



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE GRADUADOS

TITULO

INCIDENCIA DE LA ATENCION DIFERENCIADA AL
ADOLESCENTE EN PLANIFICACION FAMILIAR GUAYAS
2012 2013

TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO PARA OPTAR POR EL
GRADO ACADEMICO DE MAGISTER EN GINECOLOGIA
INFANTO JUVENIL Y SALUD REPRODUCTIVA DEL
ADOLESCENTE

AUTOR

OBSTA SHIRLEY VENEGAS VENEGAS

TUTOR

DR TELMO FERNANDEZ ORDOÑEZ

AÑO 2016

GUAYAQUIL – ECUADOR



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS
Dr. Guillermo Pineda
Subdirector

Guayaquil, 13 de abril del 2015

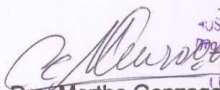
Dr. Raúl Intriago López
DIRECTOR
ESCUELA DE GRADUADOS
En su despacho.-

En mi calidad de revisor del trabajo de investigación de tesis para optar el grado de magister en GINECOLOGIA INFANTO JUVENIL Y SALUD REPRODUCTIVA DEL ADOLESCENTE.

Certifico que este trabajo de tesis cuyo Tema es: "**INCIDENCIA DE LA ATENCION DIFERENCIADA AL ADOLESCENTE EN PLANIFICACION FAMILIAR GUAYAS 2012-2013**" de la obstetra Shirley Venegas Venegas con C.I 0910691138, considero que dicho informe investigativo reúne los requisitos, recomendaciones y mérito para ser sometido a la evaluación del jurado examinador, en virtud de lo cual apruebo el borrador final previo a la sustentación de la tesis.

Por la atención al presente me suscribo de usted.

Atentamente


"HOSPITAL ENRIQUE C. SOTOMAYOR"
Dra. Martha Gonzaga Piquero
GINECO OBSTETRA
Libro II Folio 716 No. 2015
Dra. Martha Gonzaga
Revisor de tesis

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS

FECHA: 04/04/2015
HORA: 14h46
RECIBIDO POR: Javiera



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS
TELEFAX: 042-288086
Guayaquil - Ecuador

OfEG#235- PROY

Octubre 22 de 2014

Guayaquil, 21 de enero del 2015

Dr. Raúl Intriago López

DIRECCIÓN DE GRADUADOS

En su calidad de

MAESTRÍA EN GINECOLOGIA INFANTO JUVENIL
Y SALUD REPRODUCTIVA DEL ADOLESCENTE

Ciudad.-

De mis consideraciones:

Por medio del presente oficio comunico a usted, que su ANTEPROYECTO de investigación titulado: "INCIDENCIA DE LA ATENCIÓN DIFERENCIADA AL ADOLESCENTE EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR GUAYAS 2012-2013".

"INCIDENCIA DE LA ATENCIÓN DIFERENCIADA AL ADOLESCENTE EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR GUAYAS 2012-2013".

Por lo

Tutor: Dr. Telmo Fernández Ordoñez

Ha sido aprobado por la Dirección de esta Escuela de Graduados, el día 22 de septiembre del 2014, por lo tanto puede continuar con la ejecución del Borrador Final.

Revisor: Dra. Martha Gonzaga.

Atentamente,

Dr. Telmo Fernández Ordoñez

Tutor

Dr. Raúl Intriago López
DIRECTOR
ESCUELA DE GRADUADOS

C. archivo

Revisado y Aprobado:	Dr. Raúl Intriago L.
Elaborado:	Daniela Ibarra R.

Dirección

Mail: info777@hotmail.com

Teléfono 0992751441

CERTIFICADO DEL TUTOR

DR.TELMO FERNANDEZ ORDOÑEZ

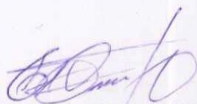
Guayaquil, 21 de enero del 2015

Dr. Raúl Intriago López
DIRECTOR ESCUELA DE GRADUADOS
En su despacho.-

Me permito informar a usted que Revisada la tesis titulada **"INCIDENCIA DE LA ATENCION DIFERENCIADA AL ADOLESCENTE EN PLANIFICACION FAMILIAR GUAYAS 2012-2013"** de la obstetriz Shirley Venegas Venegas para optar por el grado de magister en GINECOLOGIA INFANTO JUVENIL Y SALUD REPRODUCTIVA DEL ADOLESCENTE, ha cumplido con las correcciones y recomendaciones sugeridas, en virtud de lo cual apruebo el borrador final previo a la sustentación de la tesis.

Por la atención al presente me suscribo de usted.

Atentamente



DR. Telmo Fernández Ordoñez
Tutor de tesis

Dr. Telmo Fernández Ordoñez

Dirección: Floresta 1 Mz.27 Villa 18
Mail: trofeo777@hotmail.com
Teléfono 0992751441



Ministerio de Salud Pública

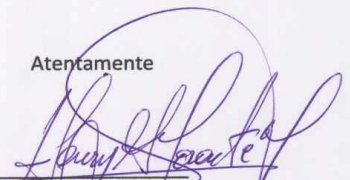
DIRECCION PROVINCIAL DE SALUD DEL GUAYAS

Guayaquil, 16 de marzo del 2012

PARA: : Obsta. Shirley Venegas V. / Directora del Centro de Salud N° 9
De: : Sr. Henry Morantes M / Responsables del Sistema Informático Adolescente-SIA
ASUNTO: : Autorización para Realización de Trabajo de TESIS

Saludos cordiales en relación al oficio que se recibió en el Departamento de Implantación de Normas en el Sistema Provincial de Salud (Programa Salud de los Adolescentes) con fecha 3 de Marzo del 2012, en el cual la **Obsta. SHIRLEY LORENA VENEGAS VENEGAS**, portadora de la cedula de ciudadanía N° **091069113-8**, solicita la autorización de este departamento para obtener información en la DPSG a fin de realizar su trabajo de tesis **"INCIDENCIA DE LA ATENCION DIFERENCIADA AL ADOLESCENTE EN PLANIFICACION FAMILIAR GUAYAS 2012-2013"**, le informo en calidad de **Responsable de la información técnica del Sistema Informático del Adolescente-SIA** que su solicitud **ha sido aprobada** a efectos que el Proceso de Normatización Micro Área de Salud del Adolescente le brinde las facilidades para recabar los datos requeridos.

Atentamente



Henry Morantes M

**Responsable del Sistema Informático del
Adolescente-SIA**

DEDICATORIA

A Dios, por permitir forjar un camino hacia mí destino, por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía y por darme la oportunidad de vivir.

