de familia no asumen su rol de formación. Rebeldía social de los jóvenes.	La Dirección de Grupos Vulnerables hace un seguimiento a la inclusión laboral de grupos prioritarios.	El trabajo de menores debe ser de acuerdo a la normativa. Los adolescentes menores no tienen experiencia, inician en oficios varios.
ONG'S	Los adolescentes no toman buenas decisiones, son influenciables y rebeldes. Limitada información y educación sexual.	Promover espacios de información y comunicación para adolescentes y padres de familia sobre la sexualidad. Trabajan desde el enfoque de derechos.	Organizar a los adolescentes y desarrollar procesos de formación. Disminuir la tasa de embarazos Cooptación y ejecución de recursos para temas afines.	Los adolescentes tienen una información errónea de la sexualidad, lo que impide que tomen decisiones acertadas. Sociedad machista que reproduce estereotipos.	Recursos económicos limitados igualmente su cobertura. Trabajan en redes globales y proponen temas para la agenda pública.	Los adolescentes deben conocer que tienen derechos sexuales y reproductivos, y, las consecuencias de su ejercicio. El Estado debe garantizar el ejercicio de esos derechos.

Grupos juveniles	Limitada información y educación sexual.	Generar actividades de integración, comunitarias, grupos de apoyo a madres embarazadas.	Que los adolescentes tengan adolescencia plena.	Falta de contención en la familia para abordar la sexualidad. Limitada información veraz sobre temas de sexualidad.	Movilización para acciones públicas, recursos limitados.	Las instituciones pertinentes deben crear programas para adolescentes. Promover iniciativas laborales para padres jóvenes
	Falta de espacio para la organización de los jóvenes.		Disminuir la tasa de embarazos			

Elaboración: Autores

3.1.2 ENCUESTA ESANUT 2012

La recolección de datos en materia de embarazo adolescente, presentó un verdadero desafío para la presente investigación, podemos decir, que los datos más relevantes y oficiales son los recogidos en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT-ECU) que se ejecutó en 2012, por el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

El objetivo de esta encuesta fue “Describir la situación de salud sexual y reproductiva, salud materna e infantil, acceso a los servicios de salud y gasto en salud de la población ecuatoriana de 0 a 59 años, considerando el sexo, los rangos de edad y las diferencias geográficas, demográficas, étnicas, sociales y económicas”, (Ministerio de Salud Pública, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2014). Es importante resaltar que, “La cobertura de la encuesta es nacional, y permite representatividad a nivel de subregiones, grupos étnicos, provincias y áreas rurales y urbanas” (Ministerio de Salud, 2014).

Para el componente de salud sexual y reproductiva de la ENSANUT, se entrevistó a nivel nacional a 18.213 mujeres en edad fértil de 12 a 49 años (Ministerio de Salud, 2014). Para la recolección de información, sobre salud sexual y reproductiva, se diseñaron cuatro formularios con sus respectivos manuales para ser aplicados en los diferentes grupos a ser investigados. Para nuestra investigación, tomamos de base la información levantada en el “Formulario 2: Mujeres en edad fértil (MEF) de 12 a 49 años de edad”, aquí se recolectó información sobre las características generales de las mujeres en edad fértil (MEF), la historia de embarazos y nacimientos, servicios asociados a la salud materna, planificación

familiar, preferencias reproductivas, actividad sexual y salud reproductiva de las MEF; nupcialidad; infecciones de transmisión sexual; y mortalidad materna a nivel del país.

Hemos accedido al Formulario 2 y su base de datos que constan en el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, y, analizaremos esta información con la intención de evidenciar y visibilizar los casos de embarazos adolescentes; considerando las mujeres que tuvieron embarazo en su adolescencia, y, que actualmente estuvieron embarazadas también.

3.1.2.1 Edad al primer nacimiento

En el componente de Salud Sexual y Reproductiva de la ENSANUT el tamaño de la muestra fue de 18.213 mujeres en edad fértil (12-49 años de edad) las cuales fueron entrevistas; al analizar los datos, tenemos que 15.031 mujeres son madres, y de éste grupo, 7.220 mujeres lo fueron cuando tenían entre 15 a 19 años de edad. Esto significa que el 48% de mujeres que son madres actualmente, tuvieron su primer hijo (a) cuando eran adolescentes.

En la Tabla 2, se detallan las edades que tenía las mujeres cuando tuvieron su primer hijo (a), estas edades se concentran en el rango de 15 a 19 años, a la edad de quince años el 4.73% fueron madres de su primer hijo; a los dieciséis años el 8.33%; a los diecisiete años el 11.10%; a los dieciocho el 11.94%; y, a los diecinueve años el 11.94% fueron madres por primera vez. Aunque es menor, el 0.05% representa a las 7 mujeres que tuvieron su primer hijo (a) cuando tenían sólo 10 años, lo que deja en alerta el tema de la iniciación sexual de las niñas. El resto de mujeres están en un rango de 20 a 42 años cuando tuvieron su primer hijo (a) y son el 51.95%, lo que está bien, considerando que a estas edades se alcanza un nivel de madurez físico, emocional y económico en las mujeres que permite disfrutar de mejor forma la maternidad.

Tabla 2: Edad al primer nacimiento

Edad al primer nacimiento	Frecuencia	Porcentaje
10	7	0.05
11	7	0.05
12	30	0.20
13	87	0.58
14	290	1.93
15	711	4.73
16	1,252	8.33

17	1,668	11.10
18	1,795	11.94
19	1,794	11.94
20	1,527	10.16
21	1,277	8.50
22	988	6.57
23	726	4.83
24	636	4.23
25	476	3.17
26	385	2.56
27	305	2.03
28	240	1.60
29	212	1.41
30	138	0.92
31	116	0.77
32	87	0.58
33	60	0.40
34	53	0.35
35	54	0.36
36	28	0.19
37	31	0.21
38	20	0.13
39	10	0.07
40	14	0.09
41	5	0.03
42	2	0.01
Total	15,031	100.00

Fuente: ENSANUT 2012

3.1.2.2 Embarazo y estudio

Para saber cuántas mujeres interrumpieron sus estudios por su embarazo adolescente, tomaremos la población de mujeres que contestaron esta pregunta, y que a su vez, se encontraban estudiando, en la pregunta 628 ¿interrumpió sus estudios? de la encuesta ENSANUT. Luego de revisar los datos tenemos que, el 55% de mujeres interrumpieron sus

estudios⁶ cuando tuvieron su primer embarazo, en la edad de 15 a 19 años; y, para saber de éstas mujeres cuántas retomaron sus estudios, tomamos la pregunta 630 ¿siguió asistiendo a clases luego que terminó este embarazo? de la encuesta ENSANUT, observamos que el 32.74% de mujeres contestaron que sí retomaron sus estudios luego su embarazo, mientras que el 67.26% no lo hizo en ese momento.

Para conocer las razones del por qué éstas mujeres no retomaron sus estudios luego de su primer embarazo, la pregunta 631 ¿por qué no siguió asistiendo? de la encuesta ENSANUT, nos permitió obtener los datos de la Tabla 3, el principal motivo del porqué las mujeres no retomaron sus estudios, es, principalmente, porque no tenían con quien dejar sus hijos(as) y representa el 61.99%; los otros motivos son: con 15.50% porque ya no le quedaba tiempo para los estudios, el 7.26% son otras motivos, que no se detallan lamentablemente en la encuesta; la oposición del cónyuge/conviviente para estudiar representa el 4.60%; porque tenía que trabajar el 3.39%; por problemas de salud de ella el 2.91%; porque no la admitieron o fue expulsada el 1.94%; porque cambió de residencia el 1.69%; y, porque el niño era muy enfermo el 0.73%.

Tabla 3: Motivos del por qué no retomaron sus estudios luego de su embarazo

¿Por qué no siguió asistiendo?	Frecuencia	Porcentaje
No tenía con quien dejar al niño(a)	256	61.99
Ya no le quedaba tiempo	64	15.50
El niño(a) era muy enfermo	3	0.73
Oposición del cónyuge / conviviente	19	4.60
No la admitieron / fue expulsada	8	1.94
Problemas de salud de ella	12	2.91
Tenía que trabajar	14	3.39
Cambió de residencia	7	1.69
Otra, cuál	30	7.26
Total	413	100.00

Fuente: ENSANUT 2012

De esta manera, podemos ver que son muy pocos los casos en que las mujeres no fueron admitidas a estudiar por su condición de embarazo, o que mientras estuvieron

⁶ Este 55% se obtiene de 1.111 mujeres de las 7.220; porque esta pregunta sólo se hizo a mujeres de 12 a 24 años de edad, además, se descartan a las mujeres que no estaban estudiado cuando salieron embarazadas.

estudiando, fueron expulsadas por su condición, lo que da muestra del avance en el cumplimiento de las normativas a favor de las madres adolescentes en relación al acceso a la educación.

3.1.2.3 Embarazo y trabajo

Para conocer el efecto del embarazo adolescente en la vida laboral de las mujeres, la pregunta 633 ¿siguió trabajando después de que se le notaba el embarazo? de la encuesta ENSANUT, nos arrojó importantes datos; 496 mujeres de 15 a 19 estaban trabajando tuvieron su primer embarazo, de éste grupo, el 62.10% de mujeres sí dejó de trabajar, mientras que el 37.90% continuó trabajando y llevando su embarazo.

Con la pregunta 635 ¿volvió a trabajar luego que terminó el embarazo? de la encuesta ENSANUT, podemos saber qué, el 76.61% de mujeres retomaron su trabajo luego de tener a su hijo(a), mientras que, el 23.39% no retomó su trabajo; es decir, una gran mayoría continuó trabajado para mantenerse a sí misma y a su hijo(a).

La pregunta 636 ¿por qué no volvió a trabajar? de la encuesta ENSANUT, nos permitió conocer los motivos por los cuales las madres adolescentes, en ese momento, no retomaron su trabajo, datos que se expresan en la Tabla 4, y vemos que el 80% de mujeres no tenían con quien dejar a su niño(a) y terminaron abandonando sus trabajos.

Tabla 4: Motivos por los que no volvió a trabajar, luego del embarazo

¿Por qué no volvió a trabajar?	Frecuencia	Porcentaje
No tenía con quien dejar al niño(a)	24	80.00
Ya no le quedaba tiempo	2	6.67
El niño(a) era muy enfermo	1	3.33
Oposición del cónyuge o conviviente	1	3.33
Problemas de salud de ella	1	3.33
otro, cuál		
Total	30	100.00

Fuente: ENSANUT 2012

3.1.2.4 Adolescentes y sus parejas

Para conocer a las personas con quienes las mujeres de ésta encuesta tuvieron su primer hijo(a) en su adolescencia, tomamos la pregunta 620 ¿qué era para usted esa persona

en ese momento? de la encuesta ENSANUT. En la Tabla 5 tenemos los resultados, y dos datos son los más relevantes: el 42.57% de mujeres tuvieron su primer hijo(a) con su cónyuge o conviviente; y, el 54.47% tuvieron su primer hijo(a) con su novio; de esta manera, se evidencia que la experiencia sexual de las mujeres en su adolescencia es con sus novios y que, por no usar métodos anticonceptivos, tuvieron un embarazo a temprana edad, sin haber formalizado una relación con sus parejas en ese momento, claro está, que muchas relaciones se formalizaron con el pasar del tiempo.

Tabla 5: Relación con la persona con quien tuvo su primer hijo(a)

¿Qué era para usted esa persona en ese momento?	Frecuencia	Porcentaje
Cónyuge, conviviente	966	42.57
Novio	1,236	54.47
Amigo	33	1.45
Familiar	10	0.44
Desconocido	15	0.66
Otra, cuál	2	0.09
No responde	7	0.31
Total	2,269	100.00

Fuente: ENSANUT 2012

Introduciéndonos más en la relación de las mujeres con sus parejas, con la pregunta 619 ¿qué edad tenía entonces la persona que la embarazó por primera vez? de la encuesta ENSANUT, la Tabla 6, nos permitió obtener un rango de edades, misma que se concentra en las edades de 17 a 23 años que sumados representan el 71.87% del total de respuestas. Es decir, los hombres que embarazaron a las mujeres en su adolescencia, también eran adolescentes, y en determinados casos, los hombres tenían uno o varios años más, que las mujeres.

Tabla 6: Edad de la persona que embarazó a la mujer

¿Qué edad tenía entonces la persona que la embarazó por primera vez?	Frecuencia	Porcentaje
13	1	0.05
14	5	0.23
15	14	0.64
16	63	2.86
17	199	9.05
18	308	14.00
19	262	11.91
20	266	12.09
21	201	9.14
22	184	8.36
23	161	7.32
24	128	5.82
25	89	4.05
26	71	3.23
27	52	2.36
28	44	2.00
29	32	1.45
30	28	1.27
31	15	0.68
32	11	0.50
33	14	0.64
34	5	0.23
35	6	0.27
36	3	0.14
37	3	0.14
38	10	0.45
39	4	0.18
40	8	0.36
41	1	0.05
42	2	0.09
43	1	0.05
44	1	0.05

45	1	0.05
47	1	0.05
48	1	0.05
49	1	0.05
50	1	0.05
51	1	0.05
55	1	0.05
56	1	0.05
Total	2,200	100.00

Fuente: ENSANUT 2012

La pregunta 623 ¿cuál fue la reacción de la persona que la embarazó cuando supo que usted estaba embarazada? de la encuesta ENSANUT, nos permitió obtener los datos de la Tabla 7, el 45.43% de personas reaccionaron contentos ante la noticia, lo que podría estar relacionado con la afectividad que al nacer al hijo(a) genera y el paso del tiempo; el 27.76% de personas se pusieron preocupados; el 5.32% de personas se mostraron indiferentes a la noticia; el 5.24% de personas reaccionaron enojados; el 4.85% de personas le dijo que no tuviera el hijo(a); y, el 4.14% de personas dijeron que tuvieran sola al niño(a).

La Psi. Sonia Rodríguez Jaramillo⁷ (Entrevistada para esta investigación) comenta sobre los padres adolescentes, lo que suele pasar “(...) y de otro lado los varones si se van no importa, sino escribe no importa, si a si mismo son los hombres, que si tiene tres familias con varios hijos y si se va y va rotando de familia (...)” aún no hay mayor evidencia bibliográfica de la situación de padres adolescentes, parece ser que la sociedad, desde una perspectiva machista, asume o justifica el hecho del que padre llegue a faltar.

⁷ Sobre nuestra entrevistada la Psicóloga Sonia Rodríguez Jaramillo, mencionamos es: Coordinadora Área Salud, Derechos Sexuales y Reproductivos del Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de la Mujer CEPAM Guayaquil, y, Coordinadora del Proyecto “Más Educación Menos Embarazo en Adolescentes”.

Tabla 7: Reacción de la persona que la embarazo

¿Cuál fue la reacción de la persona que la embarazó?	Frecuencia	Porcentaje
No supo	35	2.74
Contento	581	45.43
enojado	67	5.24
Preocupado	355	27.76
Le dijo que lo tuviera sola	53	4.14
Indiferencia	68	5.32
Se casaría / uniría	46	3.60
Fue violada	12	0.94
Le dijo que no tuviera	62	4.85
Total	1,279	100.00

Fuente: ENSANUT 2012

3.1.2.5 Conocimiento de métodos anticonceptivos y planificación familiar

Para saber cuál es el conocimiento en aquel entonces, sobre métodos anticonceptivos y planificación familiar por parte de las mujeres, tomaremos las preguntas 618, 610, 613, 601, y, 602 de la encuesta ENSANUT.

La pregunta 618 ¿en la época en que quedó embarazada, ¿cuál fue su reacción? de la encuesta ENSANUT, obtuvimos estos resultados que están en la Tabla 8, el 55.44% quería quedar embarazada, lo que puede estar relacionada con la afectividad posterior al tener su hijo(a) con el paso del tiempo; el 39.44% quería esperar más tiempo antes de quedar embarazada; y, el 5.11% no quería más hijos(as).

Tabla 8: ¿Cuándo quedó embarazada?

¿Cuándo quedó embarazada?	Frecuencia	Porcentaje
Quería tener ese hijo(a)	1,258	55.44
Quería esperar más tiempo	895	39.44
No quería más hijos(as)	116	5.11
Total	2,269	100.00

Fuente: ENSANUT 2012

La Tabla 9 nos muestra datos sobre el uso de métodos anticonceptivos por parte de la mujer, en base a la pregunta 610 ¿uso usted o él algún método anticonceptivo durante esa primera relación sexual? de la encuesta ENSANUT. El 77.98% de las mujeres no usaron ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual, lo que aumentaba el riesgo de embarazo; mientras que, el 22.02% si uso algún método anticonceptivo en su primera relación sexual.

Tabla 9: Uso de anticonceptivos

¿Usó ud., o él algún método anticonceptivo?	Frecuencia	Porcentaje
Si	490	22.02
No	1,735	77.98
Total	2,225	100.00

Fuente: ENSANUT 2012

Para conocer las razones del porqué no usaron algún método anticonceptivo, la pregunta 613 ¿cuál fue la razón principal por la que no usaron algún método anticonceptivo en esa primera relación? de la encuesta ENSANUT, tenemos la Tabla 10, el 55.14% de mujeres no usaron métodos anticonceptivos porque no esperaban tener relaciones sexuales en ese momento; evidencia de no hay planificación familiar en las parejas jóvenes en aquel momento; por otro lado, un 28.51% de mujeres no conocían ningún método anticonceptivo. En estas respuestas, encontramos inequidades de género, el hecho de que hombre se opusiera al uso de métodos anticonceptivos, o, lo que es más severo, que le prohíba a la mujer usarlos, porque no encuentra placer, es una relación de desigualdad, donde la mujer no puede decidir libremente sobre su cuerpo y su sexualidad.

Tabla 10: Razones del no uso de métodos anticonceptivos

¿Razón porque no usaron métodos anticonceptivos?	Frecuencia	Porcentaje
No esperaba tener relaciones en ese momento	880	55.14
No conocía ningún método	455	28.51
Creía que los anticonceptivos eran malos	29	1.82
La religión no se lo permitía	3	0.19
Quería embarazarse	74	4.64
No sabía dónde adquirir los anticonceptivos	39	2.43

El compañero se opuso	44	2.76
Quería usar pero no consiguió en ese momento	54	3.38
Coito no es satisfactorio con el uso de anticonceptivos	18	1.13
Total	1,596	100.00

Fuente: ENSANUT 2012

La pregunta 601 ¿recibió o no ha recibido información sobre ¿se exponen opciones, Tabla 11? de la encuesta ENSANUT, obtuvimos la siguiente información, Tabla 11, el 78.15% de mujeres dice que sí recibieron información sobre métodos anticonceptivos; mientras que, el 21.54% de mujeres dice no haber recibido información. Entonces, la mayor parte de las mujeres estaban informadas de la existencia de los métodos anticonceptivos, sin embargo, no los usaron, porque como vemos, en la Tabla 10, las relaciones sexuales no son planificadas, por lo tanto, no se planifica tampoco, el uso de estos métodos.

La Psi. Sonia Rodríguez Jaramillo⁸ (Entrevistada para esta investigación) explica, por qué sucede esta situación “(...) *la adolescencia es un periodo de alta vulnerabilidad (...) y no se piensa, no se ve, ni los jóvenes se dan cuenta, a mí no me va a pasar, tienen relaciones, yo no me voy a embarazar (...) pero es ese pensamiento mágico de la adolescencia (...), tienen curiosidad, quieren descubrir estas nuevas sensaciones, quieren experimentar estas nuevas sensaciones y el entorno le dicen anda atrévete, arriésgate* .

Tabla 11: Recibió información sobre métodos anticonceptivos

¿Recibió información sobre métodos anticonceptivos?	Frecuencia	Porcentaje
Sí	1,792	78.15
No	494	21.54
No sabe	5	0.22
No responde	2	0.09
Total	2,293	100.00

Fuente: ENSANUT 2012

⁸ Sobre nuestra entrevistada la Psicóloga Sonia Rodríguez Jaramillo, mencionamos es: Coordinadora Área Salud, Derechos Sexuales y Reproductivos del Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de la Mujer CEPAM Guayaquil, y, Coordinadora del Proyecto “Más Educación Menos Embarazo en Adolescentes”.

Para saber quién o quienes proporcionaron la información de los métodos anticonceptivos a las mujeres de nuestro estudio, la pregunta 602 ¿de quién o dónde recibió la mayor información de métodos anticonceptivos? de la encuesta ENSANUT, nos permitió obtener los datos de la Tabla 12, el 57.98% de mujeres recibió información de la escuela o colegio, y, apenas el 10.94% recibió la información de sus familiares. Comprobado, que las instituciones educativas, tienen un rol clave en materia de la educación sexual.

Tabla 12: Fuente de información de métodos anticonceptivos

Fuente de información de métodos anticonceptivos	Frecuencia	Porcentaje
Familiar	196	10.94
Escuela o colegio	1,039	57.98
Internet	10	0.56
Otras personas	91	5.08
Otras instituciones	456	25.45
Total	1,792	100.00

Fuente: ENSANUT 2012

3.1.2.6 Reacción de la familia

Con la pregunta 622 ¿cuál fue la reacción de su familia cuando supieron de su primer embarazo? de la encuesta ENSANUT, obtuvimos los datos de la Tabla 13; el 64.38% de las familias aceptaron el embarazo en forma normal, lo que es inicialmente una situación difícil de aceptar; el 11.87% de familias obligaron a las mujeres a casarse; el 9.19% de familias se mostró indiferente; las reacciones familiares más fuertes, tienen menor presencia, pero existen: el 4.51% corrieron a la hija de la casa; el 4.33% le dijeron que no tuviera el niño(a); el 2.86% dijeron que la familia iba a criar al niño; y el 2.86% no supieron del embarazo.

La Psi. Sonia Rodríguez Jaramillo⁹ (Entrevistada para esta investigación) sobre la reacción de las familias ante un embarazo adolescente comenta: “(...) *está presente en la cultura, está muy presente en la historia familiar, está muy presente en la pobreza ósea son*

⁹ Sobre nuestra entrevistada la Psicóloga Sonia Rodríguez Jaramillo, mencionamos es: Coordinadora Área Salud, Derechos Sexuales y Reproductivos del Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de la Mujer CEPAM Guayaquil, y, Coordinadora del Proyecto “Más Educación Menos Embarazo en Adolescentes”.

múltiples causas, (...) la estadística que nos dice que madres adolescentes vienen de madres adolescentes, es decir en su cultura, es su familia en su día a día, eso está muy presente con mucha fuerza (...)". Estos comentarios desde la experiencia de la profesional, son importantes, pero no generalizables a cada caso, sin embargo, hace visible una reproducción de historias de vida.

Tabla 13: Reacción de familia ante embarazo

¿Reacción de su familia por su primer embarazo?	Frecuencia	Porcentaje
Le obligaron a casarse	137	11.87
Aceptaron el embarazo en forma normal	743	64.38
Familia iba a criar al niño(a)	33	2.86
La corrieron de la casa	52	4.51
Le dijeron que no lo tuviera	50	4.33
No lo supieron	33	2.86
Indiferencia	106	9.19
Total	1,154	100.00

Fuente: ENSANUT 2012

3.1.4.6 Como terminó su primer embarazo

La pregunta 624 de la encuesta ENSANUT, plantea: en su primer embarazo ¿tuvo un hijo nacido vivo, fue un embarazo que perdió antes de que tuviera los 5 meses (aborto), o fue un hijo que nació muerto después que tuviera los 5 meses (mortinato)?. Para saber que pasó con el hijo(a) de estas mujeres, tenemos la Tabla 14; la mayoría de mujeres 96.74% tuvo un nacido vivo; el 2.73% sufrió una pérdida (aborto); y, el 0.53% menciona que su hijo(a) nació muerto.

Tabla 14: En su primer embarazo tuvo hijo nacido vivo

¿En su 1er embarazo tuvo hijo nacido vivo?	Frecuencia	Porcentaje
Sí tuvo nacido vivo	2,195	96.74
pérdida (aborto)	62	2.73
Nacido muerto (mortinato)	12	0.53
Total	2,269	100.00

3.1.2.7 Establecimiento donde fue atendida del parto

La pregunta 301 ¿en qué lugar o establecimiento de salud fue atendida durante el parto? de la encuesta ENSANUT, nos permite conocer a qué lugar acudieron las mujeres para tener a su hijo(a), los centros más demandados son: el 60.11% de las mujeres acudieron a un hospital público; el 15.72% acudió a un hospital o clínica privada; el 5.95% tuvo su hijo(a) en casa con un familiar; el 5.82% tuvo su hijo(a) con una partera, como se expresa en la tabla 14.

Tabla 15: Establecimiento donde fue atendido el parto

Establecimiento donde fue atendida el parto	Frecuencia	Porcentaje
Hospital público	2,718	60.11
Centro de salud público	91	2.01
Subcentro de salud público	87	1.92
Hospital / clínica IESS	88	1.95
Dispensario del IESS	5	0.11
Hospital FFAA / Policía	25	0.55
Hospital / Clínica privada	711	15.72
Junta de beneficencia	86	1.90
Consejo provincial / Unidad municipal	52	1.15
Fundación / ONG	33	0.73
En casa con partera	263	5.82
En casa con familiar	269	5.95
Parto sola	50	1.11
Otro, cual	42	0.93
No responde	2	0.04
Total	4,522	100.00

Fuente: ENSANUT 2012

3.1.3 INTERACCIÓN DE ACTORES

Después de revisar los resultados de la encuesta ENSANUT extrayendo las preguntas más relevantes para esta tesis y para la definición de las políticas públicas, se explicará de mejor manera la implementación de cada acción tendiente a lograr los objetivos de la política propuesta. Se describirá la interrelación de varios actores donde se distinguen los tres

diferentes tipos de dependencias de actores expuestos ya anteriormente en la sección que antecede los resultados de la encuesta ESANUT.

Los actores que pueden controlar los recursos necesarios para alcanzar los objetivos de la solución del problema son: Ministerio de Educación, Ministerio de Salud Pública, y, Ministerio de Inclusión de Económica y Social, ya que ellos son ministerios competentes en el área social y son ejecutores; los actores que pueden tener un poder formal sobre las condiciones necesarias para ejecución de la política son: Presidencia de la República, Ministerio Coordinador Desarrollo Social, Ministerio de Justicia, Derechos Humano y Cultos, y, Ministerio de Relaciones Laborales, que son tomadores de decisiones a la hora de priorizar la ejecución de una política social y su relevancia; los actores que pueden tener poderes más informales para bloquear decisiones, apoyar, o frustrar el proceso son: Adolescentes, Familias de los adolescentes implicados, Consejo Episcopal Ecuatoriano, Medios de comunicación, ONG'S, Grupos juveniles, y, Universidades.

Tabla.1: Interacción de actores

Actor	Importantes recursos bajo el control del actor	Grado en el que el actor /	Dependencia de un actor	Actor Crítico
Ministerio de Educación	Lidera el sistema educativo, oferta y renovación de la malla curricular, es quien emite la autorización para ingresos a los establecimientos educativos.	No es sustituible, es único en la competencia.	Sí.	Medio. Si los programas que buscan ingresar a los establecimientos educativos son estatales o tienen sus mismos enfoques son abalizados, de lo contrario no.
Ministerio de Salud Pública	Lidera el sistema de salud, dotación de personal, protocolos de atención y el enfoque para servicios especializados.	No es sustituible, es único en la competencia.	Si.	Medio. Hay programas existentes, significa una reorganización de enfoques y procesos internos.

Ministerio de Inclusión de Económica y Social	Desde su Dirección de la Juventud se pueden establecer estrategias específicas para abordar la temática, potencial movilizador.	Medianamente sustituible de acuerdo al enfoque de la Política.	Moderada bajo	Bajo.
Presidencia de la República	Define el horizonte del Plan de Gobierno, las políticas de prioridad y presupuesto, podría poner el tema en la opinión pública.	No es sustituible, a menos que él, delegue.	Si.	Alto. El enfoque que puede darle a la política para abordar el problema es decisivo.
Ministerio Coordinador Desarrollo Social	Maneja enfoques intersectoriales para la política, no es ejecutor, toma parte en el criterio de asignación de recursos.	Medianamente sustituible por SENPLADES.	Moderada.	Alto. Lidera las políticas del sector social.
Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos	Genera una sinergia con el Sistema Judicial, potencial aliado si se trata de casos de adolescentes embarazadas que han sido vulnerados sus derechos.	Medianamente sustituible por otro actor relevante del Sistema Judicial.	Moderada.	Bajo.

Ministerio del Trabajo	Capacidad de ejercer control y sanción y apertura de redes de empleo para adolescentes/jóvenes de acuerdo a la ley.	No es sustituible, es único en la competencia.	Si.	Medio. La demanda de perfiles son: profesionales o tecnificados, y, de personas con experiencia, hecho que pone en desventaja a los adolescentes.
Adolescentes	Creatividad, potencial movilizador.	No es sustituible.	Si.	Alto. Que tengan voluntad para ser parte activa de una política.
Familias de los adolescentes implicados	Base social fuerte.	No es sustituible.	Si.	Medio. Que tengan voluntad para ser parte activa de una política. Lograr cohesión con los enfoques más que con las creencias.
Consejo Episcopal Ecuatoriano	Amplia cobertura y potencial movilizador.	No es sustituible.	Si.	Alto. Tienen posiciones fundamentadas en dogmas que evidencian cultura patriarcal.
Medios de comunicación	Capacidad de masificar mensajes y cobertura. Actor clave para difusión.	Medianamente sustituible, se puede seleccionar medios por target y coberturas.	Moderada.	Medio. Están abiertos a negociar campañas de acuerdo a sus principios.

ONG'S	Capacidad de contenido y redes, limitada cobertura, recursos y movilización. Potencial aliado.	Medianamente sustituible.	Moderada.	Medio. Están abiertas a articular con el Estado de acuerdo a sus mandatos.
Grupos juveniles	Potencial movilizador, capacidad integradora y dinámica. Limitados recursos.	Medianamente sustituible.	Moderada.	Medio. Están abiertas a articular con el Estado de acuerdo a sus intereses.

Elaboración: Autores

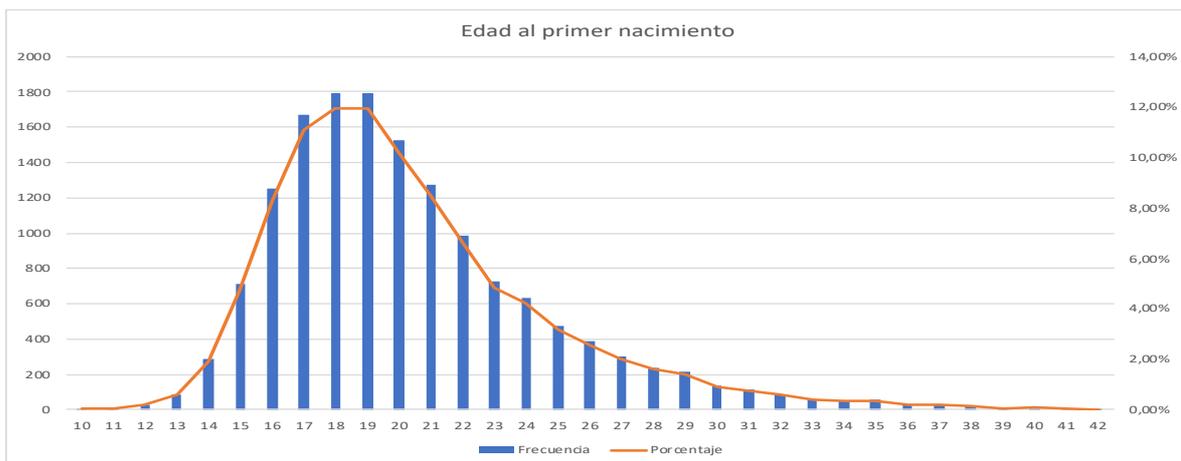
3.1.4 DIAGNÓSTICO

Finalmente, habiendo realizado un recorrido por el sistema del embarazo adolescente, al analizar los distintos escenarios que podrían presentarse, los actores que intervienen, la realidad medida por la ESANUT 2012 y la interrelación entre actores, esta tesis se concentrará en estudiar principalmente los siguientes ejes, en relación a los objetivos propuestos:

Como primer punto, siendo el embarazo adolescente no deseado, objeto de estudio y como “se observa un aumento en la fecundidad adolescente (15 a 19 años) en las dos últimas encuestas y un descenso progresivo de las tasas específicas en el resto de las mujeres en edad fértil. El Ecuador mantiene una cúspide temprana de la fecundidad entre los 20 y 24 años” (INEC & SALUD, 2012) se plantea conocer ¿cuál es el porcentaje de madres adolescentes en el Ecuador? para poder justificar así el impacto de esta tesis, siendo este porcentaje significativo o no dentro de la sociedad ecuatoriana.

A continuación, se ha tomado como referencia la frecuencia y el porcentaje de la edad en la que las madres dieron a luz a su primer hijo, acercándonos a la realidad de ¿cuál es la edad en la que más partos se obtienen en el Ecuador? Teniendo como resultado un pico alto entre los 16 y 21 años y aún más alto entre los 17 y 19 años. Esto muestra que efectivamente la mayor cantidad de partos se dan en la adolescencia y posiblemente la mayor cantidad de embarazos también.

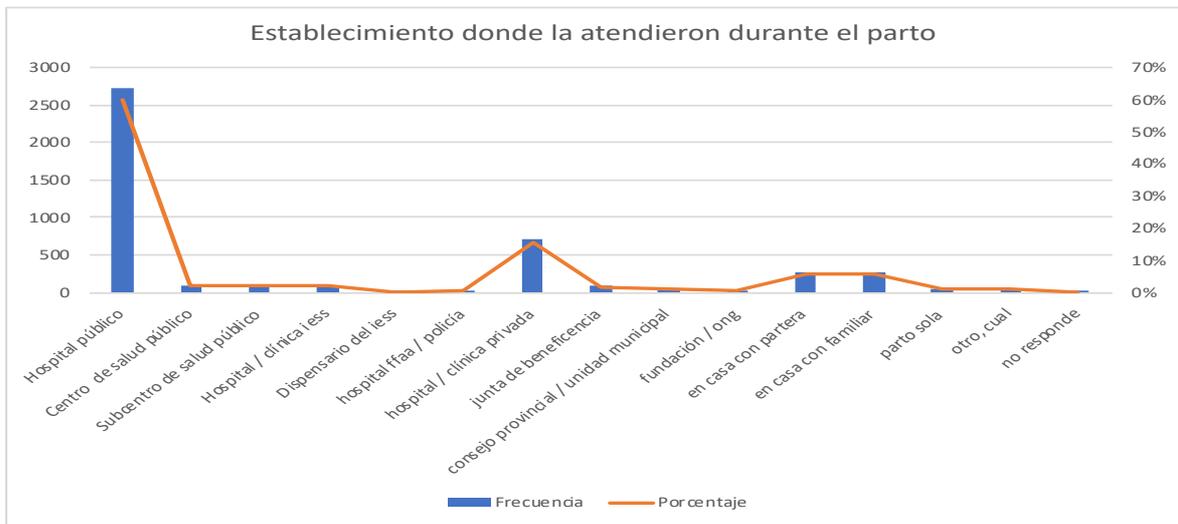
Ilustración 10: Edad de la madre al primer nacimiento de su hijo



Fuente: ENSANUT 2012

En el siguiente gráfico se observará la frecuencia y el porcentaje del establecimiento en que dieron a luz las madres adolescentes encuestadas, haciendo una relación aproximada a su nivel socioeconómico. En el Ecuador, es bajo el porcentaje de mujeres embarazadas que decidían dar a luz en un establecimiento público teniendo la posibilidad (económica) de hacerlo en una clínica privada; y como resultado hay una tendencia alta de partos en los hospitales públicos. Esto permite aproximarse a la afirmación de que efectivamente la mayor cantidad de embarazos están en el sector socioeconómico bajo.