A mí amada hija Diana, quien es el motivo que estimula mi vida para seguir alcanzando nuevos horizontes.

A mí familia y en especial a mi madre y abuelos gracias por darme la comprensión y ayuda incondicional, por su apoyo en todos y cada uno de los proyectos a lo largo de mi vida, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mis queridas amigas Diana, Gioconda y flor gracias, por haber estado a mi lado cuando nadie creía en este sueño, gracias por compartir juntas este difícil camino, finalmente demostramos que teníamos la razón, este trabajo también está dedicado a ustedes

Obsta Shirley Venegas Venegas

AGRADECIMIENTO.

Agradezco en forma dilecta a la Dra. Susana Guijarro Líder a nivel nacional de adolescencia quien me honro creyendo en mí para coordinar el Programa de Adolescencia en la provincia de Guayas.

A mi equipo de trabajo en la Dirección Provincial de Salud del Guayas , especialmente a la Licenciada Cielo Parrales quien con toda su experiencia y sabiduría supo guiarme y enrumbarme en el camino de liderar una provincia .

A mi tutor Dr. Telmo Fernández, verdadero maestro quien me acogió y compartió su tiempo y conocimiento, gracias por creer en mis ideas y cultivar en mí el interés por la investigación.

A mi equipo de trabajo a nivel provincial gracias a todos/as, porque sin su cooperación nada de esto hubiera sido posible

.

Obsta Shirley Venegas Venegas



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS

TÍTULO Y SUBTÍTULO: Incidencia de la Atención Diferenciada al Adolescente en Planificación Familiar Guayas 2012 - 2013

AUTOR/ES: OBST. Venegas Venegas Shirley Lorena

TUTOR: Dr. Fernández Ordoñez Telmo
REVISOR: Dra. Gonzaga Figueroa Martha

INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil

FACULTAD: Ciencias Médicas

CARRERA: Maestría en Ginecología Infanto Juvenil y Salud Reproductiva del Adolescente

FECHA DE PUBLICACIÓN: 13 de Abril del 2016

No. DE PÁGS: 75

ÁREAS TEMÁTICAS: SALUD

PALABRAS CLAVE: Adolescencia ,embarazo, atención diferenciada, Buen Vivir, planificación familiar , muerte materna, sexualidad, programa

RESUMEN: Debido a que la tasa de fecundidad nacional descendió, mientras que la de adolescentes aumentó lo que incidió directamente en la Mortalidad Materna de Adolescentes en un 10%, el Plan Nacional de Desarrollo en relación a los Derechos Sexuales y Reproductivos como mandato “Reducir la Muerte Materna en un 30 %, así como el embarazo en Adolescentes en un 25% La presente investigación plantea la necesidad existente en el país de continuar fortaleciendo el Programa Nacional de Adolescencia el cual se enfoca en una Atención Diferenciada a los y las adolescentes con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva, y Planificación familiar a través de una serie de intervenciones dirigidas a la atención de sus necesidades específicas. El objetivo de esta investigación fue contribuir a través de la incidencia del programa de Adolescentes, orientado a la planificación familiar durante el periodo 2012 – 2013, como una estrategia para la reducción del Embarazo en la Adolescencia contemplado en el marco del cumplimiento del Plan Nacional de Desarrollo en relación a los Derechos Sexuales y Reproductivos. Los Métodos utilizados en el presente proyecto fueron de tipo descriptivo, correlacional, retrospectivo, no experimental y observacional. A pesar del trabajo realizado durante el año 2012, se observó una disminución en el proceso de las consultas de planificación familiar, por lo que tanto a nivel nacional como local se tomaron medidas y se institucionalizó el Programa Nacional de Adolescencia, por ende la Atención Diferenciada, lográndose mejorar los resultados y disminuir el embarazo en adolescente a través de la planificación familiar.

No. DE REGISTRO (en base de datos)

No. DE CLASIFICACIÓN:

DIRECCIÓN URL (tesis en la web):

ADJUNTO PDF:

☒ SI

☐ NO

CONTACTO CON AUTOR/ES:

Teléfono: 0992924544

Email: provision03shirley@hotmail.com

CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:

Nombre: SECRETARIA DE LA ESCUELA DE GRADUADOS

Teléfono: 2- 288086

E-mail: egraduadosug@hotmail.com

RESUMEN

Debido a que la tasa de fecundidad nacional descendió, mientras que la de adolescentes aumentó incidiendo en un 10% directamente en la Mortalidad Materna en Adolescentes, el Plan Nacional de Desarrollo en relación a los Derechos Sexuales y Reproductivos tiene como mandato “Reducir la Muerte Materna en un 30 %, así como el embarazo en Adolescentes en un 25%. La presente investigación plantea la necesidad existente en el país de continuar fortaleciendo el Programa Nacional de Adolescencia el cual se enfoca en una Atención Diferenciada a los y las adolescentes con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva, y Planificación familiar a través de una serie de intervenciones dirigidas a la atención de sus necesidades específicas. El objetivo de esta investigación fue contribuir a través de la incidencia del programa de Adolescentes, orientado a la planificación familiar durante el periodo 2012 – 2013, como una estrategia para la reducción del Embarazo en la Adolescencia contemplado en el marco del cumplimiento del Plan Nacional de Desarrollo en relación a los Derechos Sexuales y Reproductivos. Los Métodos utilizados en la presente tesis fueron de tipo descriptivo, correlacional, retrospectivo, no experimental y observacional. A pesar del trabajo realizado durante el año 2012, se observó una disminución en el proceso de las consultas de planificación familiar, por lo que tanto a nivel nacional como local se tomaron medidas y se institucionalizó el Programa Nacional de Adolescencia, por ende la Atención Diferenciada, lográndose mejorar los resultados y disminuir el embarazo en adolescente a través de la planificación familiar.

Adolescencia, embarazo, muerte materna, programa, atención diferenciada, sexualidad, planificación familiar, Buen Vivir.