Ilustración 11: Establecimiento de atención durante el parto

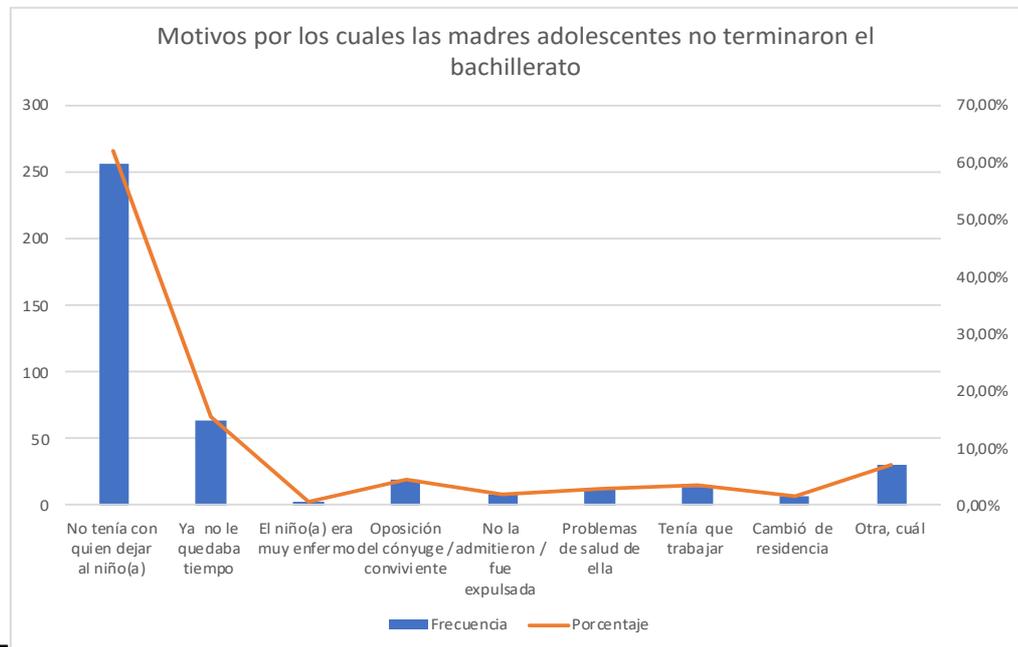


Fuente: ENSANUT 2012

Como siguiente punto, y acercándose más al problema en sí, más allá del estudio de la prevención que se pudo o se podría tener para no llegar al embarazo adolescente no deseado, esta tesis apunta al estudio de las repercusiones que tienen los jóvenes al afrontar el embarazo adolescente. Entre estas tenemos el abandono del sistema educativo y por lo tanto la falta de oportunidades laborales o la temprana inserción al mundo laboral con escasos beneficios. Se requiere entender ¿Por qué las madres adolescentes no terminaron el bachillerato después del nacimiento del bebé? En el caso de las madres adolescentes que ingresaron al mercado laboral y lo abandonaron ¿cuáles son los factores que intervienen en esta decisión?

En los siguientes gráficos se observará la alta demanda de un sistema que permita a las madres adolescentes resolver la tenencia de su bebé y a su vez continuar con sus actividades educativas y laborales. El despunte hacia este motivo por el cual abandonan el sistema educativo y laboral es abismal. Por esta razón dentro de las propuestas de esta tesis nos enfocaremos en una sección a la solución de esta problemática. Se podría considerar también los otros motivos como la falta de tiempo, enfermedades del niño, oposición del cónyuge, la expulsión, problemas de salud, razones laborales, cambio de residencia u otras.

Ilustración 12: Motivos por los que no terminaron el bachillerato



Fuente: ENSANUT 2012

Ilustración 13: ¿Por qué no retomaron sus actividades laborales?

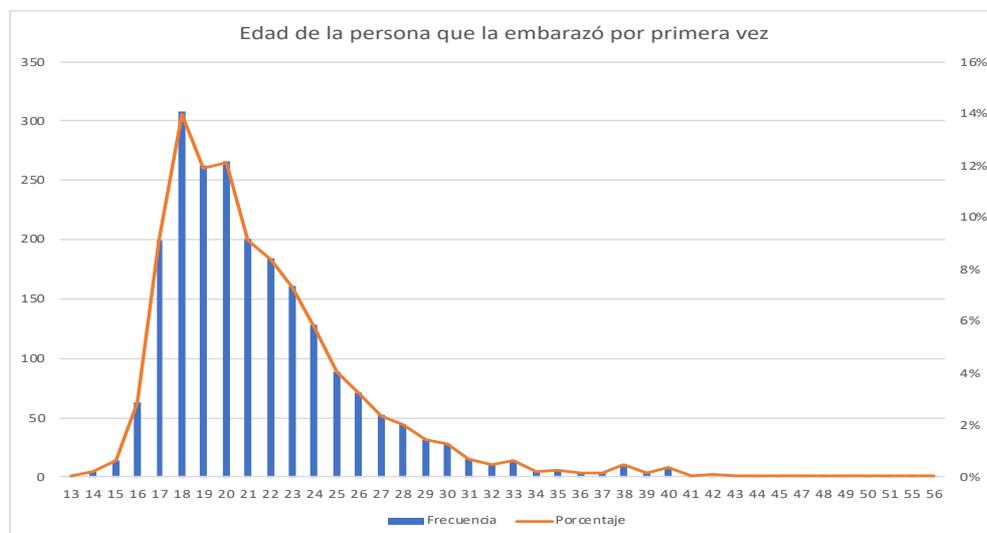


Fuente: ENSANUT 2012

Otros datos relevantes para este estudio son la tendencia que existe en la reacción de los padres del bebé, siendo estos adolescentes o no. También, conocer ¿cuál fue la tendencia en la reacción de los familiares, puntualmente los padres? De aquí parten otros caminos como si la madre tuvo apoyo o no, comprender ¿cómo hizo para sostener a su hijo(a)? ¿esto la llevó a tener afectaciones emocionales y psicológicas o no? De manera que, como se puede observar, el embarazo precoz es un problema complejo que además tiene incidencias sobre la salud de la madre y del bebé, así como implicancias socioculturales y psicológicas.

Es tema de interés saber si el padre del bebé es adolescente también, así las políticas públicas deberían estar destinadas para ambos. Es decir, si el padre es adolescente probablemente también tendrá dificultad en terminar el bachillerato y mantener un trabajo a la vez para poder sostener a su nueva familia; Y, como resultado si se observa que la mayor parte de los padres son adolescentes también.

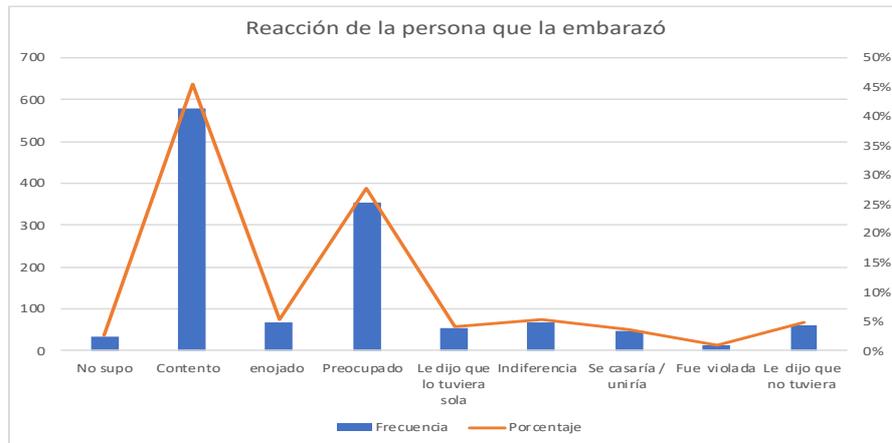
Ilustración 14: Edad de la persona que la embarazó por primera vez



Fuente: ENSANUT 2012

En cuanto a la reacción del padre del bebé se observa que al menos más de un 40% estuvieron de acuerdo con el embarazo y casi un 25% preocupados. En ambos casos, y más aun siendo adolescentes ambos padres, tienen la necesidad de contar con un mayor apoyo por parte del estado. Probablemente ese porcentaje que está “preocupado” son los que posteriormente le quitan el apoyo a la madre o la motivan a abortar, trayendo mayores consecuencias afectando a la salud del bebé y de la madre.

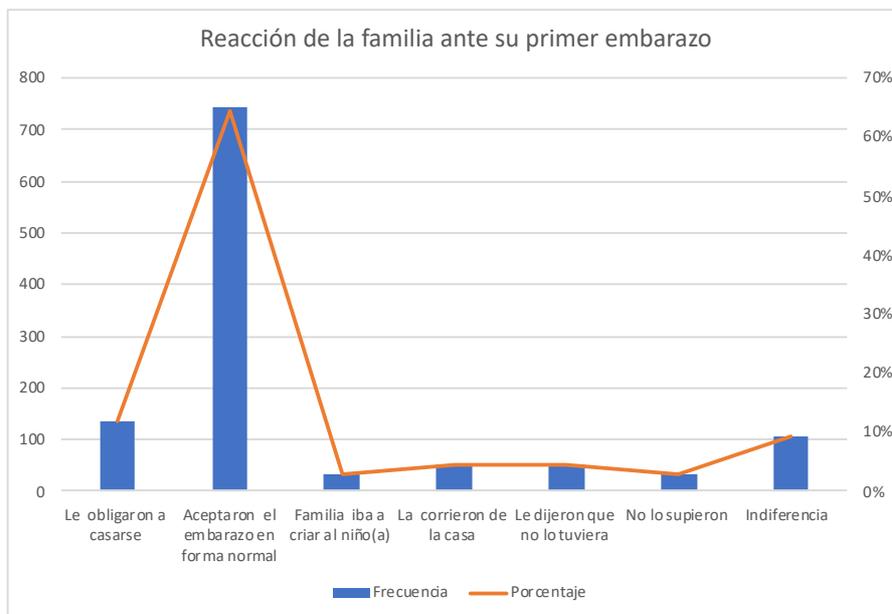
Ilustración 15: Reacción de la persona que la embarazó



Fuente: ENSANUT 2012

Sobre la reacción de los familiares, en el siguiente gráfico se observa que más del 60% aceptaron el embarazo. Sin embargo, no hay que alejar la mirada sobre el porcentaje que no lo hizo porque ahí está un remanente importante el cual por falta de apoyo toman decisiones apresuradas, alejándose aún más de las pocas oportunidades de desarrollo que les quedan. Hacia este lado también deben apuntar las políticas públicas que se planteen para el embarazo adolescente, pretendiendo mejorar la calidad de vida tanto de las madres como la de los bebés.

Ilustración 16: Reacción de los familiares ante el embarazo



Fuente: ENSANUT 2012

Finalmente, se pretende también, analizar las políticas públicas actuales evaluando de manera cualitativa sus ventajas y desventajas, con el fin de proponer políticas con un sistema más robusto. Esto refiriéndonos a programas educativos y laborales que permitan el desarrollo de este grupo prioritario en conjunto con una legislación que tenga concordancia con los objetivos mencionados y permita alcanzar mejoras.

3.2 EVALUACIÓN DE PROGRAMAS APLICADOS HASTA LA ACTUALIDAD

Amparado en la Ley sobre la Educación de la Sexualidad y el Amor, el Ministerio de Educación y Culturas, aprueba el Plan Nacional para la Educación de la Sexualidad y el Amor (PLANESA) y para operatividad de PLANESA en los planteles de todos los niveles y modalidades del sistema educativo nacional, se crea el Programa Nacional de Educación de la Sexualidad y el Amor denominado PRONESA.

De la información bibliográfica recabada, en una presentación institucional de PRONESA (Ministerio de Educación, 2008) se resalta logros alcanzados en dos ámbitos “sensibilización a la comunidad educativa y nacional; y, capacidad instalada: equipos técnicos provinciales, comités institucionales, docentes capacitados/as, estudiantes sensibilizados.” La implementación de PRONESA motivó la creación de varias políticas nacionales integrales en educación de la sexualidad integral en los ámbitos de: Prevención de ITS-VIH/SIDA, Prevención del embarazo en adolescentes, Erradicación de la Violencia de Género, Erradicación de los delitos sexuales, y, Erradicación de toda forma de explotación sexual y laboral con fines de trata en el ámbito educativo.

Los resultados del programa PRONESA en los años 2006 - 2008 (Ministerio de Educación, 2008) son: 24 Equipos Técnicos Provinciales del PRONESA formados; 30.566 maestros/as de Educación Básica y Bachillerato capacitados/as; 8.727 instituciones de Educación Básica y Bachillerato intervenidas; 300 funcionarios de las direcciones provinciales de Educación de las 24 provincias a nivel nacional; 316.179 estudiantes formados/sensibilizados en educación sexual, prevención de VIH/SIDA-ITS y erradicación de delitos sexuales, prevención del embarazo adolescente, erradicación de la violencia de género, en el ámbito educativo; 130 profesionales de los departamentos de Orientación y Bienestar Estudiantil (psicólogo, trabajadora social y médico).

El embarazo adolescente como un problema ha ido captando cada vez más en interés colectivo y por ende del Estado, dado que compromete la vida de las mujeres, de los

hombres, las familias y la sociedad. (Plan; UNICEF, 2014) “Más allá de las condiciones y circunstancias particulares, por mandato de género la carga del embarazo recae principalmente en las mujeres, quienes además de ser buenas madres y renunciar a sus proyectos personales tienen que asumir los roles tradicionales (domésticos) asignados a su sexo, independientemente de su edad, condición (soltera, casada o en unión) y lugar de residencia (ya sea que permanezca en el hogar materno, viva en el hogar de su pareja, o conviva con su pareja en un lugar independiente). En todos los casos, sus obligaciones domésticas se incrementan, lo que para las adolescentes madres refuerza las limitaciones para continuar con sus proyectos y aspiraciones personales, entre ellas el estudio”.

Dado que las mujeres son las que viven el embarazo, en el programa PRONESA (Ministerio de Educación, 2008) se dió “En el sistema de salud del Ecuador, se ha dado un especial énfasis a las políticas y programas orientados al sector femenino, por lo que se dispone de escasa información de lo que ocurre en los hombres y corresponde también a la direccionalidad de las políticas públicas con mayor carga hacia las mujeres y limitando la participación de los hombres en este ámbito...”.

Para el año 2012 liderado por el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social se implementa la Estrategia Intersectorial de Prevención del Embarazo Adolescente y Planificación Familiar (ENIPLA) (Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, 2011) en el diseño del proyecto la intervención sería del 1 de enero de 2012 al 31 de diciembre de 2013, por un monto de \$32.610.421,00 (treinta y dos millones seiscientos diez mil cuatrocientos veinte y uno/100 Dólares de los Estados Unidos de América) Inversión que corresponde a recursos fiscales y una cobertura nacional del proyecto (Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, 2011).

El propósito fundamental de ENIPLA (Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, 2011) se centró en: “Incrementar el acceso permanente y efectivo de los ciudadanas y ciudadanos del país a información, educación, consejería, inclusión, protección y servicios de salud para la toma de decisiones libres y responsables sobre sexualidad y reproducción, y el ejercicio pleno de sus derechos sexuales y reproductivos, a través de sinergias sectoriales”. En términos de metas, en la descripción del proyecto se precisan “entre las metas planteadas, hasta el año 2013, dos relacionadas por una parte a la reducción del embarazo adolescente en un 25% y por otra a la disminución de la mortalidad materna en un 35%” tomado de (Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, 2011).

ENIPLA, llego a su fin, citamos publicación de prensa (Diario El Telégrafo, 2015) que recoge: “El presidente Rafael Correa en su último enlace ciudadano anunció el cambio del Estrategia Nacional Interseccional de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo de Adolescentes (ENIPLA) por el nuevo programa “Plan Familia Ecuador”, que se preocupará de asuntos menos mundanos, o salud y hedónicos, para priorizar el afecto, el amor, y la familia como eje de la sexualidad, control del embarazo de adolescentes, y se supondría que de todas las actividades que según el Presidente fueron mal llevadas por el antiguo ENIPLA...”.

En el “Proyecto Plan Nacional de Fortalecimiento de la Familia” se menciona: “Se reconoce el trabajo que llevaba a cabo la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENIPLA) la cual finaliza en diciembre del 2014, para continuar a partir del 2015 con el nuevo proyecto “Plan Nacional de Fortalecimiento de la Familia”, cuyo objetivo es lograr un giro significativo en el patrón de comportamiento en adolescentes y jóvenes respecto a la vivencia de la afectividad y la sexualidad, a través del complemento de las políticas públicas en la temática y el fortalecimiento del rol protagónico de la familia, (...)” citado en (Presidencia de la República del Ecuador, 2018).

Según el proyecto elaborado y ejecutado por la Presidencia de la República de Ecuador, el Plan Nacional de Fortalecimiento de la Familia, tenía una ejecución del 1 enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017, por un monto total de \$ 24.760.682,06 (veinte y cuatro millones setecientos sesenta mil seiscientos ochenta con seis/100 Dólares de los Estados Unidos de América) (Presidencia de la República del Ecuador, 2018). Sobre los resultados, no existe mayor información, el portal Redacción Médica menciona, sobre este proyecto: “En cuanto a los resultados ha señalado que los ministerios ejecutores del plan desarrollaron una serie de documentos para producir 65 manuales (guías) enfocados hacia los adolescentes, y que como Plan Familia Ecuador llegaron a 350 mil familias” (Redacción Médica, 2017).

Como la llegada del nuevo Gobierno en el mayo de 2017 y como parte de reestructuración de la Función Ejecutiva, Redacción Médica cita: “(...) el presidente Lenín Moreno ha firmado 10 decretos, de los cuales uno suprime el Plan Familia Ecuador, instaurado en marzo de 2015” (Redacción Médica, 2017).

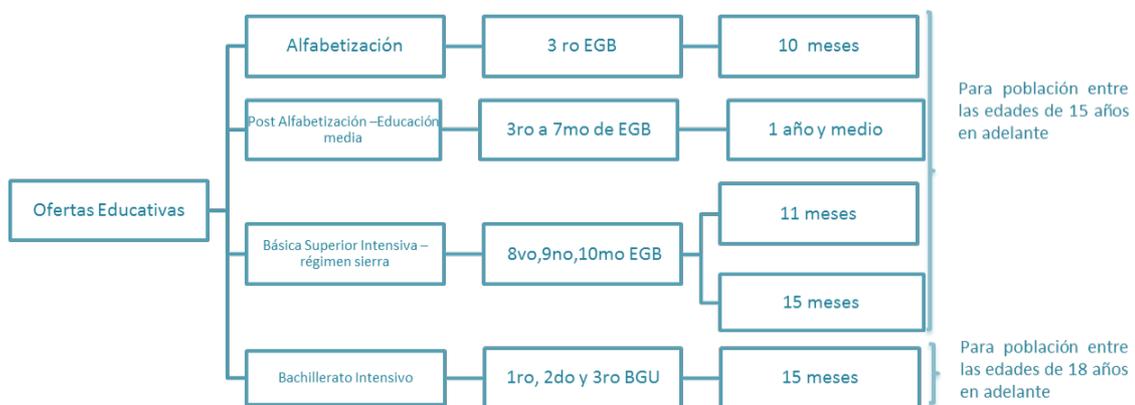
Desde el año 2017, Ecuador cuenta con nuevo Plan de Salud Sexual y Reproductiva cuya implementación es a nivel nacional en más de 2 mil unidades de atención sanitaria

distribuidas por todo el país (Redacción Médica, 2018). En este Plan, el Ministerio de Salud, reconoce la problemática del embarazo adolescente, citamos: “El embarazo en adolescentes es una prioridad de salud pública en la región de América Latina y el Caribe, puesto que esta región ocupa el segundo lugar a nivel mundial, después de África Subsahariana. Según el Centro de Estadísticas para América Latina y el Caribe (CEPAL), el Ecuador es el tercer país a nivel de la región con la tasa más alta de embarazo en adolescentes (10-19 años) (...)” (Ministerio de Salud Pública, 2017).

De esta manera, el Ministerio de Salud Pública en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud – MAIS tienen como línea estratégica dentro de éste Plan “Fortalecer la oferta de servicios de salud amigables y de calidad para adolescentes en el sistema nacional de salud”, y abordar la problemática de la mano del trabajo inter institucional e intersectorial, este trabajo se cumple bajo las “Normas y procedimientos de atención para la atención integral de Salud de Adolescentes” y el “Protocolo de atención integral a adolescentes”, que se encuentran vigentes desde el año 2009 en el sistema nacional de salud ecuatoriano (Ministerio de Salud, 2009).

Sobre las políticas actuales de educación, El Ministerio de Educación del Ecuador ejecuta desde el año 2010 el Proyecto de Educación Básica de Jóvenes y Adultos “EBJA” con el propósito de: “(...) ofertar los servicios educativos a la población de 15 años en adelante, que por razones económicas, geográficas o sociales no finalizó su educación básica media. A partir del año 2015 brinda la continuidad de estudios en básica superior y bachillerato general unificado” (Ministerio de Educación, 2017). El proyecto “EBJA” oferta los siguientes servicios educativos:

Ilustración 17 Ofertas EBJA - Ministerio de Educación



Fuente: Ministerio de Educación, 2018

Estas ofertas educativas extraordinarias del Ministerio de Educación para la población no escolarizada, o, que no terminó el bachillerato, y se ajustan a las necesidades de cada nivel de instrucción; además, representan una gran oportunidad para que las adolescentes que interrumpieron sus estudios por motivos de su embarazo, por no tener con quien dejar a su niño(a), o, porque no tienen apoyo del padre o la familia, puedan retomar sus estudios; dado que éstas ofertas son extraordinarias, porque se realizan en horarios nocturnos y en las sedes definidas por la autoridad educativa, de igual manera, pueden optar por esta modalidad las adolescentes embarazadas que no desean regresar a la oferta ordinaria, siempre y cuando cumplan la edad requerida, de lo contrario deben regresar a la oferta ordinaria o esperar a cumplir la edad para la oferta extraordinaria, como se indica en la ilustración anterior.

El jueves 25 de enero de 2018, el Ministerio de Educación del Ecuador y el Ministerio de Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información (MINTEL) presentó una nueva opción para las personas mayores de 18 que no han culminado sus estudios, se trata del Bachillerato Modalidad a Distancia-Virtual, a nivel nacional (Ministerio de Educación, 2018). Esta nueva oferta, va a permitir la participación de mayor número de personas, en especial mujeres que fueron madres adolescentes, por cuanto las mujeres al dedicarse al cuidado de los hijos y el trabajo, no pueden asistir normalmente a clases, por lo que nos parece una gran iniciativa del Gobierno, y, esperamos que gran parte de la población pueda acogerse a este programa utilizando el internet de casa, o si no lo tiene, usando un Infocentro de MINTEL distribuido a nivel nacional.

Ilustración 18 Modalidad Bachillerato a Distancia (Virtual)

Programa	Requisitos de ingreso	Duración	Horario
Bachillerato a Distancia-Virtual	<ul style="list-style-type: none"> • Tener 18 cumplidos, o, más años de edad • Documento de identificación 	El proceso dura mínimo 5 meses y máximo 10 meses, por cada curso de Bachillerato.	El horario de estudio es totalmente flexible, cada Infocentro (Mintel) estará a disposición 8 horas diarias y los horarios son abiertos de

	<ul style="list-style-type: none"> • Rezago educativo de 3 o más años de edad (dentro o fuera del sistema educativo) • Tener aprobado 10.º de Educación General Básica (3.º curso Ciclo Básico en la anterior estructura del sistema educativo) 	<p>El tiempo depende de la disponibilidad de cada estudiante (sobre todo, el tiempo dedicado al aprendizaje virtual).</p>	<p>acuerdo con la realidad del sector. Cada estudiante, debe definir entre 2 y 4 horas diarias de estudio.</p> <p>Las tutorías con docentes sí tendrán un horario establecido; no obstante, para los estudiantes, las tutorías son opcionales.</p>
--	---	---	--

Fuente: Ministerio de Educación, 2018.

Actualmente, el acceso a la educación secundaria, no presenta limitantes para las adolescentes embarazadas y madres adolescentes, en ninguna modalidad de educación como lo hemos analizado tanto en la normativa jurídica a través de la Ley Orgánica de Educación Intercultural y con las políticas públicas del Ministerio de Educación con su Proyecto de Educación Básica de Jóvenes y Adultos con las modalidades extraordinarias.

El jueves 14 de diciembre de 2017, el Ministerio de Educación, dio esta importante noticia: “presentó nuevas estrategias que fortalecen el sistema de protección de derechos de la niñez y la adolescencia, que se enmarcan en el Plan Nacional de Convivencia Armónica y Cultura de Paz – Más Unidos Más Protegidos una de las estrategias (...) corresponde al lanzamiento del documento “Protocolos de actuación frente a situaciones de embarazo, maternidad y paternidad de estudiantes en el sistema educativo”. El ministro Falconí destacó la necesidad de generar una guía para actuar, tanto en materia preventiva, como de acompañamiento a los jóvenes que han tenido la maternidad o paternidad temprana.” (Ministerio de Educación, 2018).

Al revisar éste documento, encontramos desde información de la problemática, conceptos, rutas de actuación para casos de maternidad y paternidad, marco normativo, y sugerencias para la educación de la sexualidad; uno de los objetivos específicos del protocolo

es “desarrollar estrategias que permitan la detección, la intervención, la derivación y el seguimiento oportuno a estudiantes en situaciones de embarazo temprano, con énfasis en aquellos casos de menores de 14 años de edad” esta grupo se prioriza porque “si bien la tasa de natalidad a nivel nacional muestra una disminución, la tasa específica de madres adolescentes muestra un incremento, sobre todo en la población menor a 18 años de edad. Es así que, en la población de 12 a 14 años la tasa se incrementó en 0,8 puntos, pasando de 1,08, en 1990, a 1,92, en 2014, lo que supone un total de 1 515 niñas que han sido madres a una edad en la que, según el Código Integral Penal (COIP), este hecho es producto de la violencia sexual.” (Ministerio de Educación, 2017).

Este protocolo brinda herramientas concretas y técnicas de apoyo en los proyectos que implementan los Departamentos de Consejería Estudiantil (DECE) en cuanto a la atención de embarazos en las instituciones educativas y, a su vez, definir lineamientos claros para la intervención de los integrantes de la comunidad educativa frente a casos de embarazos detectados en menores de 14 años y en casos de embarazo producto de presuntos hechos de violencia sexual; para lo cual se trabaja en red de instituciones y la corresponsabilidad de la familia. A continuación, extraemos el resumen que el protocolo mencionado, propone para el abordaje de una situación de embarazo adolescente.

Ilustración 19: Resumen de las acciones educativas en el marco de la situación del embarazo

PERSONAL DEL DECE	Acompañar y brindar seguimiento psicosocial y académico al estudiante o la estudiante y a su familia.
	Asesorar a la comunidad educativa con respecto a las necesidades que requiere el estudiante o la estudiante.
	Informar a las autoridades y docentes de la situación y coordinar estrategias de apoyo.
PERSONAL DIRECTIVO	Garantizar la continuidad en el sistema educativo y facilitar el acceso a la salud integral, incluida la salud sexual y reproductiva y el ejercicio de su maternidad o paternidad.
DOCENTES	Apoyar y reforzar el proceso académico.
	Flexibilizar las actividades y formas de evaluación.
ESTUDIANTE	Continuar con los estudios formales.
	Justificar debidamente las inasistencias.
	Asistir a los controles médicos prenatales oportunamente.
FAMILIA	Apoyar al estudiante o a la estudiante en la continuación de sus estudios y su desarrollo integral, orientando y acompañando las decisiones

Fuente: Ministerio de Educación, 2018

Tanto, el “Proyecto de Educación Básica de Jóvenes y Adultos con las modalidades extraordinarias” y los “Protocolos de actuación frente a situaciones de embarazo, maternidad y paternidad de estudiantes en el sistema educativo” son nuevos en el sistema educativo ecuatoriano, por lo que su aplicación es reciente, y aun no se conoce el impacto.

Una opción que se abre en el sistema educativo y da impulso a la inserción laboral de los jóvenes es la modalidad del bachillerato técnico productivo del Ministerio de Educación, si bien esta propuesta se creó en 2016 bajo el Acuerdo Ministerial Nro. MINEDUC-ME-2016-00047-A suscrito por Augusto Espinosa, Ministro de Educación de aquel entonces, esta modalidad de bachillerato se ha ido incorporando paulatinamente. El Bachillerato Técnico Productivo (BTP) para el Ministerio de Educación es: “una nueva oferta formativa establecida en la LOEI (Art. 44, literal b), que se caracteriza por ser un bachillerato complementario al BT, es de carácter optativo, tiene 1 año de duración adicional, desarrolla en los estudiantes capacidades y competencias específicas, adicionales a las del BT, la vigencia de las figuras profesionales del BTP es temporal y depende de la demanda que exista en el campo laboral, la oferta de figuras profesionales está vinculada a sub-sectores específicos de la economía, localizados en territorios con potencial desarrollo (proyectos estratégicos)”. (Ministerio de Educación, 2018).

Para el Ministerio de Educación el bachillerato productivo “(...) coadyuvará a promover la cultura del trabajo y la producción, para el desarrollo territorial sustentable del país y sus regiones; será un elemento clave de las estrategias de desarrollo y crecimiento socio productivo (...)”. (Ministerio de Educación, 2018). En el año 2017 se expidió el “Instructivo para normar los procesos de apertura, ampliación y funcionamiento de la oferta de bachillerato técnico productivo” donde se determina que la admisión de los estudiantes para esta modalidad, está sujeta al cupo determinado por la entidad receptora y responde a la capacidad que esta posea. Actualmente, el Ministerio de Educación está concretando las figuras profesionales del BTP a aplicarse, con la participación de expertos y actores de los sectores productivos; así, también, con una delegación de los colegios donde se implementará la oferta, la expectativa de esta nueva modalidad es elevada, dado que, con un año adicional de estudios, se tendrá un perfil laboral.

En el campo de las políticas laborales, el Gobierno Nacional anunció nuevas políticas: “ Las nuevas medidas se basan en la generación de plazas laborales y la reducción del desempleo, subempleo e informalidad (...) el Gobierno Nacional, a través del Ministerio del Trabajo, ha propuesto tres iniciativas: 1) Contrato Juvenil, promoverá que 60 mil jóvenes

de 18 a 26 años (hasta el 2021) accedan a un empleo y 250 mil empleadores reciban un incentivo tributario por la contratación de pasantes (...); 2) fortalecimiento del Proyecto “Mi Primer Empleo” al vincular al mercado laboral a 23.507 jóvenes (egresados o estudiantes del último año de Instituciones de Educación Superior) al año tanto al sector público como privado. (...); 3) (...) creación de nuevas modalidades contractuales que priorizan el impacto social (no migración de contratos, ni precarización); impacto productivo (beneficio para el empleador); incremento salarial y actividades extraordinarias dentro del giro ordinario de un negocio” tomado de (Ministerio de Trabajo, 2018). Estas nuevas medidas están en diseño, con un fuerte enfoque en la juventud, y buscan la dinamización laboral.

3.3 CASOS DE ÉXITO O BUENAS PRÁCTICAS INTERNACIONALES

Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas, América Latina es la única región en el mundo donde la tasa de embarazo adolescente está aumentando, (Darcy, 2017) Revisando la literatura referente a las buenas prácticas internacionales, tampoco existe un modelo o programa totalmente exitoso que sea aplicable a la realidad de Ecuador o que todas sus políticas estén lejanas al convencionalismo que se limita en promover la prevención del embarazo adolescente con temas de educación sexual o acceso a métodos anticonceptivos; y en los mejores casos políticas de acceso universal a salud. Sin embargo, hay políticas públicas de ciertos países de la región que, a diferencia de simple acceso, priorizan la atención de los embarazos adolescentes sobre cualquier otro y promueven el desarrollo de estos jóvenes.

“Ante esta situación, diferentes instituciones han llamado la atención del doble problema del fenómeno de madre solterísimo en cuestión de derechos, por un lado, la adolescente es menor de edad y por el otro, cuida o tiene la responsabilidad de un infante. Tales circunstancias conllevan a realizar estrategias de intervención que atiendan la doble vulnerabilidad fomentando el apoyo social y familiar ante una situación de la cual, la adolescente comienza a ser plenamente responsable.”
(RELAL, 2012)

3.3.1 POLÍTICAS SOCIALES

En este escenario surgen las acciones del Observatorio Educativo Lasallista en Colombia para los derechos de los niños, niñas y jóvenes que busca atender la complejidad

de la situación por medio del programa “Madres Adolescentes Proactivas” que atendió a un grupo de madres adolescentes de Barrancabermeja (Colombia), desde el apoyo psicosocial y la capacitación para la productividad. El proyecto tuvo como objetivos: La caracterización psicosocial y familiar de las madres participantes; el fortalecimiento del vínculo madre-hijo y su desarrollo psico-afectivo como estrategia para el cuidado de sí, del otro y del entorno inmediato; la sensibilización a las participantes en el sentido, garantía y reconocimiento de sus derechos, como se plantea en la Ley; y, ofrecer a las madres adolescentes una propuesta de capacitación que coadyuve en la generación de posibilidades formativas y productivas para su crecimiento.

El proyecto estuvo comprendido en dos fases: una de sensibilización y la otra de formación. En la primera etapa se contactó a los líderes barriales y a las madres por visitas domiciliarias. De esta manera se identificó la población y se hizo el proceso de selección. Además, se conformó el equipo de intervención psicosocial y laboral, así como se determinó también el lugar donde se generaría el trabajo, previendo limitantes económicas.

En la primera fase de sensibilización, se describía a la madre de manera individual y en su entorno familiar, observaba el barrio donde vivía y las condiciones de su vivienda. Se realizaba un seguimiento mediante un formato estándar en el que se observaban distintos indicadores. En la segunda fase de capacitación se elegían a las madres participantes ubicándolas en su respectivo grupo junto a quienes dirigirían el desarrollo del proyecto. Las capacitaciones y talleres estuvieron destinados a fortalecer la asertividad, empatía, el saber escuchar, el definir los problemas, la evaluación de soluciones, la negociación, la expresión justificada de la ira o disgusto y el disculparse o admitir ignorancia.

En la segunda fase se realizaron 20 talleres capacitadores que proveían herramientas para postularse en ofertas laborales, servicio al cliente, comercialización de bienes y servicios; y, demás necesidades de la población. Se implementó esta etapa con el fin de mejorar sus perfiles ocupacionales. Los temas más importantes que se trataron en los talleres fueron sobre herramientas productivas, economía solidaria y emprendimiento, belleza y bisutería. La etapa se finalizó con una feria, dando la posibilidad a los participantes de ofrecer sus productos y servicios.

Otra medida a nivel estatal para la prevención de embarazos adolescentes, el Plan Decenal de Salud Pública, en conjunto con un marco legal de apoyo (la Constitución, el Código de la Infancia y Adolescencia y la Ley de Seguridad Social) reconoce derechos relevantes para la adolescencia y juventud. Aplican Servicios Amigables para Adolescentes

y Jóvenes dentro de los cuales se ofrece asesoría y consejería tanto de enfermedades de transmisión sexual como de planificación familiar, aplicado por el 92% de las Direcciones Territoriales (Mulder, 2017). Cuentan con un Programa Nacional de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía y un total de 672 Servicios Amigables para Adolescentes y Jóvenes en el 45% de sus municipios, además de capacitaciones a su personal con un enfoque sistémico riguroso y procesos rigurosos de autoevaluación (Mulder, 2017).

Se diseñó el modelo de gestión intersectorial para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, y se logró la expedición de un Decreto Presidencial por el cual se creó la Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos, cuyo plan de acción incluye la prevención del embarazo en la adolescencia como prioridad (UNFPA, 2014).

3.3.2. POLÍTICAS DE SALUD

Referente a las políticas de salud para adolescentes en la región, se destaca como elemento común la insistencia en la necesidad de un trato integral y diferenciado por su situación y necesidades, al respecto, (Plan; UNICEF, 2014) “La mayoría de países de la región han comenzado a incorporar a su legislación, con distintos ritmos y grados de implementación, el modelo de los “servicios amigables para adolescentes”. Por ejemplo, el Plan Nacional de Salud Pública de Colombia define con precisión el sentido y alcance del modelo de “servicios amigables para adolescentes” en salud sexual y reproductiva (con énfasis en la asesoría o consejería, los métodos modernos de planificación familiar y la prevención de riesgos)”.

En Nicaragua (Plan; UNICEF, 2014) “En 43 municipios del país se han conformado las llamadas Casas Municipales de la Adolescencia y Juventud (CAMAJ) con el objetivo de atender, desde los gobiernos locales, temas de salud sexual y reproductiva mediante el protagonismo de las/los propias/os adolescentes y jóvenes y la estrategia de pares, apoyados por equipos de capacitación local y metodologías vivenciales (lúdica y biodanza). Se selecciona y capacita a adolescentes y jóvenes para que se conviertan en facilitadores/as de un proceso de reflexión con sus pares (...)”.

En Argentina el Programa de Atención de Madres Adolescentes (PROAMA) es muy reconocido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) así destaca (Plan; UNICEF, 2014) “(...) programa creado en 1988 por miembros del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, que se encuentra incorporado a las políticas nacionales de salud sexual y

reproductiva adolescente de Argentina. Con un abordaje interdisciplinario, el programa atiende a madres de 16 años o menos y a sus hijos/as, por un período de tres años, especialmente en materia de prevención de ITS y recurrencia de embarazo. Las premisas fundamentales del PROAMA son: escuchar sin prejuicios, orientar y asesorar con contención y educar con procedimientos preventivos”.

3.3.3 POLÍTICAS DE EDUCACIÓN

En el año 2014 UNICEF y Plan Internacional emitieron la publicación “Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes” con el propósito de realizar una aproximación a los factores culturales, sociales y emocionales que contribuyen a las altas tasas de embarazo en adolescentes de la región; destacándose experiencias sobre políticas de educación para madres adolescentes, “(...) destacan aquellas dirigidas a su permanencia en la escuela y la continuidad de los estudios. En Brasil, ya desde 1979, la Ley 6.202 asegura el derecho de la estudiante gestante (...) recientemente, en algunos países como Bolivia y Ecuador se ha planteado la adopción de políticas vinculadas a visiones y marcos legales de inclusión más amplios, (...). En Ecuador, por ejemplo, la Ley Orgánica de Educación Intercultural (2011) plantea la elaboración y ejecución de las adaptaciones curriculares necesarias para asegurar la inclusión y permanencia dentro del sistema educativo de las personas con capacidades diferentes, adolescentes y jóvenes embarazadas” (UNICEF; Plan Internacional, 2014).