ABSTRACT

Because the national fertility rate fell, while the adolescents increased which had a direct impact on Maternal Mortality Adolescent by 10%, the National Development Plan in relation to Sexual and Reproductive Rights mandate "Reduce Death breast by 30%, and teen pregnancy by 25% this research raises the need in the country to continue strengthening the National Program for adolescents which focuses on differentiated care to adolescents with emphasis on Sexual and Reproductive health and family Planning through a series of interventions to care for their specific needs. The objective of this research was to contribute through the incidence of adolescent program, aimed at family planning during the period from 2012 to 2013, as a strategy to reduce Teen Pregnancy referred to in the framework of the implementation of the National Plan development on the Sexual and Reproductive Rights. Methods used in this project were descriptive, correlational retrospective observational and not experimental. Despite the work done during 2012, a decrease was observed in the process of family planning consultations, so both national and local level measures were taken and institutionalized the National Program for Adolescents, therefore the Differentiated Care, achieving better results and reduce teen pregnancy through family planning }

Adolescence, pregnancy, maternal death, program, differentiated care, sexuality, family planning, Good Living

INDICE

CERTIFICADO DE APROBACION.....	¡Error! Marcador no definido.
CERTIFICADO DEL TUTOR.....	IV
DEDICATORIA.....	V
AGRADECIMIENTO.....	VII
RESUMEN	VIII
ABSTRACT.....	X
INDICE.....	XI
1. INTRODUCCION.....	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.1.1. Determinación Del Problema.....	2
1.1.2. Preguntas De Investigación.	9
1.1.3. Justificación.....	10
1.1.4. Viabilidad.....	12
1.2. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	12
1.2.1. Objetivos.	12
1.2.1.1. Objetivo General.	12
1.2.1.2. Objetivos Específicos.	12
1.2.2. Hipótesis.....	12
1.3. VARIABLES	13
1.3.1. Variable Dependiente:.....	13
1.3.2. Variable Independiente.....	13
1.3.3. Variable Interviniente.....	13
2. MARCO TEÓRICO:	14
3. MATERIALES Y MÉTODOS:.....	47
3.1. MATERIALES.....	47
3.1.1. Localización.	47
3.1.2. Caracterización De La Zona De Trabajo.	47
3.1.3. Periodo De Investigación.	47

3.1.4.	Recursos A Emplear.....	47
3.1.4.1.	Recursos Humanos.....	47
3.1.4.2.	Recursos Físicos.....	47
3.1.5.	Universo Y Muestra.....	48
3.1.5.1.	Universo.....	48
3.1.5.2.	Muestra.....	48
3.2.	MÉTODO.....	48
3.2.1.	Tipo De Investigación.....	48
3.2.2.	Diseño De La Investigación.....	48
3.2.3.	Procedimientos De Investigación.....	48
3.2.3.1.	Operacionalización De Equipos E Instrumentos.....	48
3.2.3.2.	Operacionalización De Variables.....	49
3.2.4.	Criterios De Inclusión Y Exclusión.....	49
3.2.4.1.	Criterios De Inclusión.....	49
3.2.4.2.	Criterios De Exclusión.....	49
3.2.5.	Análisis De La Información.....	50
3.2.6.	Aspectos Éticos Y Legales.....	50
3.2.7.	Presupuesto.....	51
3.2.8.	Cronograma.....	52
4.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	53
	DISCUSIÓN.....	55
5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	59
5.1.	Conclusiones.....	59
5.2	Recomendaciones.....	60
6.	BIBLIOGRAFÍA:.....	61
7.-ANEXOS.....		65

1. INTRODUCCION

Dada la alta tasa de fecundidad adolescente y su marcada tendencia al alza en nuestro país y a su vez contribuir al cumplimiento del Plan Nacional de Desarrollo en relación a los Derechos Sexuales y Reproductivos que establece como mandatos “Reducir la muerte materna en un 30%, la Muerte infantil en un 25%, la muerte neonatal precoz en un 35%, así como el embarazo en Adolescentes en un 25%”, en función del logro del Sumak Kawsay o Buen Vivir , el resultado de la presente investigación plantea la necesidad existente en el país de continuar y fortalecer con el Programa Nacional de Adolescencia programa enfocado en la ATENCION DIFERENCIADA A LOS Y LAS ADOLESCENTES CON ENFASIS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y O / PLANIFICACION FAMILIAR el cual “desde su nacimiento en el año 1992 ha acumulado importantes experiencias en el trabajo con adolescentes incorporando en todos los espacios donde se trabaje con y para los adolescentes, intervenciones dirigidas a la atención de sus necesidades específicas (incluidas aquellas identificadas por los/las adolescentes), que oferten información y atención en Salud Sexual y Reproductiva , Métodos anticonceptivos , incluyendo la Anticoncepción de Emergencia garantizando la privacidad y confidencialidad (1) PLAN ANDINO DE PREVENCION DEL EMBARAZO EN L ADOLESCENCIA.

Tomando como base los datos estadísticos recopilados a partir del año 2011 el equipo Provincial de Salud del Adolescente de la provincia del Guayas diseño y realizo una Matriz interna de evaluación por resultados de la planificación familiar para la provincia ,con el debido asesoramiento del responsable de estadística del nivel provincial Guayas, departamento de Servicios de salud Guayas la cual fue conocida y autorizada para su uso interno por el Director Provincial del Guayas de ese año contando con el debido asesoramiento del responsable del departamento de Servicios de salud de la Dirección Provincial de Salud del Guayas y el Departamento de estadística a nivel provincial se elaboró una matriz la cual es una guía para obtener las coberturas de consulta por primera vez en Planificación

Familiar en adolescentes , coberturas según métodos de Planificación Familiar, así como también coberturas por consumo del Anticonceptivo de Emergencia en Adolescentes de 10-14 años y de 15 a 19 años, información que era enviada por las responsables de cada Área de Salud realizándose un análisis por cuatrimestre el cual mide el impacto de la Planificación Familiar a nivel provincial , cabe indicar que hasta ese entonces el Ministerio de Salud Pública no contaba con ningún instrumento que mida la cobertura y el impacto de la Planificación Familiar en adolescentes , los resultados de la información obtenida en coberturas de Planificación Familiar no era disgregada por grupos de edad siendo obtenidos solo datos generales por lo que surgió la necesidad de crear un instrumento que mida estos las coberturas de Planificación Familiar en adolescentes para de esta manera generar acciones y obtener resultados, siendo la Provincia del Guayas la primera en obtener estos datos disgregados por grupos de edad, fundamentados en esta experiencia en el año 2012 el Proceso de Normatización de la Dirección Provincial de Salud del Guayas delegó la responsabilidad de la Planificación Familiar de la provincia al equipo provincial de Salud del Adolescente como una estrategia para la reducción del Embarazo en la Adolescencia en el marco del cumplimiento del Plan Provincial para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal en la Provincia del Guayas.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1.1. Determinación Del Problema.