Otras experiencias de regulación respecto a la permanencia en la escuela y la continuación de los estudios de las adolescentes embarazadas, en Nicaragua, las leyes son muy precisas, el embarazo adolescente tiene un tratamiento especial, la Normativa para la Restitución de Derechos y Protección Especial de Niñas, Niños y Adolescentes; reconoce que, son situaciones que ameritan protección especial, cuando se trate de niñas y adolescentes embarazadas. Se dispone, en esta norma las medidas a seguir, la etapa cuarta de las acciones específicas para cada situación, “literal k) Embarazo en niñas o adolescentes: Coordinar con el Ministerio de Salud la atención médica de niñas y adolescentes. Realizar las gestiones necesarias para la integración de las niñas, adolescentes y su familia a diferentes alternativas de atención psicosocial. Promover la continuidad del proceso educativo de la niña, niño o adolescente, preferiblemente a través de programas de formación vocacional y/o educación técnica”. (Ministerio de Familia, Adolescencia y Niñez, 2011).

En Panamá, la política pública de juventud promueve la creación de escuelas y centros de orientación para madres y padres adolescentes, facilitando que puedan concluir

sus estudios básicos y secundarios; la línea estratégica 4.8 de ésta política plantea: “Promoción de servicios integrales de salud para adolescentes y jóvenes, apoyando el involucramiento de madres y padres, con un enfoque de maternidad / paternidad responsable.” (Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y Familia, 2004).

Otros países tienen mecanismos de asignación económica, como México, (Plan; UNICEF, 2014) señalan “Estos mecanismos se dirigen especialmente a adolescentes en situación de pobreza y marginalidad, en algunos casos centrados en comunidades rurales. En el caso de México, las becas de estudio para madres adolescentes han registrado un incremento considerable en el número de becarias (se reporta un aumento de más del 300% para 2008-2009, en comparación con el ciclo escolar 2004-2005). No obstante, no se cuenta con información suficiente para valorar su impacto en la permanencia de las madres adolescentes en el sistema educativo mexicano”.

Otra política educativa, es el programa de prevención del embarazo adolescente mediante la entrega de bebés robots a los jóvenes. Esta práctica se ha realizado en distintos países como Australia, Estados Unidos, México y República Dominicana. Este programa implica que los estudiantes tengan consigo el muñeco durante unos días como proyecto de clase, permitiéndole al adolescente palpar la “realidad”, experimentando con el bebé (muñeco) que simula acciones, demandando esfuerzo en cuanto a los roles de la maternidad y paternidad que deben asumir los padres, promueve así la concientización.

En el caso de Estados Unidos, se destacan resultados importantes, por citar el caso de Milwaukee en el estado de Wisconsin donde se redujo los índices gracias al programa “Bebé Piénsalo Bien”, “La ciudad estaba entre las 10 de Estados Unidos con mayor embarazo adolescente en el año 2006. La meta para el 2015: 30 embarazo en mil, un 46% menos” (Bebé Piénsalo Bien bpb, 2014).

En el año 2000 se realizó el estudio “La efectividad de un simulador infantil para disminuir el embarazo adolescente entre los estudiantes de la escuela secundaria” en el norte de Texas, donde se destaca la importancia del uso del muñeco, resaltamos estas conclusiones del estudio: “La experiencia de ser padre del simulador infantil computarizado parece ser altamente efectivo para retrasar el inicio del embarazo por al menos 11/2 años después del tratamiento... De acuerdo con las entrevistas con los sujetos de investigación, el simulador infantil parecía seguir influyendo en los comportamientos de adolescentes durante al menos 4 a 5 años después del tratamiento” (HILLMAN, 2000).

Este programa de bebés robot o simuladores, ha contribuido a disminuir los índices en Estados Unidos, así lo reflejan los datos recogidos por el portal de noticias Univisión: “Entre 2010 y 2014 la tasa de embarazo adolescentes llegó al nivel más bajo que se haya registrado en el país. En 2014, nacieron 249,078 bebés de madres en edades entre 15–19 años, una disminución de 29% con respecto a 2010, según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC)” (UNIVISIÓN, 2016).

No a todos los países les fue bien, con éste proyecto, como es el caso de Australia, según un estudio compartido en el 2016 por la revista médica *The Lancet*, se afirma que el resultado no fue el esperado:

“Un total de 57 escuelas en Australia Occidental participaron en el estudio. Las escuelas fueron asignadas al azar para recibir el programa VIP (1267 niñas), que es entregado por enfermeras escolares durante 6 días consecutivos, o para recibir el plan de estudios estándar de educación para la salud (1567 niñas). Luego, los investigadores vincularon esta información con datos de registros hospitalarios y clínicas de aborto. Todas las niñas tenían entre 13 y 15 años al comienzo del estudio y fueron seguidas hasta la edad de 20 años. En comparación con las niñas del grupo de control, las niñas inscritas en el programa VIP tuvieron tasas más altas de embarazo y aborto. El 8% (97/1267) de las niñas en el grupo de intervención tuvo al menos un nacimiento, en comparación con el 4% (67/1567) en el grupo de control. Del mismo modo, el 9% (113/1267) de las niñas en el grupo de intervención tuvieron un aborto, en comparación con el 6% (101/1567) en el grupo de control.” (*The Lancet*, 2016)

RealityWorks, la empresa que creó estos simuladores, ha criticado los resultados diciendo que el programa australiano no seguía las mismas exigencias de calidad que el suyo y que por tanto no se podía comparar su eficiencia. A pesar de que esta práctica no tuvo los resultados esperados, en Australia, es un proyecto que llamo la atención de los países por largo tiempo, otra aplicación para estos muñecos, es que puede ser parte de un programa prenatal para la promoción del cuidado y desarrollo del bebé, preparando a la futura madre en el área del cuidado, psicológica y social.

3.3.4. POLÍTICAS LABORALES

En el campo de las políticas de trabajo, el objetivo fundamental es insertar a las madres y padres adolescentes al mercado laboral en condiciones dignas y legales. El caso de Perú, para (Plan; UNICEF, 2014) es reconocido como buena práctica destacable, “(...) se ha

desarrollado una política de empleo juvenil integral y multisectorial que incluye distintos aspectos: encuestas para recopilación de información; planes regionales para la juventud y el empleo juvenil; una Mesa de Diálogo Social Juvenil para el Trabajo Decente (que ha recibido el reconocimiento de la OIT); un Portal de Empleo Joven; el Certificado Único Laboral “CertiJoven”, implementado por el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, así como un Servicio de Orientación Vocacional e Información Ocupacional.

En cuanto a madres adolescentes, en Perú (Plan; UNICEF, 2014)“(…) se implementó el Programa Piloto Wawa Wasi Laboral con el objetivo de capacitar a madres adolescentes de modo que pudieran insertarse exitosamente en el mundo laboral. El programa se realizó con 437 madres jóvenes y sus resultados, en términos de capacitación, fueron positivos”; y, de entre las lecciones aprendidas de este pilotaje, se destaca la necesidad del cuidado infantil para los hijos(as) de las madres adolescentes, revisamos la sistematización del Programa Piloto Wawa Wasi Laboral (OIT; UNFPA; OIM; PNUD, 2012) “El servicio de Wawa Wasi Temporal, que atendió a los niños y niñas en el horario de los talleres de capacitación de sus madres, facilitó la participación de las jóvenes en el Programa, al desarrollarse fuera del horario de atención cotidiana del servicio. Se eliminó así una barrera muy grande que tienen las madres jóvenes para estudiar y/o trabajar. Sin embargo, la dificultad del cuidado se extiende a niños y niñas mayores de tres años. En todo caso, debería tomarse en consideración este inconveniente y tratar de solucionarlo (…)”.

En Costa Rica, además de promover la orientación vocacional y la capacitación técnica laboral de las madres adolescentes para facilitar su adecuada inserción laboral, a través de la Ley General de Protección a la Madre Adolescente Ley N°7735 (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 1997) se convoca a la creación de una bolsa de empleo para madres adolescentes mayores de 15 años a cargo del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social; y, se recomienda también la construcción de albergues temporales para las madres adolescentes que no cuenten con el apoyo de sus familiares.

En el caso de Honduras, (Plan; UNICEF, 2014) “la norma de Acceso Universal a Derechos Económicos de las/los Jóvenes a través del Trabajo Digno y el Desarrollo Rural (2007-2011) prevé la creación de espacios de cuidado infantil gratuito para el acceso al empleo de padres y madres jóvenes con igualdad de oportunidades, la contratación de jóvenes para integrarlos en las Unidades Técnicas Municipales y la facilitación de oportunidades de empleo para las/los jóvenes recién graduados con poca experiencia previa”.

3.4 QUALITATIVE RESEARCH PARA GENERAR SOLUCIONES

3.4.1 ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD A ACTORES CLAVE

Esta entrevista nos permitió conocer de primera fuente lo que están pasando y viviendo los actores relevantes que interactúan dentro del sistema de la problemática del embarazo adolescente. El tipo de preguntas usadas para esta entrevista, son preguntas de análisis.

Sobre nuestra entrevistada la Psicóloga Sonia Rodríguez Jaramillo, mencionamos es: Coordinadora Área Salud, Derechos Sexuales y Reproductivos del Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de la Mujer (CEPAM)¹⁰ Guayaquil, y, Coordinadora del Proyecto “Más Educación Menos Embarazo en Adolescentes”.

El CEPAM es el Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de la Mujer, un organismo no gubernamental que trabaja para construir nuevas actitudes, prácticas y políticas públicas que favorezcan relaciones de equidad entre hombres y mujeres y el mejoramiento de su calidad de vida.

Para trabajar en su misión, el CEPAM ha realizado diversas alianzas con instituciones públicas y organismos no gubernamentales, actualmente se realizó un convenio de cooperación técnica con el Banco Interamericano de Desarrollo BID para la ejecución del Proyecto “Más Educación Menos Embarazo en Adolescentes”¹¹, así se señala el BID: “El objetivo de esta Cooperación Técnica (CT) es contribuir a la reducción del número de embarazos en adolescentes entre 12 y 19 años en las provincias de Ecuador, que han reportado la mayor cantidad de embarazos en adolescentes, y promover el acompañamiento y atención integral de las adolescentes embarazadas y así prevenir embarazos subsiguientes” (Banco Interamericano de Desarrollo, 2017).

La entrevista se realizó en las oficinas del CEPAM, el viernes 30 de septiembre de 2017 a partir de las 16h00. El cuestionario¹² de la entrevista, fue modificado, dado que para obtener información precisa se requirió de varias repreguntas, y otras, que surgieron como parte del diálogo, y, aportan valiosa información. El tema a tratar es la implementación del Proyecto “Más Educación Menos Embarazo en Adolescentes” que para fines de la entrevista denominaremos “Proyecto”.

¹⁰ CEPAM se constituyó originalmente en 1983 y contó con una oficina en Guayaquil, la cual obtuvo independencia jurídica mediante Resolución Nro. 248 del CONAMU en 2001.

¹¹ Ficha técnica resumen del Proyecto se anexará en la sección de ANEXOS de la Tesis.

¹² El Cuestionario se anexará en la sección de ANEXOS de la Tesis.

Pregunta 1: ¿Cómo surge el “Proyecto” “Más Educación Menos Embarazo en Adolescentes”?

Respuesta : *“Este proyecto se llama “Más Educación, Menos Embarazo Adolescente” y surge en una línea que el CEPAM tiene de trabajo hace algunos años, porque nosotros trabajamos en la formación de facilitadores juveniles ya quince años, (...) empezamos con una estrategia de formar lo que nosotros llamamos “facilitadores juveniles”, en salud y derechos sexuales y reproductivos como una experiencia inicial, para nosotros (...) el tema de embarazo adolescente, bueno no para nosotros, es un problema de salud pública y trabajar con adolescentes te lleva a ver que la problemática del embarazo está allí (...) entonces propusimos al BID, (...) presentamos una propuesta en la perspectiva de incidir el embarazo subsecuente porque el Ministerio de Salud ya lo tiene identificado, es decir, las adolescentes especialmente las más pobres, especialmente a nivel rural o de los sectores más empobrecidos urbanos del primer embarazo en la adolescencia, la probabilidad de tener un nuevo embarazo es muy alta, y es muy alta porque claro, la chiquita se embarazó sin pensarlo, sin planificarlo y luego un bebé es trastocar la vida, si no tienen un acompañamiento suficiente de su pareja, hasta que se dio cuenta ya está embarazada otra vez, porque no tuvo una estrategia para prevenir un siguiente embarazo (...)”.*

Pregunta 2: De la experiencia del CEPAM y ahora con el “Proyecto” ¿cuáles considera son las causas del embarazo adolescente?

Respuesta: *Las chicas “Quieren tener a quien querer, quieren que les quieran, quieren tener una familia feliz, quieren salir de los entornos de violencia que tienen, violencia de diferentes tipos: física, psicológica, quieren salir de la pobreza. Pero lo que hacen no se compadece con eso entonces resultan embarazadas resultan con un bebé y su vida es un desastre. Pero su imaginario es ese (...) las chicas tienen un ideal, el problema es que no se compagina, (...) la complejidad de toda esta idealización y romanticismo centrado en las mujeres, ósea, a las mujeres se nos educa para amar pero se nos ha educado para amar de un modo sumiso y de dependencia, entonces como él te ama sigue todo una dependencia extrema que en el noviazgo y la adolescencia es un periodo de alta vulnerabilidad, es un periodo de altísima vulnerabilidad y no se piensa, no se ve, ni los jóvenes se dan cuenta, a mí no me va a pasar, tienen relaciones, yo no me voy a embarazar; (...) pero es ese pensamiento mágico de la adolescencia (...), tienen curiosidad, quieren*

descubrir estas nuevas sensaciones, quieren experimentar estas nuevas sensaciones y el entorno le dicen anda atrévete, arriégate. Es un mensaje con mucha fuerza para las chicas de los últimos años, no era así hace treinta, ósea las chicas estaban en que todas supimos las amigas que estaban teniendo sexo con los novios en el Colegio pero no era la norma, era la excepción; ahora no, porque la invitación es atrévete arriégate a las chicas se las invita a garantizar placer sexual ahora (...) nosotros lo vamos escuchando pero no hay una investigación que sustente eso, y el Ministerio de Salud pública lo sigue pensando como un problema de salud pública y lo sigue definiendo, (...) ellos planteaban que es un problema hormonal, ósea el despertar hormonal es la causa del embarazo adolescente, no dicen no explican, si tienen curiosidad sexual, si tienen práctica sexual pero tratemos de pensar porque, escuchémoslos a ellos.”

Pregunta 3: ¿Cuáles son los ejes principales y las acciones del “Proyecto”?

Respuesta: *“(…) nuestro proyecto tiene tres componentes: 1) trabajar con adolescentes escolarizados para prevenir embarazo adolescente porque sabemos que hay que hablar de sexualidad de derechos, de inequidades de género, que es importante abordar esos temas alrededor para prevenir, porque no le puedo decir no tenga relaciones sexuales, o esto es malo, o si estas embarazada eres una mala chica, no podemos ir con una receta, creemos condiciones para hablar de la sexualidad de la familia, para hablar de los derechos para que eso contribuya, a, reducir el embarazo adolescente, el embarazo adolescente es un problema grande complejo donde los proyectos hacemos una intervención importante, pero de éste tamaño (pequeño), frente a la complejidad porque rebasa, está presente en la cultura, está muy presente en la historia familiar, está muy presente en la pobreza ósea son múltiples causas, y los proyectos de una ONG como la nuestra tienen corta duración (...) y donde hay problemas más amplios el proyecto no alcanza a atender, la estadística que nos dice que madres adolescentes vienen de madres adolescentes, es decir en su cultura, es su familia en su día a día, eso está muy presente con mucha fuerza aunque la mamá diga yo no quiero esto para mi hija le está transmitiendo que ser mamá es lo mejor, que es lo que la chiquita cree, ser mamá es lo mejor, no solo la chiquita, la sociedad dice a todas las mujeres que ser mamá es tu mejor lugar, que vas a ser feliz siempre si eres mamá, que si no eres mamá eres una mala chica, cómo no vas a hacer mamá, pero de otro lado, ser mamá y que guarderías tienes, que servicio de salud tienes, ser mamá y que educación hay para si eres mamá estudiante o universitaria, como te mantienes, y de otro lado los varones si se*

van no importa, sino escribe no importa, si a si mismo son los hombres, que si tiene tres familias con varios hijos y si se va y va rotando de familia, entonces para nosotros un programa tienen que abordar esos elementos: derechos, inequidades de género, referencias culturales y ahí vamos como ensayando, probando creando nuevos materiales, nuevas metodologías, pero partimos de dos principios la participación juvenil es un eje, no podemos hacer un programa para jóvenes donde ellos no sean actores, donde ellos no participen, donde ellos no opinen, además creemos que ellos tienen un saber una experiencia, que es la que debe reflexionarse para incorporar nuevos elementos, sino no va a funcionar”.

El segundo otro componente es “acompañamiento a adolescentes madres que ya están embarazadas (...)”.

Pregunta 4: ¿Cómo las identifican a las madres adolescentes que recibirán el acompañamiento?

Respuesta: *“Tenemos dos estrategias acercarnos a la unidad de salud y que ellas nos refieran porque es responsabilidad del Ministerio, pero no es tan fácil, (...) tienen registro de adolescentes embarazadas pero no es que tienen una relación con ellas cercanas, en cambio el Colegio si no se van la tienen, si están matriculadas, si se mantuvieron o porque están durante el embarazo que algunas están, tal vez no regresan después, entonces hicimos el nexo a través de los dos lugares y nos hemos quedado con los Colegios, ósea a los Colegios les hemos pedido y los Colegios las tienen identificadas (...) nosotros les ofrecemos un espacio de reflexión por eso se llama acompañamiento porque estar embarazada, pero tienes quince, tienes dieciséis y con quien has hablado (...) para lo uno el novio ya se fue, la otra si esta con el novio, se fue a la casa de la mamá, se fue a la casa del papá, cómo está llevando su control médico, no tienen mucha información sobre eso, no está pensando su futuro su proyecto de vida si estudia no estudia, con nadie está hablando si el novio o el que fuera la está maltratado o la familia la está agrediendo porque está embarazada (...) entonces tenemos ahí cinco aspectos centrales: que ellas recuperen un método anticonceptivo y una práctica de un cuidado de salud, que ella retome sus estudio o no los abandone, identificar si hay situaciones de vulneración de violencia, que conozca sus derechos y que sepa que no la pueden y nadie la debe violentar y ayudarla a pensar su proyecto de vida y algunas reflexiones básicas sobre su cuidado y el cuidado del bebé (...) unas pautas digamos porque es una experiencia pequeña (...) estamos como por 350 adolescentes en las siete provincias es decir, hacemos grupitos de (...) quince porque*

algunas se han de quedar en el camino (...) reunirse cada quince días, una vez al mes con una secuencia de reflexión (...) reunirse dos horas porque tampoco tienen más opciones, si tienes la pancita, si ya nació el bebé, hemos dicho se abramos el espacio si vienen con bebé para que eso no sea un obstáculo, (...) hemos propuesta como doce jornadas de reunión en nueve, diez meses (...) por las condiciones de ellas por las condiciones del proyecto, porque si estamos sujetas al régimen escolar nos movemos con el régimen escolar, si salieron de vacaciones habrá que ver con cuales nos reunimos, entonces ese es el segundo componente”.

Pregunta 5: ¿Cuál es el tercer componente?

Respuesta: *“El tercer componente es la incidencia política convocándolos a los Gobiernos sectoriales, locales para que ellos consideren el embarazo adolescente como una prioridad y lo pongan en su agenda y como todos los consejos deben tener una mesa de trabajo en los temas, que prioricen el embarazo adolescente.”*

Pregunta 6: ¿En este componente tres, ¿cuál es el resultado?

Respuesta: *“Para nosotros es que ellos incorporen el tema en su agenda, estamos haciendo un acompañamiento para que ellos incorporaran una ordenanza sobre prevención de embarazo adolescente, en ese ejercicio estamos en este momento, la próxima semana justo tenemos un taller, hemos invitados a los Consejos de los cantones para (...) enamorarlos en la idea de que el embarazo adolescente es una prioridad es algo que deben atender que lo pueden hacer desde sus localidad, desde sus competencias, para ver si es que ellos elaboran una ordenanza.”*

Pregunta 7: ¿El hecho de que ya lo reconozcan al tema de embarazo adolescente (las autoridades) es un gran paso?

Respuesta: *“Eso es lo que esperamos que los Gobiernos locales apoyen iniciativas de los chicos, que luego de formarlos como facilitadores (...) ellos compartan con sus compañeros de Colegio en una estrategia educacional de juegos con unas tarjetas, con unas láminas, (...) pero desarrollen algunas otras actividades, estamos apuntando que para el Día de la No Violencia, por ejemplo los diferentes Colegios donde trabajamos desarrollen alguna actividad (...) casa abierta, cartelera, van a caminar por el parque de la ciudad, pero que el Día de la No Violencia no pase desapercibido en la localidad”.*

Pregunta 8: ¿Cuáles son las provincias donde está ejecutándose el “Proyecto”?

Respuesta: *“Esmeraldas, Manabí, Santo Domingo, Chimborazo, Los Ríos, Guayas, Santa Elena”.*

Pregunta 9: ¿Bajo qué criterios, se escogieron a estas provincias para el “Proyecto”?

Respuesta: *“Definimos dos cosas: los indicadores que tienen embarazo adolescente, la posibilidad del CEPAM, porque el Oriente tiene altos índices, pero tienen población muy dispersa”.*

Pregunta 10: ¿Cuál es el tiempo de ejecución del “Proyecto”?

Respuesta: *“El Proyecto con el BID esta desde octubre de dos mil dieciséis y termina el tres de octubre del dos mil dieciocho, todo el dos mil diecisiete digamos ha sido un año de ejecución, porque nuestro proyecto fue también construir la metodología (...) nos pusimos un periodo de construcción de la metodología para recabar información de las localidades donde íbamos a hacer, entrevistar al personal educativo y salud para cumplir, una metodología que pudiera responde lo más cercanamente.*

Pregunta 11: ¿Con que personal trabajan desde el CEPAM en el “Proyecto”?

Respuesta: *“Para los proyectos contratamos personal. Tenemos un equipo técnico que son dos técnicas además de mí que soy la responsable del proyecto y para las provincias tenemos facilitadores, en cada provincia hay uno. Hay una responsable en Esmeraldas ella tiene dos cantones, en Portoviejo Manabí tenemos dos facilitadores que están divididas en Chimborazo una ella es la que hace el contacto con los jóvenes (...) entonces en cada provincia tenemos este equipo operativo que son nuestros consultores juveniles que son los que trabajan con los adolescentes.”*

Pregunta 12: ¿Cuál es el mayor desafío encontrado al momento en la ejecución del Proyecto?

Respuesta: *“Es que un proyecto chiquito, mil quinientos adolescentes que es la meta a nivel de las siete provincias, (...) es una cobertura pequeña y de intervención de un año en el territorio, entonces, que tú puedas medir en una año y medio una experiencia que tiene elementos de la cultura hay que hacerlo, pero tú no cambias los referentes culturales, los imaginarios en tan poco tiempo, pero a la vez haces bastante, porque no hay otra cosa, entre nada y esto, esto, es bastante; los chicos que están con menos complejidades es donde mejor siembras, pero lo que tienen historias familiares muy complicadas, situaciones de violencia muy altas, esto es un soporte al que se pueden agarrar algunos chicos, pero otros no”.*

CAPÍTULO IV: PROPUESTA

4.1 PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DE SOLUCIONES

Luego de analizar el impacto del embarazo en la vida de las y los adolescentes, y, de revisar las políticas públicas implementadas sobre el tema, tanto a nivel nacional como importantes experiencias a nivel de la región, se plantearán perfiles de políticas públicas a nivel de tres ámbitos: educación, laboral, y social, con la perspectiva de contribuir a la reducción del embarazo adolescente y brindar soporte a los programas y leyes que contribuyan al plan de vida de estos jóvenes.

4.1.1 POLÍTICA EN EDUCACIÓN

Dado que el acceso a la educación inicial, básica y bachillerato, para las adolescentes embarazadas, madres adolescentes y sus hijos(as), no presenta limitantes para el acceso a nivel nacional ya que con la Ley Orgánica de Educación Intercultural se asegura la continuidad de educación en el nivel ordinario, y, con las políticas y programas del Ministerio de Educación con las modalidades extraordinarias en el “Proyecto de Educación Básica de Jóvenes y Adultos” se asegura la continuidad de la educación para la población con estudios inconclusos, incluyendo en este grupo a las madres y padres adolescentes, la propuesta de esta tesis abarca dos aspectos:

1. Incorporar una estrategia, a las ya existentes, para el acompañamiento en casos de embarazo en la niñez y la adolescencia para el personal del DECE (Departamentos de Consejería Estudiantil) como parte de los “Protocolos de actuación frente a situaciones de embarazo, maternidad y paternidad de estudiantes en el sistema educativo”; si bien, el actual Protocolo en mención plantea algunas estrategias y acciones a realizar por parte del DECE, no se establece el cómo ejecutar esas estrategias y acciones, quedando un vacío y una puerta abierta, para que cada personal del DECE, haga lo que considere mejor, en un tema tan complejo, como hemos visto es, el embarazo adolescente.

2. Dar prioridad en el acceso a los programas de educación técnica a las madres y padres adolescentes, en el marco del nuevo fortalecimiento del bachillerato técnico productivo, la educación tecnológica que está llevando el Ministerio de Educación y el Sistema de Educación Superior.

A continuación, se desarrollan las propuestas.

4.1.1.1 Estrategia de acompañamiento

La estrategia de acompañamiento consiste en generar un espacio real de reflexión y autocuidado para las adolescentes embarazadas, madres y padres adolescentes, por separado; tomando de base la experiencia del Proyecto “Más Educación Menos Embarazo en Adolescentes” ejecutado por el Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de la Mujer (CEPAM). Al ser una propuesta para el Ministerio de Educación ésta deberá aplicarse en la cobertura del sistema nacional educativo. Este espacio estará liderado y convocado por el DECE, se trabajarán las acciones planteadas en el Protocolo de actuación, y otras más, que tiendan a fortalecer la capacidad de las y los adolescentes para asumir este nuevo rol, en este espacio, que vale aclarar no es crear espacio físico, más bien es aprovechar cualquier espacio como sala de reuniones siempre y cuando sea privado; será mensual, lo que implica, no dejar el seguimiento individual de cada caso.

En este espacio de reflexión y autocuidado, en cada sesión se trabajarán los siguientes temas, en metodología taller vivencial, con una duración sugerida de no más de dos horas, con una frecuencia sugerida quince días para cada sesión, el horario queda a consideración del grupo, siempre y cuando no interfieran en horario de clases:

- Control médico de la madre y el niño (a),
- Recuperación de método anticonceptivo para la mujer,
- Motivación a continuar sus estudios o no los abandone,
- Identificación de situaciones de vulneración de violencia,
- Información sobre derechos,
- Reflexiones sobre el proyecto de vida,
- Reflexiones básicas sobre su cuidado y el cuidado del bebé,
- Paternidad responsable

Tabla 2: Propuesta #1 Política en Educación

<p>Propuesta: Incorporar una estrategia, a las ya existentes, para el acompañamiento en casos de embarazo en la niñez y la adolescencia para el personal del DECE (Departamentos de Consejería Estudiantil) dentro de los “Protocolos de actuación frente a situaciones de embarazo, maternidad y paternidad de estudiantes en el sistema educativo”</p>		
Factibilidad operativa	Factibilidad económica	Factibilidad política
<p>Ministerio de Educación, lidera la política en educación, por lo que esta política tendrá el enfoque nacional, en todo el sistema educativo con la rectoría de este Ministerio, no se necesita crear ninguna instancia más, puesto que se trabajará con la misma estructura descentralizada de los DECE.</p> <p>Esta estrategia es parte del Protocolo mencionado, que a su vez, es parte del “Plan Nacional de Convivencia Armónica y Cultura de Paz – Más Unidos Más Protegidos”, donde se cuenta con la cooperación y asistencia técnica del Sistema de Naciones Unidas, al ser un tema de interés nacional, por lo que se aprovecha esta alianza.</p>	<p>Se trabajar con el personal ya establecido en la estructura ya aprobada del Ministerio de Educación a nivel nacional, lo que no requiere costo de personal.</p> <p>Se debe considerar costos por capacitación al personal DECE, para fortalecer sus capacidades en el manejo de espacios de acampamiento reflexión y autocuidado.</p> <p>Se debe considerar los costos por reimpresión del documento de Protocolo en esta materia, donde incluyan la propuesta de esta nueva estrategia de acompañamiento.</p>	<p>Fortalece la rectoría del Ministerio de Educación en el abordaje del embarazo adolescente.</p> <p>Fortalece la capacidad de respuesta del personal DECE.</p> <p>Consolida las alianzas y convenios con el Sistema de Naciones Unidas en Ecuador respecto del tema.</p> <p>Potencia la respuesta del Estado en la prevención del embarazo adolescente frente a la sociedad, los convenios internacionales y los ODS 2030.</p> <p>La aplicación es inmediata, una vez incorporada la estrategia dentro del documento de los “Protocolos de actuación frente a situaciones de embarazo, maternidad y paternidad de estudiantes en el sistema educativo”.</p>

<p>Para fortalecer el acompañamiento de cada caso a nivel familiar, se puede generar un convenio de cooperación con la Subsecretaria de Familia del Ministerio de Inclusión Económica y Social, y, su red de trabajadoras sociales.</p>		
---	--	--

Elaboración: Autores

4.1.1.2 Acceso a los programas de educación técnica

Como se ha analizado en la sección de políticas implementadas en Ecuador, el Ministerio de Educación cuenta con una modalidad alternativa al bachillerato tradicional, que es el Bachillerato Técnico Productivo (BTP); en el “Instructivo para normar los procesos de apertura, ampliación y funcionamiento de la oferta de bachillerato técnico productivo”, se determina que la admisión de los estudiantes para esta modalidad, está sujeta al cupo determinado por la entidad receptora y responde a la capacidad que ésta posea, por lo que el ingreso es restringido en atención a la capacidad de la infraestructura que pueda otorgar el Ministerio de Educación, por lo que sugerimos agregar en este Instructivo, que en los requisitos a ser considerados para el ingreso a esta modalidad sea ser madre o padre adolescente; así, podemos brindar una opción de capacitación técnica a esta población vulnerable, quienes con un año adicional de educación, podrán obtener destrezas para insertarse en los sectores de demanda mercado laboral, y, generar un auto sustento para sí mismo y sus familias, el éxito en este sector es lograr la empleabilidad en condiciones dignas.

Adicionalmente, para la población de madres y padres adolescentes que desean y puedan continuar sus estudios técnicos, debería garantizarse desde el Estado el acceso de manera preferencial a los Institutos de formación tecnológica existentes, con lo cual, ésta población, estará en la capacidad de insertarse y competir en un mercado laboral; además, citamos una importante noticia que recoge la Agencia Andes: “El gobierno de Ecuador presentó un plan para fortalecer la educación técnica y tecnológica con enfoque académico, lo que implica la construcción de 44 nuevos institutos destinados para ese fin y el involucramiento del sector productivo del país” (ANDES, 2018); si la oferta educativa se

proyecta a crecer, es importante acoger la demanda de la amplia población que hemos mencionado.

Tabla 3: Propuesta #2 Acceso a los Programas de Educación Técnica

Propuesta: Dar prioridad en el acceso a los programas de educación técnica a las madres y padres adolescentes, en el marco del nuevo fortalecimiento del bachillerato técnico productivo la educación tecnológica que está llevando el Ministerio de Educación y el Sistema de Educación Superior.		
Factibilidad operativa	Factibilidad económica	Factibilidad política
El Ministerio de Educación ya cuenta con la normativa y el “Instructivo para normar los procesos de apertura, ampliación y funcionamiento de la oferta de bachillerato técnico productivo” donde se determina el proceso de admisión de los estudiantes para esta modalidad, por lo que se requiere de una reforma al instructivo y agregar que la condición de ser madre y padre adolescentes, es un requisito que le habilita para ingresar a esta modalidad.	Dado que es un proyecto priorizado por el Gobierno Nacional, Ministerio de Educación y sistema de educación superior, no se requiere de presupuestos adicionales a lo ya establecidos, dado que la cobertura está delimitada, lo que se sugiere es regular, esa cobertura, y, los requisitos para el ingreso, para justamente, no ampliar cobertura.	Es viable, dado que el embarazo adolescente es un problema de salud pública, y esta propuesta le daría un enfoque más integral a todo lo ya propuesto, pues al dotar de capacidades laborales a esta población para su auto sustento podemos ajustar la brecha de pobreza. Existe una alta expectativa por el ingreso al bachillerato técnico productivo y a la creación de los nuevos institutos tecnológicos. Esta propuesta tiene su impacto positivo en lo laboral, al permitir que los estudiantes generen sus propios negocios o tengan mayores destrezas para ser empleados.

--	--	--

Elaboración: Autores

4.1.2 POLÍTICA LABORAL

En este ámbito, con el objetivo no solo de proponer, sino de cumplir uno de los objetivos específicos de esta tesis, se presenta la siguiente propuesta para promover un campo más amplio de oportunidades laborales para los padres y madres adolescentes.

Exposición de motivos:

El embarazo adolescente es un problema de salud pública, de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT que se ejecutó en 2012, liderada por el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, de las 15.031 mujeres en edad fértil que contestaron la encuesta, 7.220 mujeres fueron madres cuando tenían entre 15 a 19 años de edad, es decir, el 48% de éstas mujeres fueron madres en su adolescencia; por ende, el Estado, debe intervenir en una problemática, que inicialmente era considerada privada y de responsabilidad familiar, hoy, las intervenciones estatales deben ser integrales.

Como se ha revisado en diversas fuentes bibliográficas en esta investigación, una de las principales razones por las que el embarazo y la maternidad adolescentes han sido considerados como un problema social es que, en la mayoría de los casos, la situación de embarazo y maternidad pueden impedir, o, al menos dificultar la continuidad escolar de las y los adolescentes, sobretodo de las mujeres, y en general afectar su proyecto de vida. Tampoco debemos desconocer, los riesgos de salud para la madre y los efectos emocionales y de comportamiento.

En el ámbito del trabajo y economía se han alcanzado importantes logros legales, como la regulación del salario donde se busca la igualdad de condiciones y remuneraciones para la mujer, sin embargo, no se reconoce la necesidad de incorporar en la ley laboral, a quienes son o fueron “madres y padres adolescentes” como una prioridad para el acceso laboral, porque se piensa que al proteger el trabajo de los y las adolescentes el tema se resuelve, y no es así, lo que se hace es invisibilizar la real problemática de que, una madre o padre adolescente al tener un bebé necesitan de ingresos económicos para su subsistencia, parcial o total.

La misión del Ministerio de Trabajo tomado de su portal institucional es: “Somos la Institución rectora de políticas públicas de trabajo, empleo y del talento humano del

servicio público, que regula y controla el cumplimiento a las obligaciones laborales mediante la ejecución de procesos eficaces, eficientes, transparentes y democráticos enmarcados en modelos de gestión integral, para conseguir un sistema de trabajo digno, de calidad y solidario para tender hacia la justicia social en igualdad de oportunidades”. (Ministerio de Trabajo, s.f.).

Este Ministerio del Trabajo, anunció que se implementará nuevas políticas laborales desde el 2018, las mismas que se concretan en: “Las nuevas medidas se basan en la generación de plazas laborales y la reducción del desempleo, subempleo e informalidad; (...), el Gobierno Nacional, a través del Ministerio del Trabajo, ha propuesto: 1) Contrato Juvenil, promoverá que 60 mil jóvenes de 18 a 26 años (hasta el 2021) accedan a un empleo y 250 mil empleadores reciban un incentivo tributario por la contratación de pasantes (...); 2) fortalecimiento del Proyecto “Mi Primer Empleo” al vincular al mercado laboral a 23.507 jóvenes (egresados o estudiantes del último año de Instituciones de Educación Superior) al año tanto al sector público como privado” (Ministerio de Trabajo, 2018).

En el marco del proceso abierto de reforma normativa que lleva el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Trabajo con la Asamblea Nacional a través de la Comisión Especializada Permanente de los Derechos de los Trabajadores y Seguridad Social, con el fin de codificar y reformar el Código del Trabajo y la Ley Orgánica del Servicio Público, proponemos se considere esta reforma.

Fundamento legal de la reforma:

Para el planteamiento de nuestra propuesta que es: expedir la “Reforma al Código de Trabajo para flexibilización y regulación del trabajo de madres y padres adolescentes”, tomamos de referencia el presente marco normativo que nos respalda.

Constitución del Ecuador, Art. 35. Dice en su parte pertinente: “Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado (...)” (Asamblea Constituyente, 2008).

Constitución del Ecuador, Art. 46, numeral 2 dice: “El trabajo de las adolescentes y los adolescentes será excepcional, y no podrá conculcar su derecho a la educación ni realizarse en situaciones nocivas o peligrosas para su salud o su desarrollo personal. Se

respetará, reconocerá y respaldará su trabajo y las demás actividades siempre que no atenten a su formación y a su desarrollo integral.” (Asamblea Constituyente, 2008).