La Constitución de la República del Ecuador establece en su” Art 32 que la salud es un derecho garantizado por el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir”.

El Ministerio de Salud Pública como ente rector y regulador del Sistema Nacional de Salud, tiene entre sus mandatos la Normatización de bienes y servicios de salud y por tanto, de los contenidos de atención mismo que reconoce como uno de los

grupos vulnerables la etapa de la adolescencia(etapa que va de 10 a 19 años) , y bajo el nuevo modelo de atención esta debe darse por ciclos de vida considerando a los determinantes de la salud como aspectos fundamentales del modelo de atención integral, familiar y comunitario con enfoques inclusivo, de género, generacional e interculturalidad, que nos permitirán vivir en un Ecuador saludable y socialmente cohesionado , por esta razón la salud de los adolescentes se convierte en una área de atención prioritaria para la comunidad organizaciones civiles y el estado.

En la mayoría de los casos, las políticas y leyes se han construido sobre concepciones que representan únicamente a los grupos social y culturalmente dominantes, y que han sido históricamente adultas, las y los adolescentes deben ser un grupo central para las políticas públicas, las que debieran enfocarlos desde sus potencialidades y derechos, tener pertinencia cultural e involucrarlos mediante mecanismos diversos de participación y representación en espacios nacionales y sub nacionales, para brindar oportunidades reales a los/ las adolescentes y jóvenes es Preciso que sus necesidades de educación, salud, salud sexual y reproductiva, empleo productivo y bien remunerado, vivienda y microcréditos, inclusión financiera y tecnológica, participación plena y derechos ciudadanos sean cubiertas con medidas adecuadas e integrales, “la manera en la cual la Salud Sexual y Reproductiva es vivida y socializada por las y los adolescentes puede resultar trascendental para el resto de sus vidas. Es así que la SSR adolescente se convierte en un área de atención prioritaria para la comunidad internacional, las organizaciones civiles y los estados”. (UNFPA 2007).

Existen Una serie de normativas internacionales y nacionales que respaldan y promueven la necesidad de la atención y del ejercicio de los derechos de los/as adolescentes, no obstante, todavía se requiere de muchos esfuerzos para facilitar la información y el acceso a servicios de SSRR de calidad y socioculturalmente apropiados para adolescentes, así como medidas que garanticen el cumplimiento del ejercicio de sus derechos. Una cuestión de fondo es que mientras no se reconozca de manera efectiva a los/as adolescentes como sujetos, es decir personas

con autonomía y con capacidad para participar activamente en las políticas públicas, tanto sus derechos como sus proyectos de vida se verán limitados por culturas adultistas reconociéndole a esta la capacidad de sentar las bases para un tránsito sano y pleno hacia la adultez.” Si bien el concepto adolescencia es una construcción social que coincide históricamente con el nacimiento de la escuela secundaria, podemos aceptar que desde la biología, la sociología y la psicología es la etapa del desarrollo en que se alcanza la madurez sexual, se elabora la identidad y los proyectos de vida y se asienta la autonomía social, aunque no necesariamente la económica”. (Marta Mauras, 2008)

La edad de inicio de las relaciones de pareja varía de acuerdo con los contextos familiares, grado de instrucción, influencia de las redes sociales y las percepciones de mundo que se tengan, por lo que no es raro escuchar a los padres decir que la etapa de enamoramiento debe comenzar a partir de los 20 o 25 años, coincidiendo con los/as jóvenes, quienes dicen que la edad ideal es a los 23 o 25 años sin embargo, en la realidad, el enamoramiento se da a temprana edad, “a los 13 o 14 años y a los 15 ya se tiene hijo/a” (UNFPA-FCI 2008)

En nuestro país merece una consideración especial y está dada por múltiples factores, existe un notable desconocimiento sobre su sexualidad, las relaciones sexuales precoces relacionan la sexualidad con el amor, la falta de información y al miedo o la vergüenza a hablar abiertamente de la sexualidad, sin dejar que reconocer que los jóvenes actualmente cuentan con mayor acceso e información, el modernismo, la tecnología, las culturas en general representan también nuevos riesgos y problemas para los/as jóvenes y amplían su vulnerabilidad.

Los factores que motivan y las condiciones en las que se da la iniciación sexual son muy diversos. “el inicio sexual, particularmente entre los hombres, en general no está motivado por el inicio de una relación amorosa, sino por la presión de los amigos. La sexualidad es vista como parte de la afirmación de la identidad masculina”. (González, L, 2003)

En vista de que la menstruación puede ocurrir desde los 12 años en adelante o quizá antes implica que también a estas edades pueden iniciarse las relaciones sexuales , la menstruación se constituye en un rito de paso que implica el inicio de las relaciones sexuales y del matrimonio, ello explica porque este evento tiene importancia en la socialización de la vida sexual ,podría decirse que con la menstruación y los cambios corporales, se inicia un proceso de consejos y recomendaciones relativas al comportamiento sexual para los/as adolescentes, casi todas las recomendaciones a los/as adolescentes están dirigidas a evitar un embarazo o evitar una infección de transmisión sexual. (UNFPA/FCI 2008)

La tasa Global de Fecundidad (Hijos por mujer) es un aspecto importante a resaltar que la procreación prematura está profundamente arraigada en las culturas latinoamericanas y caribeñas , en la actualidad Venezuela ,Colombia y Ecuador son los países en los cuales existe una proporción más alta de nacimientos de madres adolescentes con respecto al total.

En América Latina el país ocupa el segundo lugar más alto del índice de embarazo en la adolescencia después de Venezuela, tras Venezuela una de las tasas más altas de América Latina se registra en Ecuador, donde más del 17 % de las jóvenes de entre 15 y 19 años son madres, según consta el Plan Andino de Prevención del Embarazo en Adolescentes

Entre 16 y 19 años se ubica el rango de edad de las madres adolescentes, cuya cifra total en Ecuador es de 122.301, pese a los programas de salud destinados al control y prevención de los embarazos no deseados el índice de esta problemática va en aumento, en los últimos 10 años el índice de embarazo adolescente se incrementó en 2,3% anual.

Según el censo del 2010 en el país existían 346.700 niñas de 10-14 años de estas 2080 ya era madres, aunque esta cifra representa menos del 1% del total refleja que el Ecuador cuenta con una alta tasa de embarazos de adolescentes de 15-19 años según este censo de las 705.163 adolescentes censadas121.288, es decir el 17,2%

ya han sido madres, estas cifras ubican al Ecuador liderando la lista de países andinos con el mayor número de embarazos en niñas y adolescentes.