Código de la Niñez y Adolescencia, Art. 82 señala: “Se fija en quince años la edad mínima para todo tipo de trabajo, incluido el servicio doméstico, con las salvedades previstas en este Código, más leyes e instrumentos internacionales con fuerza legal en el país. (...)” (Registro Oficial 737 de 03-ene.-2003, 2014).

Código de la Niñez y Adolescencia, Art. 84, establece que: “Por ningún motivo la jornada de trabajo de los adolescentes podrá exceder de seis horas diarias durante un período máximo de cinco días a la semana; y se organizará de manera que no limite el efectivo ejercicio de su derecho a la educación.

Los progenitores del adolescente que trabaja, los responsables de su cuidado, sus patronos y las personas para quienes realizan una actividad productiva, tienen la obligación de velar porque terminen su educación básica y cumplan sus deberes académicos” (Registro Oficial 737 de 03-ene.-2003, 2014).

Código de la Niñez y Adolescencia, Art. 93, estipula que: “Los municipios otorgarán, en sus respectivas jurisdicciones, los permisos para que los adolescentes que hayan cumplido quince años ejerzan actividades económicas por cuenta propia, siempre que no sean de aquellas consideradas como perjudiciales o nocivas o que se encuentren prohibidas en este u otros cuerpos legales.

Cada Municipio llevará un registro de estas autorizaciones y controlará el desarrollo de las actividades de los adolescentes.

Los adolescentes autorizados de conformidad con el inciso anterior, recibirán del Municipio un carnet laboral que les proporcionará los siguientes beneficios: acceso gratuito a los espectáculos públicos que determine el reglamento, acceso preferente a programas de protección tales como comedores populares, servicios médicos, albergues nocturnos, matrícula gratuita y exención de otros pagos en los centros educativos fiscales y municipales” (Registro Oficial 737 de 03-ene.-2003, 2014).

Código de Trabajo, Art. 35, señala: “Son hábiles para celebrar contratos de trabajo todos los que la Ley reconoce con capacidad civil para obligarse. Sin embargo, los adolescentes que han cumplido quince años de edad tienen capacidad legal para suscribir contratos de trabajo, sin necesidad de su autorización alguna y recibirán directamente su remuneración”. (Ediciones Legales, 2005).

Código de Trabajo, Art. 136, “El trabajo de los adolescentes que han cumplido quince años, no podrá exceder de seis horas diarias y de treinta horas semanales y, se organizará de manera que no limite el efectivo ejercicio de su derecho a la educación. Para efectos de su remuneración, se aplicarán las disposiciones establecidas en el artículo 119 del Código del Trabajo”. (Ediciones Legales, 2005).

Código de Trabajo, Art. 138, señala: “Se prohíbe ocupar a mujeres y varones menores de dieciocho años en industrias o tareas que sean consideradas como peligrosas e insalubres, las que serán puntualizadas en un reglamento especial que será elaborado por el Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia, en coordinación con el Comité Nacional para la Erradicación Progresiva del Trabajo Infantil CONEPTI, de acuerdo a lo previsto en el Código de la Niñez y Adolescencia y los convenios internacionales ratificados por el país.

Se prohíbe las siguientes formas de trabajo:

1. Todas las formas de esclavitud o las prácticas análogas a la esclavitud, como la venta y el tráfico de niños, la servidumbre por deudas y la condición de siervo, y el trabajo forzoso u obligatorio, incluido el reclutamiento forzoso u obligatorio de niños para utilizarlos en conflictos armados;

2. La utilización, el reclutamiento o la oferta de niños para la prostitución, ¡la producción de pornografía o actuaciones pornográficas y trata de personas;

3. La utilización o la oferta de niños para la realización de actividades ilícitas en particular la producción y el tráfico de estupefacientes, tal como se definen en los tratados internacionales pertinentes; y,

4. El trabajo que por su naturaleza o por las condiciones en que se lleva a cabo, es probable que dañe la salud, la seguridad o la moralidad de los niños, como en los casos siguientes:

a) La destilación de alcoholes y la fabricación o mezcla de licores;

b) La fabricación de albayalde, minio o cualesquiera otras materias colorantes tóxicas, ¡así como la manipulación de pinturas, esmaltes o barnices que contengan sales de plomo o arsénico;

c) La fabricación o elaboración de explosivos, ¡materias inflamables o cáusticas y el trabajo en locales o sitios en que se fabriquen, elaboren o depositen cualesquiera de las a ntedichas materias;

d) La talla y pulimento de vidrio, el pulimento de metales con esmeril y el trabajo en cualquier local o sitio en que ocurra habitualmente desprendimiento de polvo o vapores irritantes o tóxicos;

e) La carga o descarga de navíos, aunque se efectúe por medio de grúas o cabrias

f) Los trabajos subterráneos o canteras;

g) El trabajo de maquinistas o fogoneros;

h) El manejo de correas, cierras circulares y otros mecanismos peligrosos;

i) La fundición de vidrio o metales;

j) El transporte de materiales incandescentes;

k) El expendio de bebidas alcohólicas, destiladas o fermentadas;

l) La pesca a bordo;

m) La guardianía o seguridad; y,

n) En general, los trabajos que constituyan un grave peligro para la moral o para el desarrollo físico de mujeres y varones menores de la indicada edad.

En el caso del trabajo de adolescentes mayores de quince años y menores de dieciocho años, se considerarán además las prohibiciones previstas en el artículo 87 el Código de la Niñez y Adolescencia, así como los trabajos prohibidos para adolescentes que determine el Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia”. (Ediciones Legales, 2005).

Código de Trabajo, Art. 147, expresa: “Todo establecimiento que ocupe a adolescentes que han cumplido quince años y menores de dieciocho años, deberá llevar un registro especial en el que conste el nombre del empleador y del trabajador adolescente, la edad que deberá justificarse con la partida de nacimiento o cédula de identidad, la clase de trabajo a los que se destina, duración del contrato de trabajo, el número de horas que trabajan, la remuneración que perciben y la certificación de que el adolescente ha cumplido o cumple su educación básica. Copia de este registro enviarán al Director Regional del Trabajo que podrá exigir las pruebas que estimare convenientes para asegurarse de la veracidad de los datos declarados en el registro.

Los Directores Regionales de Trabajo o los inspectores del Trabajo en las jurisdicciones en donde no existan Directores Regionales llevarán un registro, por cantones, de los adolescentes que han cumplido quince años que trabajen, y remitirán periódicamente la información a los Consejos Cantonales de la Niñez y Adolescencia”. (Ediciones Legales, 2005).

Código de Trabajo, Art. 150, señala: “Prohíbese a los adolescentes el trabajo en los días sábados, domingos y en los de descanso obligatorio” (Ediciones Legales, 2005).

Código de Trabajo, Art. 155, dice: “En las empresas permanentes de trabajo que cuenten con cincuenta o más trabajadores, el empleador establecerá anexo o próximo a la empresa, o centro de trabajo, un servicio de guardería infantil para la atención de los hijos de éstos, suministrando gratuitamente atención, alimentación, local e implementos para este servicio.

Las empresas que no puedan cumplir esta obligación directamente, podrán unirse con otras empresas o contratar con terceros para prestar este servicio.

Durante los doce (12) meses posteriores al parto, la jornada de la madre lactante durará seis (6) horas, de conformidad con la necesidad de la beneficiaria.

Corresponde a la Dirección Regional del Trabajo vigilar el cumplimiento de estas obligaciones y sancionar a las empresas que las incumplan” (Ediciones Legales, 2005).

Por estas motivaciones y de acuerdo al marco legal citado, proponemos la siguiente:

“Reforma al Código de Trabajo para flexibilización y regulación del trabajo de madres y padres adolescentes”

Artículo 1. Agréguese, en el Art. 136, como inciso segundo, lo siguiente:

“En el caso, de que los adolescentes estudien en una modalidad virtual o a distancia, y que por motivos académicos necesitan acceder a internet, la empresa y/o el empleador, deberán facilitarles una computadora con esta herramienta, para cumplir estrictamente esta tarea”.

Artículo 2. Agréguese, en el Art. 147, como inciso final, lo siguiente:

“En este registro, el establecimiento deberá informar si los adolescentes que se encuentran trabajando, si tienen hijos (as) sin importar el estado civil. Con esta información el Director Regional del Trabajo o los inspectores del Trabajo llevarán un registro específico de adolescentes que son padres o madres y que trabajen, y, remitirán periódicamente la información a los Consejos Cantonales de la Niñez y Adolescencia para coordinar actividades de capacitación”.

Artículo 3. Cámbiese el Art. 150, por el texto siguiente:

“Se permite la contratación por horas de adolescentes que sean madres o padres durante los fines de semana, por una jornada máxima de 20 horas mensuales, que serán pagadas conforme el Art. 55 de este Código; este contrato debe ser de mínimo de un año, y, debe garantizarse que los adolescentes se encuentren estudiando durante la semana.

Prohíbese a los adolescentes el trabajo en los días de descanso obligatorio.

Las empresas o empleadores que contraten a los adolescentes se acogerán a los beneficios del Proyecto “Contrato Juvenil”.

Artículo 4. Agréguese en el Art. 155, como parte del inciso segundo, lo siguiente:

“las empresas que tengan trabajando a adolescentes que sean padres o madres, tendrán acceso preferente a los servicios de atención a la primera infancia que oferta el Ministerio de Inclusión Económica y Social y los Gobiernos Autónomos Descentralizados, para asegurar el cuidado de los niños (as)”.

Tabla 4: Propuesta #3 Política Laboral

Propuesta: “Reforma al Código de Trabajo para flexibilización y regulación del trabajo de madres y padres adolescentes” para promover un campo más amplio de oportunidades laborales para los padres y madres adolescentes.		
Factibilidad operativa	Factibilidad económica	Factibilidad política
El Ministerio del Trabajo y Gobierno Nacional propusieron al país nuevas medidas laborales, para lo cual proponemos ampliar e incorporar estas medida en la ley. El momento para proponer la reforma es propicio por cuanto el Gobierno, el Ministerio de Trabajo y Asamblea están en el proceso reforma y	Dado que hay el pronunciamiento del Gobierno de la implementación de políticas laborales los costos no son mayores, faltaría la determinación del monto para las exenciones tributarias de los empleadores que se acojan a los proyectos que presente el Gobierno.	Hay varios instrumentos y normativa internacional exigiendo que los países de la región promuevan a favor de los jóvenes, con esto, daríamos atención especial a jóvenes que en su adolescencia fueron madres y padres. La inserción de este sector de la población es urgente, la población del país es mayoritariamente joven.

<p>codificación de la normativa laboral en el país.</p> <p>El proyecto Contrato Juvenil, promoverá que jóvenes accedan a un empleo, se busca que los jóvenes que fueron madres y padres adolescentes puedan acceder a este beneficio, al igual que los empleadores que accedan a esta contratación.</p>		<p>La voluntad política viene dada, por el llamado al diálogo del Gobierno para la reforma y codificación de los cuerpos legales laborales, aquí, se debe fortalecer la política y programas para insertar a quienes son madres y padres adolescentes en el mercado laboral.</p>
---	--	--

Elaboración: Autores

4.1.3 POLÍTICAS SOCIALES

Mencionada como política social porque el objetivo que se persigue es llegar a toda la población, especialmente a adolescentes y jóvenes en su mayoría, a nivel territorial, tomaremos de referencia la experiencia de Nicaragua con la conformación de la Casas Municipales de la Adolescencia y Juventud (CAMAJ) en este proyecto el objetivo es atender desde los gobiernos locales, temas de salud sexual y reproductiva mediante el protagonismo de las y los propios adolescentes y jóvenes, a través de la estrategia de pares, apoyados por equipos de capacitación local y metodologías vivenciales. (Plan; UNICEF, 2014).

En el país contamos con experiencias similares, en el cantón Esmeraldas existe la “Casa Municipal de la Juventud” (Alcaldía de Esmeraldas, 2018), el cantón Cuenca tiene la “Casa de la Juventud” (Alcaldía de Cuenca, 2018), el Distrito Metropolitano de Quito cuenta con “Casa Metro Juventudes” que a su vez tiene cuatro sedes (Patronato San José, 2018). Los tres cantones tienen diferencias sociales, económicas, geográficas, por mencionar algunas; sin embargo, le han apostado por espacios para la adolescencia y juventud, en general, estas iniciativas buscan formar adolescentes y jóvenes capaces de asumir los nuevos retos que la sociedad demanda, disminuyendo las desigualdades sociales y aumentando las oportunidades en el desarrollo de las habilidades y potencialidades, mediante campañas

educativas, deportivas, ambientales; capacitaciones alternativas, en donde uno de los temas centrales es el ejercicio de la sexualidad y promoción de derechos; promueven además, la recreación y la participación activa en la sociedad.

Estas iniciativas, se han hecho en marco de la Constitución, y en el caso específico, se establecen competencias exclusivas para los Gobiernos Autónomos Descentralizados Municipales en el Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización (COOTAD), que, en la disposición general octava de esta norma establece: “Los gobiernos (...) municipales conservarán los patronatos como instituciones de derecho público, regidas e integradas por las políticas sociales de cada gobierno”. (Registro Oficial Suplemento 303 de 19-oct-2010, 2010). De tal manera que hoy en día, todos los municipios del país cuentan con los patronatos municipales desde donde articulan y fortalecen las políticas sociales en cada jurisdicción mediante convenios de cooperación con los Ministerios competentes, quienes son rectores de las políticas sociales.

Proponemos entonces, basadas en estas experiencias, sugerir activar dentro de los patronatos municipales, los espacios denominados Casas Municipales de Adolescencia y Juventud, lo que implica que los Municipios deben proveer de un espacio físico, en buenas condiciones, para articular, coordinar y promover acciones en pro de los adolescentes y jóvenes. Los servicios en generarse están agrupados en 3 ámbitos: 1) Servicios de orientación y consejería para adolescentes, 2) Servicios de capacitación en cultura y las diversas artes (música, danza, oratoria, pintura, grafiti, mural, baile, trabajo comunitario, voluntariado, etc) y, 3) participación ciudadana y articulación intersectorial de todas las políticas y programas para adolescencia juventud; ésta es una propuesta no solo para brindar información a la población y de manera específica a los adolescentes y jóvenes sobre temas de educación sexual y reproductiva, es un espacio para motivar el trabajo en red, en pares, buen uso del tiempo libre, fomentar la organización colectiva juvenil, la participación ciudadana y compromiso social. Se puede acompañar a este trabajo con campañas, eventos de sensibilización de los diversos temas de interés, activar eventos y festivales para posicionar y reflexionar temas con la ciudadanía.

Dentro de éstas Casas, los Municipios pueden también, promover programas de entrega de pañaleras y leche de fórmula a beneficio de madres y padres primerizos adolescentes, como parte de su política social, donde vale recalcar el Artículo 249 del COOTAD que establece, que no se aprobará el presupuesto del municipio si en el mismo no se asigna, por lo menos, el diez por ciento (10%) de sus ingresos no tributarios para el

financiamiento de Programas sociales para la atención a grupos de atención prioritaria. (Registro Oficial Suplemento 303 de 19-oct-2010, 2010).

Tabla 5: Propuesta #4 Políticas Sociales

Propuesta: Activar dentro de los patronatos municipales, los espacios denominados Casas Municipales de Adolescencia y Juventud		
Factibilidad operativa	Factibilidad económica	Factibilidad política
<p>El país se encuentra administrativamente dividido en cantones y todos ellos cuentan con Municipios instituidos, y Patronatos, donde se pueden articular esta propuesta.</p> <p>Los municipios cuentan con la Asociación de Municipalidades del Ecuador AME desde donde se puede hacer un intercambio de experiencias y acompañamiento a los cantones que implemente la iniciativa, incluso, desde AME se puede proponer una guía a nivel nacional para la implementación en territorio.</p> <p>Está claro que los Municipios coordinan con los Ministerios rectores de políticas, y cada uno ejecutan sus compromisos,</p>	<p>Cada Municipio cuenta con asignación de recursos, y puede priorizar la inversión en los temas sociales, para el caso de esta propuesta el requisito es financiar un equipo técnico líder especialista en temas en temas de interés de adolescencia y juventud, y el trabajo se lo hará conjuntamente con el personal ya instaurado. Adicional se deberá hacer el proyecto en marco lógico para el financiamiento de las diferentes actividades lúdicas, culturales y facilitadores dependiendo de los temas a abordar.</p>	<p>Es fundamental que los Municipios inviertan no solo en obra física, sino en lo social, sobre todo en una población vulnerable, pero estratégica, como adolescentes y jóvenes, el trabajo es integral pues no solo es educación sexual para prevenir embarazos tempranos, es sobre todo crear nueva ciudadanía participación y combatir, por ende, otros vicios sociales que atacan a la juventud.</p> <p>Políticamente es una oportunidad, pues los y las adolescentes son población con derecho al voto facultativo, y esto, es fundamental en políticos que aspiran a tener proyectos de reelección.</p> <p>Se puede articular con las otras propuestas aquí</p>

<p>no existe una disputa por competencias.</p> <p>Los Consejos Municipales promueven Ordenanzas municipales, por lo que se pueden generar ordenanzas en este ámbito y apoyar legalmente estas iniciativas</p> <p>Existe la Ley de la Juventud, donde establece los Concejos Locales de la Juventud en cada cantón que y preside este espacio el Alcalde.</p>		<p>planteadas y Ministerios competentes.</p>
--	--	--

Elaboración: Autores

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

En esta tesis, se presenta evidencia cualitativa del impacto que tiene un embarazo en la vida de un adolescente, especialmente los riesgos de salud de la madre, como: probabilidad de aborto involuntario, muerte intraparto, trastornos digestivos, embarazos extrauterinos, infecciones, hemorragias posparto y de distocias; los efectos emocionales y de comportamiento de los y las adolescentes al alterar su proyecto de vida, y en las mujeres, interrumpir parcial, o totalmente los estudios, y limita el acceso laboral; desde la perspectiva socioeconómica, se profundizan las brechas de pobreza, no en vano, el embarazo adolescente es un problema de salud pública, de la encuesta ENSANUT 2012, 7.220 mujeres fueron madres cuando tenían entre 15 a 19 años de edad, es decir, el 48% del total de mujeres que participaron de la encuesta, en esta pregunta; por ende, el Estado, debe intervenir en un área donde inicialmente es privada.

No existe en el país un registro oficial, o al menos, no hemos podido encontrarlo en el desarrollo de esta investigación, que evidencia el número de casos reales, de cuantas madres embarazadas existen, si bien, cada institución lleva un control de sus intervenciones, la información total o consolidada no existe y está subregistrada, lo que ha sido una limitante.