Más del 17 % de las jóvenes ecuatorianas de entre 15 y 19 años son madres, la segunda mayor tasa de América Latina, tras Venezuela; en el 2010, el último año del que hay cifras oficiales, el 20 % de los partos en el país fue de adolescentes de esa franja de edad, quienes dieron a luz a más de 60.600 niños., además, menores de entre 10 y 14 años tuvieron cerca de 1.100 hijos ese año.

Lejos de bajar, esas cifras han aumentado desde 2006 y colocan a Ecuador, junto a Venezuela, a la cabeza de toda América Latina en términos de embarazo adolescente, según datos del Ministerio Coordinador de Desarrollo Social.

A nivel general, 37 de cada 100 embarazos en Ecuador son no deseados los embarazos adolescentes son más comunes en la zona amazónica, la más pobre, y la costa.

La tasa de fecundidad en Ecuador es de 2,4 hijos por mujer, pero es más alta entre los indígenas, las personas con poca educación y los pobres, según los datos oficiales. Entre 25 y 108 de cada 1.000 jóvenes de 15 a 19 años son madres en los países de América Latina y el Caribe, según datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), que ponen de relieve la alarmante situación de la maternidad adolescente.

La mayor proporción de embarazos adolescentes de la región se registra en varios países de Centroamérica como Nicaragua, Honduras y Guatemala, así como en Venezuela, República Dominicana y Ecuador.

Mientras los índices de maternidad tienden a disminuir en todos los grupos de edad de los países de la región, continúan en aumento en el grupo de adolescentes de entre 15 y 19 años las adolescentes prácticamente han duplicado su aporte a la fecundidad total, pasando a representar un 14,3 % en 2000-2005, según la CEPAL.

Este incremento se da en países con distinto nivel de desarrollo económico, nivel educativo e incidencia de la pobreza, lo que revela la complejidad del fenómeno.

La alta incidencia de embarazos en adolescentes en Latinoamérica, solo superada por África, no solo persiste sino que va en aumento, lo que supone un freno para el desarrollo de la región, el embarazo adolescente también pone de relieve la violencia sexual contra las mujeres.

En los países de la Subregión Andina, al igual que sucede en América Latina se presenta el fenómeno de una marcada discrepancia entre el conocimiento de los métodos modernos de Anticoncepción el UNFPA (2007) destaca que existen algunos métodos como la anticoncepción de emergencia que no son conocidos ni por la mitad de las y los adolescentes de la Subregión la vasectomía, el condón femenino y los implantes también son métodos que una buena parte de adolescentes no conoce, menos de la mitad de las mujeres identifican correctamente la etapa fértil dentro de su periodo menstrual principalmente en Bolivia y Ecuador.

La evidencia señala que no existen diferencias importantes en el conocimiento de métodos por parte de hombres y mujeres que pertenecen a los grupos poblacionales menos favorecidos el 87 de las adolescentes del quintil socioeconómico superior hizo uso de los mencionados solamente 57 por ciento de las adolescentes más pobres lo hicieron , son diversas las hipótesis en torno a esta discrepancia entre conocimiento y uso centrándose los principales enfoques en torno a posibles limitaciones de acceso a la anticoncepción, generalmente limitada por factores económicos y barreras institucionales, pero con importante incidencia de elementos culturales y comportamientos “Pese a este grado de conocimiento bastante elevado el uso de métodos anticonceptivos modernos se encuentra por debajo del 50 por ciento en el resto de países de la Subregión, siendo marcadamente bajo en el caso de Bolivia.

El Plan Nacional de Desarrollo, en relación al cumplimiento de los derechos sexuales y Reproductivos, establece como mandatos: “Reducir la muerte materna en un 30%, la Muerte infantil en un 25%, la muerte neonatal precoz en un 35%, así

como el embarazo en Adolescentes en un 25%”, para su cumplimiento el Ministerio de Salud Pública en el año 2008, elaboró el Plan de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal que parte desde un enfoque integral, integrado e intercultural de la atención materna y neonatal.

La mortalidad Materna es un claro indicador de la inequidad de género, la injusticia social y la pobreza que sufren las mujeres en Ecuador, independiente de la edad, mayormente consideramos que los y las adolescentes son considerados como sujetos vulnerables de sus derechos especialmente en Salud Sexual y Reproductiva. En nuestro país si analizamos la correlación entre la cobertura de atención para Planificación Familiar y la Reducción de Mortalidad Materna, nos indica que el 35% de los cambios que se han dado en la RMM en el periodo 1999-2008 podrían estar explicadas por las consultas para la planificación familiar

Casi todos los países de América Latina cuentan con programas especiales de atención de salud para adolescentes, o tiene algún componente para adolescentes incorporado en sus planes y programas de salud sexual y reproductiva y/o de planificación familiar, pero pocos son los que reportan tener un programa diferenciado para las adolescentes,

En este contexto nace la atención diferenciada a los/las adolescentes volviéndose prioritaria por lo que se pretende mejorar el acceso informado a servicios de salud con enfoque en derechos Sexuales y Reproductivos para la toma de decisiones consientes e informadas sobre su condición de salud, reducir la violencia basada en género, e intrafamiliar, mejorando el trato de los y las usuarias internos y externos como una acción de salud puesto que las normas clínicas ya establecidas solo sistematizan la práctica de los servicios de salud para ayudar a decidir al trabajador junto con el adolescente cual es la atención requerida en cada circunstancia específica.

Ecuador, uno de los países que asumió el Plan Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes y cuenta con el Plan Decenal de Desarrollo, y una Agenda Social de la Niñez y Adolescencia, se ha planteado como meta “Reducir

en 25% el embarazo en adolescentes para el 2010” Meta que no se llegó a cumplir debido a múltiples factores por lo que fue replanteada, creándose estrategias y nuevos planes de acción. Debido a esta problemática el Gobierno se ha planteado como meta reducir para 2013 en un 25 % el número de embarazos entre adolescentes y en la misma medida los embarazos no deseados, para lo cual entre una de las estrategias con que cuenta el país es el Programa de Adolescencia, programa enfocado a la atención a los y las adolescentes a través de intervenciones específicas sobre su Salud Sexual y Reproductiva.

Las lecciones aprendidas en estas dos décadas han permitido comprender que para trabajar con adolescentes se requiere, además de conocimientos, una fuerte sensibilidad y motivación del personal de salud, y una clara visión de derechos humanos que permita acercarse a los y las adolescentes como sujetos de derechos y no como beneficiarios de los servicios, promoviendo una atención equitativa para hombres y mujeres, respetuosa de sus culturas, y basada en una amplia participación social.

La atención diferenciada al adolescente posee otra visión pues utiliza un criterio de flexibilidad debiendo adaptarse a la complejidad de los servicios de salud en los niveles locales y nacionales ya que desde el marco de prevención clínica se utiliza un enfoque de protección vulnerabilidad y riesgo considerando a la salud como un proceso construido socialmente

Por lo expuesto la propuesta en esta tesis es continuar y fortalecer el Programa Nacional de Adolescencia programa enfocado en la Atención Diferenciada a los y las adolescente con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva y o / planificación familiar a través de la determinación de la Incidencia de la Atención Diferenciada Al Adolescente En Planificación Familiar en la Provincia del Guayas.

1.1.2. Preguntas De Investigación.

¿Cuál es el porcentaje de cobertura en Atención Diferenciada para planificación familiar en los adolescentes en la provincia del Guayas?

¿Cuál es el método anticonceptivo de mayor uso en adolescentes?

¿Incide la atención diferenciada para decidir el inicio de la planificación familiar entre las adolescentes?

1.1.3. Justificación.

Para muchos la adolescencia está marcada por una buena salud, por circunstancias familiares estables, buen acceso a servicios sociales básicos, entretenimiento, educación y educación sexual, sin embargo para la mayoría este periodo puede ser de alta vulnerabilidad.

La tasa de fecundidad nacional ha descendido notablemente, mientras la tasa de fecundidad específica en adolescentes aumenta relacionándose con la Mortalidad Materna, bajo este contexto y tomando en cuenta que del total de Muertes Maternas, 10% ocurrieron en mujeres adolescentes, nace la atención diferenciada a las adolescentes a través de la cual se pretende mejorar el acceso informado a servicios de salud con enfoque en derechos Sexuales y Reproductivos para la toma de decisiones consientes e informadas, ofertando información y atención en Salud Sexual y Reproductiva a los adolescentes, Métodos anticonceptivos, incluyendo la Anticoncepción de Emergencia, garantizando privacidad y confidencialidad, favoreciendo el bienestar individual y colectivo, reduciendo considerablemente la tasa de mortalidad en las adolescentes del país, así como, las principales causas de Morbilidad y Mortalidad en las etapas posteriores del curso de la vida del adolescente . (Ahumada, C. & Kowalski, M.S. 2006). (1)

La Constitución Política de la República vigente, en los Art. 42, 43, 44, 45, 46 y 47 establece la garantía y acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia; el acceso ininterrumpido a las emergencias de los establecimientos públicos o privados, así como a una promoción de la cultura por la salud y la vida, con énfasis en la salud sexual y reproductiva, el reconocimiento respeto y promoción al desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa, el compromiso

y rectoría en la organización del sistema nacional de salud, integrado con entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector y con funcionamiento descentralizado, desconcentrado y participativo, estableciendo que tanto en el ámbito público y privado recibirán atención prioritaria, preferente y especializada los niños, adolescentes, y, las mujeres embarazadas; y, la obligación del Estado, la sociedad y la familia, para promover con máxima prioridad el desarrollo integral de niños y adolescentes y asegurar el ejercicio pleno de sus derechos.

El Código de la Niñez y Adolescencia (2005): establece en el Cap. 2 sobre los derechos de supervivencia, Art. 25: “El poder público y las instituciones de salud y asistencia a niños, niñas y adolescentes crearán las condiciones adecuadas para la atención durante el embarazo y el parto a favor de la madre y del niño o niña, especialmente tratándose de madres adolescentes y de niños o niñas con peso inferior a 2500 gramos”, que incluye a los neonatos.

El Plan de Acción de Salud Sexual y Reproductiva (2008): sugiere las siguientes actividades tomadas en cuenta en el presente Plan:

- Diagnóstico de factores que se relacionan con la muerte materna, el aborto y el embarazo no deseado, a través del Sistema de Vigilancia de la Muerte Materna,
- Creación de los comités de Vigilancia de la Muerte Materna y generación de actividades intersectoriales, incluyendo al Registro Civil y participación ciudadana.
- Creación de las unidades de Cuidados Obstétricos Esenciales (COE) incluyendo la Atención Calificada del Parto (ACP) y los Cuidados Obstétricos Completos (COC), a las cuales hemos añadido el componente neonatal.

(Ahumada, C. & Kowalski, M.S. 2006). (1)

1.1.4. Viabilidad.

Esta investigación es viable contándose con la autorización respectiva de las autoridades gubernamentales para la utilización de los datos por ellos recopilados, la maestrante al haber desempeñado el cargo de Responsable Provincial del Programa de Adolescencia ha sido la persona encargada de supervisar, capacitar y monitorear los resultados de la atención a los/las adolescentes de las áreas de salud de la provincia del Guayas, datos utilizados para esta investigación; la investigación se hará con recursos del autor.

1.2. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS E HIPÓTESIS

1.2.1. Objetivos.

1.2.1.1. Objetivo General.

Contribuir a través de la determinación de la incidencia del programa de Adolescentes, orientado a la planificación familiar durante el periodo 2012 – 2013, como una estrategia para la reducción del Embarazo en la Adolescencia contemplado en el marco del cumplimiento del Plan Nacional de Desarrollo en relación a los Derechos Sexuales y Reproductivos

1.2.1.2. Objetivos Específicos.

Identificar las variaciones de las atenciones en las consultas de Planificación Familiar en las adolescentes durante el periodo investigado.

Determinar la incidencia que tiene la atención diferenciada al adolescente en planificación familiar durante la etapa de estudio.

1.2.2. Hipótesis.

La atención diferenciada al adolescente en planificación familiar tiene una incidencia del 85% en cobertura de Planificación Familiar en la Provincia del Guayas.

1.3. VARIABLES

1.3.1. Variable Dependiente:

Grupos de edad.

1.3.2. Variable Independiente.

Tipo de Planificación familiar.

1.3.3. Variable Interviniente.

Tipo de consulta.