Al hablar de embarazo adolescente, las intervenciones educativas son fundamentales, sobre todo en educación sexual, hemos analizado experiencias importantes en países de la región, sin embargo, las políticas y programas aplicados tienen un enfoque preventivo y formal; de ahí, que la innovación en los programas de educación sexual y educación reproductiva es una urgencia en toda la región, pero sobre todo, es primordial que la sexualidad sea ejercida sin tabúes, sin prejuicios, sin miedos, sin mentiras; la sexualidad es un derecho establecido en acuerdos internacionales y nacionales, y su vivencia no debe estar llena de culpas.

Del estudio realizado, vemos que el acceso a la educación secundaria, no presenta limitantes para las adolescentes embarazadas, madres y padres adolescentes, en ninguna modalidad; a través de la Ley Orgánica de Educación Intercultural y con las políticas públicas del Ministerio de Educación con su Proyecto de Educación Básica de Jóvenes y Adultos con las modalidades extraordinarias; si bien se accede a la formación de bachillerato, las necesidades de este grupo son más puntuales, siendo el acceso laboral una necesidad para la manutención del nuevo niño(a), es necesario, ampliar el acceso a los

programas de educación técnica para las madres y padres adolescentes, en el marco del nuevo fortalecimiento del bachillerato técnico productivo la educación tecnológica que está llevando el Ministerio de Educación y el sistema de educación superior.

5.2 RECOMENDACIONES

A la ESPOL a través de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanísticas y las carreras afines, priorizar proyectos de investigación sobre grupos específicos, como pueblos y nacionalidades indígenas, dado que el embarazo adolescente adquiere para este colectivo, otra perspectiva; adicional, motivar proyectos de vinculación con la comunidad para capacitar y formar a madres y padres adolescentes en oficios como meseros, peluquería, manualidades, etc., que permitan dotar de habilidades para desarrollar un autoempleo en cada participante.

Las instituciones estatales citadas en este estudio, apartado de los actores, deben estar conscientes en que no basta transversalizar enfoques y crear normativa para solucionar este problema de salud pública, es evidente una necesidad de mejorar los mecanismos de monitoreo y evaluación de los programas ya ejecutados, que permitan medir realmente el impacto con resultados claros, y dar el paso, a mejorar e innovar las ideas de proyectos.

El estado debe crear un sistema de registro de datos de más de madres adolescentes embarazadas, consolidando la información que reposa en cada institución, lo que permite hacer intervenciones más reales y eficientes; y, responsabilizar a una institución de llevar este proceso con absoluto respeto.

REFERENCIAS

- Guber, R. (2001). *La etnografía: método, campo y reflexividad*. Editorial Norma.
- Galeano Marín, M. E. (2004). *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. Fondo Editorial EAFIT.
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*.
- Congreso Nacional del Ecuador. (2003). *Código de la Niñez y Adolescencia*.
- Salto, S. P. (2006). *Prevención educativa del embarazo precoz en estudiantes del nivel básico superior*.
- Telegrafo, E. (2013). Ecuador y el aborto (I).
- McDermott, J. O. (2009). *Introducción al pensamiento sistémico*. Quito: MEMORIAS DEL GRUPO DE ESTUDIO CTS (CIENCIA, TECNOLOGÍA Y SOCIEDAD) DE FLACSO.
- Saéz, F. (2009). Historia del enfoque sistémico. En F. Saéz, *Complejidad y Tecnologías de la Información (Generalidades)* (pág. 398). Madrid: Fundación Rogelio Segovia para el Desarrollo de las Telecomunicaciones.
- UNFPA. (2013). *Maternidad en la niñez*. Obtenido de <http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/SP-SWOP2013.pdf>
- Estrategia Intersectorial de Prevención del Embarazo Adolescente y Planificación Familiar*. (2011). Obtenido de http://www.desarrollosocial.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/Proyecto_enipla.pdf
- Darcy, P. (12 de julio de 2017). *Ted Fellows*. Recuperado el 5 de septiembre de 2017, de TedFellows: <https://fellowsblog.ted.com/this-is-what-teen-pregnancy-looks-like-in-latin-america-bf4897d74ee7>
- Plan; UNICEF. (2014). *Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes*.
- Registro Oficial. (2003). *Código de la Niñez y Adolescencia*. Registro Oficial 737.
- Social, M. C. (Diciembre de 2011). *Estrategia Intersectorial de Prevención del Embarazo Adolescente y Planificación Familiar*.
- Diario El Telégrafo. (s.f.). Obtenido de <http://www.udla.edu.ec/2015/03/02/plan-familia-ecuador-y-no-al-enipla/>
- Mulder, M. D. (2017). *DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN LA SUBREGIÓN ANDINA 2016*. Fondo de Población de las Naciones Unidas. CLAUDIA FERNÁNDEZ OVANDO.
- RELAL. (junio de 2012). *relal.org.co*. Recuperado el octubre de 2017, de http://relal.org.co/__media__/_218/relal.vcb.com.co/images/Recursos/MADRES-ADOLESCENTES.pdf
- Martínez, F. L. (enero - junio de 2012). El pensamiento sistémico como herramienta metodológica para la resolución de problemas. *Revista Soluciones de Postgrado*, 43 - 65.
- Gay, A. (2016). *Los sistemas y el enfoque sstemico*. mad.
- ACNUR. (11 de 01 de 2018). Obtenido de <http://www.acnur.org/fileadmin/scripts/doc.php?file=fileadmin/Documentos/BDL/2008/6258>
- Issler, J. R. (2001). Embarazo en la Adolescencia. *Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina UNNE*, 11-23.
- Aguinaga, J. (1995). Bongaarts un modelo de fecundidad y asu aplicación en España. En *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica XIII* (págs. 79-94).

- Ministerio de Salud Pública, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2014). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de la población ecuatoriana de cero a 59 años. Quito.
- Bay, G., Popolo, F. D., & Ferrando, D. (2004). Determinantes próximos de la fecundidad. Una aplicación a países latinoamericanos. En C. L. (CELADE), *La fecundidad en América Latina ¿Transición o Revolución?* (pág. 196). Santiago de Chile.
- Castro Mantilla, M., & Salinas Mulder, S. (2017). *Dignóstico de Situación del Embarazo en la Adolescencia en la Subregión Andina 2016*.
- Naciones Unidas. (1994). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo*. El Cairo: A/CONF.171/13/Rev.1.
- CEDAW. (01 de 11 de 2018). *CEDAW*. Obtenido de <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>
- Naciones Unidas. (2013). *Declaración y Programa de Acción de Viena*. DPI/1394 Rev.2.
- UNICEF. (11 de 01 de 2018). Obtenido de https://www.unicef.org/ecuador/convencion_2.pdf
- Naciones Unidas. (2008). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. New York: HR/P/PT/15.
- Naciones Unidas; CEPAL. (2018). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Santiago .
- Naciones Unidas; CEPAL. (2016). *Estrategia de Montevideo para la Implementación de la Agenda Regional de Género en el marco del Desarrollo Sostenible Hacia 2030*. Montevideo.
- Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo. (2010). *Diagnóstico País Ecuador desde la Perspectiva de Género*.
- Asamblea Nacional. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*.
- Registro Oficial 737 de 03-ene.-2003. (2014). *Código de la Niñez y Adolescencia*. Quito.
- Congreso Nacional (Ley No. 73). (1998). *Ley sobre la Educación de la Sexualidad y el Amor*. Quito.
- Fernández, M., & Paute, C. (2014). *Tesis Educación Integral de la Sexualidad a Niños(as) y Adolescentes en el Ecuador*. Cuenca.
- Registro Oficial. (2015). *Ley Orgánica de Educación Intercultural*. Registro Oficial Suplemento 417 de 31-mar.-2011.
- Registro Oficial . (2006). *Ley Orgánica de Salud*.
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2014). *Código Orgánico Integral Penal*.
- Ministerio de Educación. (2008). *Programa Nacional de Educación de la Sexualidad y el Amor*.
- Ministerio Coordinador de Desarrollo Social. (Diciembre de 2011). *Estrategia Intersectorial de Prevención del Embarazo Adolescente y Planificación Familiar*.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Obtenido de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- PDMA. (2005). *Design Thinking: New Product Development Essentials from the PDMA*. Canadá: Michael G. Luchs, Abbie Griffin, Scott Swan.
- UNESCO. (2010). *Orientaciones Técnicas Internacionales Sobre la Educación en Sexualidad*. ED-2009/WS/36 Rev.2 .
- Real Academia Española. (Lunes de Enero de 2018). *Diccionario de Lengua Española*. Obtenido de <http://dle.rae.es>
- Lagarde, M. (1990). La multidimensionalidad de la categoría género y del feminismo. 1-2.
- Ackoff, R. L. (1999). *Ackoff's Best: His Classic Writings on Management*. ISBN: 978-0-471-31634-3.
- Hook, S. R. (08 de 01 de 2003). *Módulo 3 Principios de los sistemas organizacionales y sociales*. Universidad de Walden.

- MERINO, M. (2013). *Ensayo sobre la intervención del estado en la solución de problemas públicos; Colección Gobierno y Políticas Públicas*. México: Centro de Investigaciones y Docencia Económicas.
- LAFUENTE, M., AGOSTA, L., & ROJAS, F. (2012). Mejorar la calidad de las políticas públicas para resstaurar la confianza en el gobierno. *Revista del CLAD Reforma y Democracia N.52*.
- World Health Organization. (2002). *Defining sexual health*. Ginebra.
- Center for Theory of Change. (04 de Enero de 2018). *www.theoryofchange.org*. Obtenido de <http://www.theoryofchange.org/library/presentations/>
- Universia. (07 de 09 de 2017). Teoría de las Necesidades Humanas de Abraham Maslow. Recuperado el 3 de febrero de 2018, de UNIVERSIA.NET: <http://noticias.universia.edu.ve/educacion/noticia/2017/09/07/1155577/teoria-necesidades-humanas-abraham-maslow.html>
- Ubillus, S., Zambrano, R., Sánchez, J., & Villegas, M. (2016). *Prevención educativa del embarazo precoz en estudiantes del nivel básico superior*. Editorial Área de Innovación y Desarrollo, S.L.
- Ministerio de Educación. (2017). *Presentación general de las ofertas*. Quito.
- Ministerio de Educación. (08 de Febrero de 2018). *Ministerio de Educación*. Obtenido de <https://educacion.gob.ec/mineduc-y-mintel-presentan-nueva-modalidad-de-bachillerato-a-distancia-virtual-para-personas-con-educacion-inconclusa/>
- Ministerio de Educación. (09 de 02 de 2018). *Ministerio de Educación*. Obtenido de <https://educacion.gob.ec/ministerio-de-educacion-presenta-protocolo-virtual-de-actuacion-ante-casos-de-embarazo-temprano-y-suscribe-convenio-con-defensoria-publica/>
- Ministerio de Educación. (2017). *Protocolos de actuación frente a situaciones de embarazo, maternidad y paternidad de estudiantes en el sistema educativo*. Quito.
- UNICEF; Plan Internacional. (2014). *Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes*. Panamá.
- Ministerio de Familia, Adolescencia y Niñez. (2011). *Normativa para la Restitución de Derechos y Protección Especial de Niñas, Niños y Adolescentes*. Managua.
- Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y Familia. (2004). *Política pública de Juventud de Panamá*. Panamá.
- OIT; UNFPA; OIM; PNUD. (2012). *Programa piloto Wawa Wasi Laboral*. Lima: ERBA Gráfica SAC.
- Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (1997). *Ley General de Protección a la Madre Adolescente Ley N°7735*. Costa Rica.
- Ministerio de Trabajo. (16 de 02 de 2018). *Ministerio de Trabajo*. Obtenido de <http://www.trabajo.gob.ec/gobierno-nacional-anuncia-nuevas-politicas-laborales/>
- Redacción Médica. (16 de 02 de 2018). *Redacción Médica*. Obtenido de <https://www.redaccionmedica.ec/secciones/salud-publica/plan-nacional-de-salud-sexual-y-reproductiva-ya-est-en-marcha-89860>
- Presidencia de la República del Ecuador. (16 de 02 de 2018). Obtenido de http://www.presidencia.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/09/k_proyecto_plan_familia_2015.pdf
- Redacción Médica. (16 de 02 de 2018). Obtenido de <https://www.redaccionmedica.ec/secciones/salud-publica/len-n-moreno-suprime-el-plan-familia-ecuador-90286>
- Ministerio de Salud Pública. (2017). *Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017-2021*. Quito.

- Ministerio de Salud. (2009). *Normas y procedimientos de atención para la atención integral de Salud de Adolescentes*. Quito.
- Ministerio de Educación. (19 de 02 de 2018). Obtenido de <https://educacion.gob.ec/bachillerato-tecnico-productivo/>
- ANDES. (19 de 02 de 2018). *Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Suramerica*. Obtenido de <http://www.andes.info.ec/es/noticias/actualidad/15/ecuador-impulsara-plan-para-fortalecer-la-educacion-tecnica-y-tecnologica-con-enfoque-academico>
- Ediciones Legales. (2005). *Código de Trabajo*. Quito.
- Ministerio de Trabajo. (19 de 02 de 2018). *Misión*. Obtenido de <http://www.trabajo.gob.ec/valores-mision-vision/>
- Registro Oficial Suplemento 303 de 19-oct-2010. (2010). *CODIGO ORGANICO ORGANIZACION TERRITORIAL, Autonomía y Descentralización*. Quito.
- Ubillus, S., Zambrano, R., Sánchez, J., & Villegas, M. (2016). *Prevención educativa del embarazo precoz en estudiantes del nivel básico superior*. Editorial Área de Innovación y Desarrollo, S.L.
- Banco Interamericano de Desarrollo. (09 de octubre de 2017). *Banco Interamericano de Desarrollo*. Obtenido de <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=39855672>

ANEXOS

Anexo 1: Ficha técnica resumen del Proyecto “Más Educación Menos Embarazo en Adolescentes” ejecutado por CEPAM

EC-T1325: Más Educación Menos Embarazo en Adolescentes
Etapa del Proyecto: Implementación

El objetivo del programa es contribuir a la reducción del número de embarazos en adolescentes entre 12 y 19 años en las provincias de Ecuador que han reportado la mayor cantidad de madres adolescentes, con enfoque intercultural, de género, derechos sexuales y reproductivos, y participación juvenil.

INFORMACIÓN DEL PROYECTO	
NÚMERO DEL PROYECTO	EC-T1325
PAÍS	Ecuador
SECTOR	Inversiones Sociales
SUBSECTOR	Inversiones Sociales-Jóvenes en Riesgo
TIPO DE PROYECTO	Cooperación Técnica
ETAPA DEL PROYECTO	Implementación
COSTO TOTAL	USD 834.000
FINANCIAMIENTO DE CONTRAPARTIDA DEL PAÍS	USD 84.000
TIPO DE FINANCIAMIENTO	Cooperación Técnica No Reembolsable
FONDO	Fondo Japón Esp Prog. Reducción Pobreza
COMPONENTES DEL PROYECTO	Componente 1. Fortalecimiento y desarrollo de capacidades en adolescentes y jóvenes vulnerables. Componente 2. Acompañamiento y atención integral a las adolescentes embarazadas. Componente 3. Construcción de agendas intersectoriales.
COBERTURA	El programa trabajar en 30 comunidades, priorizando al menos 2 cantones, en las provincias de Guayas, Manabí,

	Esmeraldas, Los Ríos, Santo Domingo de los Tsáchilas, Santa Elena, y Chimborazo, que han reportado el mayor número de embarazos en adolescentes ¹³ . Se prevé la ejecución simultánea de los tres componentes del programa, para asegurar la sinergia de las intervenciones.
RESULTADOS ESPERADOS	El proyecto prevé un sistema de registro y monitoreo de los procesos que permita medir los avances y establecer correctivos en las estrategias o metodologías de acción de modo oportuno. Los resultados esperados del presente programa se detallan en la Matriz de Resultados.

Tomado y adaptado de (Banco Interamericano de Desarrollo, 2017)

Matriz de Resultados Indicativa				
Indicador de Impacto	Línea de Base	Meta	Fuente de verificación	Comentarios
Incidencia de embarazo adolescente reducida en las comunidades beneficiarias.	17%	15%	Evaluación final	Se ajustaría este indicador para reflejar la incidencia del embarazo adolescente en las comunidades beneficiarias, una vez levantada la línea de base.
Indicadores de Resultado	Línea de Base	Meta	Fuente de verificación	Comentarios
Porcentaje de los adolescentes y jóvenes que implementan al menos 2 prácticas de autocuidado de su salud.	0	75%	Evaluación final	Por la carencia de datos oficiales sobre los resultados esperados, se levantará una línea de base y encuesta de seguimiento con la población objetivo como parte de la evaluación del programa.
Porcentaje de las adolescentes embarazadas que optan por un método de anticoncepción y evitan un embarazo subsecuente.	0	75%	Evaluación final	
Porcentaje de los gobiernos seccionales de las comunidades intervenidas que elaboran agendas intersectoriales e interministeriales para	0	50%	Informe de gestión	

¹³ En estas provincias se encuentra población Afro-ecuatoriana, indígena y montubia. Para el BID como agencia cooperante es importante rescatar los enfoques de interculturalidad y diversidad.

prevenir el embarazo adolescente.				
-----------------------------------	--	--	--	--

Tomado y adaptado de (Banco Interamericano de Desarrollo, 2017)

Anexo 2: Preguntas de Entrevistas

Cuestionario aplicado a la Psicóloga Sonia Rodríguez Jaramillo, Coordinadora del Proyecto “Más Educación Menos Embarazo en Adolescentes” del CEPAM

Cuestionario

- Pregunta 1: ¿Cómo surge el Proyecto “Más Educación Menos Embarazo en Adolescentes”?
- Pregunta 2: De la experiencia del CEPAM y ahora con el Proyecto ¿cuáles considera son las causas del embarazo adolescente?
- Pregunta 3: ¿Cuáles son los ejes principales y las acciones del Proyecto?
- Pregunta 4: ¿Cómo las identifican a las madres adolescentes que recibirán el acompañamiento?
- Pregunta 5: ¿Cuál es el tercer componente?
- Pregunta 6: ¿En este componente tres, ¿cuál es el resultado?
- Pregunta 7: ¿El hecho de que ya lo reconozcan al tema de embarazo adolescente (las autoridades) es un gran paso?
- Pregunta 8: ¿Cuáles son las provincias donde está ejecutándose el Proyecto?
- Pregunta 9: ¿Bajo qué criterios, se escogieron a estas provincias para el Proyecto?
- Pregunta 10: ¿Cuál es el tiempo de ejecución del Proyecto?
- Pregunta 11: ¿Con que personal trabajan desde el CEPAM en el Proyecto?
- Pregunta 12: ¿Cuál es el mayor desafío encontrado al momento en la ejecución del Proyecto?