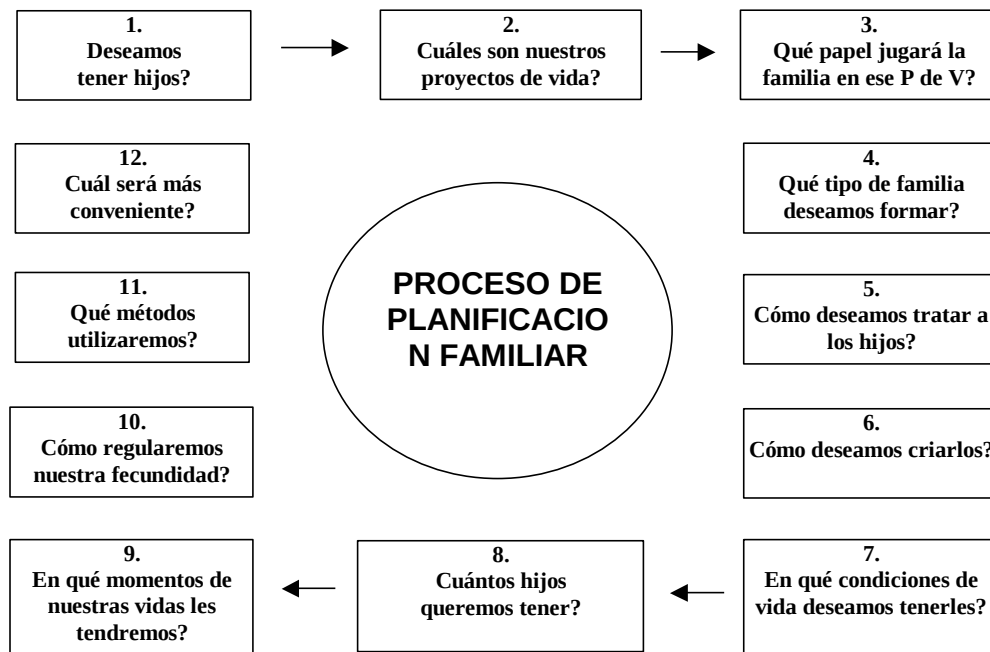
2. MARCO TEÓRICO:

La planificación familiar en adolescentes es de vital importancia por lo que el estado y sus padres debe proporcionárselo recibiendo información precisa de lo que es la Planificación Familiar , pero en muchas ocasiones no se da esto debido a que por creencias o prejuicios, o presión cultural, no se le informa al adolescente lo que es la Planificación Familiar .

La necesidad de planificación familiar entre los y las jóvenes es aún más evidente si se tiene en cuenta que, sorprendentemente, las complicaciones relacionadas con el embarazo constituyen la primera causa de mortalidad entre las mujeres de 15 a 19 años. (Bernarda. S., Francisco. S., MSP. 2008). (6)

El adolescente vive la efervescencia del deseo que no siempre encuentra las formas sociales y subjetivas mas adecuadas para su realización. Es cuando entra en contradicción consigo mismo, estas condiciones determinan que la adolescencia se vuelve proclive a los conflictos y a los riesgos en lo que atañe su salud física, psíquica, y su bienestar general. (Penzo. M. 2005). (38)

La concepción que el Adolescente tiene acerca de sí mismo como ser sexuado, las valoraciones sobre el otro sexo y sus relaciones, las actitudes ante las diferencias de características de varones y mujeres, la asignación de roles en función del sexo, el comportamiento “ideal” para ser percibidos como mujeres y varones, se van formando desde tempranas edades, donde la comunicación juega un papel primordial. (Cevallos, T.F. & Cevallos. H. C. 2004). (09)



Los principales riesgos que se derivan del embarazo adolescente afectan al sexo femenino, creando desigualdades entre las y los adolescentes involucrados en un embarazo a temprana edad, evidenciando la necesidad de que la comunicación intervenga como mediadora desde la perspectiva del proceso de construcción social que diferencia a los hombres y las mujeres y dicta sus relaciones con el poder y los recursos. (Cevallos, T.F. & Cevallos. H. C. 2004). (09)

La Planificación Familiar en adolescentes es de suma importancia en la actualidad ya que se evitan Embarazos de riesgo, y deserción de los adolescentes en los colegios. Para algunos adolescentes que poseen conocimientos de PF les parecerá que son efectivos unos más que otros.

Los más conocidos por los adolescentes son las píldoras, ya que algunas adolescentes lo consumen debido a que disminuye el sangrado y cólicos menstruales, considerándolo seguro. El efecto de este producto en la adolescente impedirá que el ovulo y que el espermatozoide se encuentren con el ovario.

El de menor porcentaje de uso por las adolescentes es la inyección anticonceptiva, considerada a nivel mundial por la OMS, como uno de los métodos más seguros, su aplicación es cada 2 meses (EN-NET) O 3 meses (AMPD), puede mantenerse en

reserva, al igual que la píldora impide la liberación del ovulo, y sobre todo al adolescente le permite ser fértil para que en el momento adecuado pueda tener hijos.

En los adolescentes con conocimientos de Planificación Familiar el condón es uno de los más utilizados y conocidos, este evita que se dé el embarazo, y protege de VIH/SIDA, e infecciones de transmisión sexual.

Los menos usados por las adolescentes son: los implantes duran de 3 a 5 años, se lo puede retirar en el momento que se desee quedar embarazada. Otro método es el DIU quizás por desconocimiento de las adolescentes o por temor.

La Planificación Familiar se compone de tres momentos:

El primer momento identifica a las y los usuarias/os que buscan un embarazo y que planifican su familia para la consecución de este objetivo entendido como Control Preconcepcional.

El segundo momento comprende a las y los usuarias/os que ejercen su derecho a la sexualidad y no quieren un embarazo por lo que planifican su familia para la consecución de este objetivo entendido como Asesoramiento y uso de métodos de Anticoncepción.

El tercer momento está dirigido hacia las y los usuarios/as que buscan un embarazo, mas no lo consiguen con facilidad por lo que planifican su familia para la consecución de este objetivo entendido como Asesoramiento y Manejo en Infertilidad. (UNFPA&AECID, 2008). (49)

El asesoramiento en Planificación Familiar implica una acción proactiva para poner a disposición del usuario/a externo/a la mejor información disponible, con un lenguaje adecuado a su comprensión y su situación, de una manera asertiva.

FACTORES DE RIESGO EN LA SALUD DE LAS ADOLESCENTES Y SUS HIJOS

Se reconoce como un factor de riesgo reproductivo y social que la madre tenga menos de 20 años. El embarazo adolescente se ha relacionado con ciertos riesgos: probabilidades altas de pérdidas uterinas, mortalidad y morbilidad infantiles y complicaciones obstétricas y en el puerperio para la madre (CEPAL, 2007). (5)

Las y los adolescentes como seres humanos tienen derecho a gozar de una adecuada salud sexual y reproductiva, y por ende, a vivir su sexualidad de modo seguro e informado, en libertad de tomar las decisiones que prefieran. (Beaglehole, R., Irwin, A. & Prentice, T., 2003). (5)

DEFINICIONES.

González, A & Santos, V definen la planificación familiar como: Poder elegir el número de hijos que se desea tener y cuándo tenerlos, lo que supone responsabilidad, donación y amor en la pareja, así como respeto y valoración de la vida del hijo, como persona única e irrepetible dotada de su propia dignidad. (SEMPLADES, 2013). (44)

La OMS define: La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad (en esta nota se aborda solo la anticoncepción.

La OMS define como un embarazo de riesgo: Las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre y el producto, además de las secuelas psicosociales, particularmente sobre el proyecto de vida de la madre. (Cevallos, T. F. & Cevallos, C. H. C., 2004). (09)

Adolescencia: No existe un concepto universal de adolescencia si no muchas definiciones, que catalogan a las y los adolescentes por la edad, o por sus características biológicas o psicológicas. Sin embargo, cuando la sociedad destaca

algunas de estas particularidades, está construyendo significaciones a partir de realidades sociales, lo que muchas veces facilita los rótulos y las discriminaciones. Por ejemplo: el adolescente es rebelde e irresponsable. Muchos y muchas adolescentes se tornan rebeldes para pertenecer al grupo. O sea, los y las adolescentes pasan a verse y reconocerse de la manera como son vistos por la sociedad.

Derechos sexuales: es el derecho de las personas a tener información, educación, habilidades, apoyo y servicios para tomar decisiones responsables acerca de su sexualidad, de forma consistente con sus propios valores. Esto incluye el derecho a la integridad corporal, a relaciones sexuales voluntarias, a una variedad completa de servicios de salud sexual y reproductiva -a los que se puede acceder de forma voluntaria- y a la habilidad de expresar la propia orientación sexual libre de violencia o discriminación (Shutt-Aine, 2003).

Género: es la suma de valores culturales, actitudes, funciones, prácticas y características basadas en el sexo. El género, según ha existido a lo largo de la historia, en las diferentes culturas y en las sociedades contemporáneas, refleja y perpetúa relaciones de poder entre el hombre y la mujer (PAHO/WAS 2000). (14)

Salud reproductiva: es el estado general de bienestar físico, mental y social -y no solo la ausencia de enfermedad o malestar-, en todos aquellos aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Implica que las personas sean capaces de tener una vida sexual satisfactoria y segura, y que tengan la capacidad de reproducirse y la libertad para decidir hacerlo, cuándo y cómo (UNPOPIN 1994).

Salud sexual: la salud sexual es un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se evidencia en las expresiones libres y responsables de capacidades sexuales que conducen al bienestar personal y social, enriqueciendo la vida individual y social. No es simplemente la ausencia de disfunciones, enfermedad y/o malestar. Para poder

conseguir y mantener la salud sexual es necesario que se reconozcan y defiendan los derechos sexuales de todas las personas (PAHO/WAS 2000). (14)

La atención en salud: debe considerar a el/la adolescente como un ser integral, promoviendo su desarrollo en todos los aspectos; debe facilitar el conocimiento y apropiación de su cuerpo y de su sexualidad, y la construcción de su autonomía y autoestima, para que aprendan a comunicarse y a tomar decisiones libres – responsables e informadas- que les permitan construir un proyecto de vida saludable y asumir los diferentes roles que tendrán que enfrentar en la vida adulta, como el rol de ciudadano/a, trabajador/a, rol de pareja, de padre y madre, rol de cuidador/a o mantenedor/a de la casa. (ENIPLA HABLA SERIO.2014). (14)

Cada distrito de salud que abarca una población de 10000 a 300 000 personas y está conformado por una red de centros de salud polivalentes y un hospital distrital interconectado a través de un sistema racional. Cada centro de salud cuenta con un pequeño equipo de salud dirigido por un enfermero y un médico. (UNFPA ECUADOR.2013). (50)

La ALMA- ATA define ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD: Nivel de atención a la salud como una estrategia para el desarrollo de la salud.

EL ALMA –ATA En cuanto a: la "atención", la versión original en inglés usó el término "cuidado" (care), y no "atención". El "cuidado" tiene una connotación mucho más amplia e integral que la "atención". El cuidado denota relaciones horizontales, simétricas y participativas; mientras que la atención es vertical, asimétrica y nunca participativa en su sentido social. El cuidado es más intersectorial y, en cambio, la atención deviene fácilmente no sólo en sectorial sino en institucional o de programas aislados y servicios específicos. (Yépez. et. al., 2010). (52)

EL ALMA –ATA En cuanto lo lingüístico, el término "primario": tiene diversas y hasta contrarias acepciones. Entre ellas, dos son extremas y hasta opuestas: una se refiere a lo "primitivo, poco civilizado"; y la otra a "lo principal o primero en orden

o grado". Por las percepciones simplistas y sesgadas de las experiencias que dieron origen al concepto fue más fácil, más cómodo y seguro entender. (Yépez. et. al., 2010). (52)

DATOS Y CIFRAS SEGÚN LA OMS.

Se calcula que en los países en desarrollo unos 222 millones de mujeres desean posponer o detener la procreación pero no utilizan ningún método anticonceptivo. Algunos métodos de planificación familiar ayudan a prevenir la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

La planificación familiar disminuye la necesidad de recurrir al aborto peligroso, refuerza el derecho de las personas a decidir el número de hijos que desean tener y el intervalo de los embarazos. (Bravo. 2009). (07).

Los embarazos de riesgo en adolescentes se caracterizan por: hemorragias, el trabajo de parto prolongado, las complicaciones a largo plazo, hijos con elevado riesgo de prematuridad, lesiones durante el parto, muertes perinatales y bajo peso al nacer. Desafortunadamente las consecuencias perjudiciales no se limitan al punto de vista biológico, a éstas se añaden otras en el plano social tales como la deserción escolar, la incorporación temprana a la vida laboral, desajuste en la integración psicosocial, la escasa preparación para desarrollar una relación satisfactoria con los hijos, entre otros. (Cevallos, T. F., & Cevallos, C. H. C., 2004). (09)

En la PF se resalta la importancia de la comunicación como vehículo transmisor de los roles de género, los cuales se desarrollan en la vida cotidiana relacionados íntimamente con la división sexual del trabajo.

Se han descrito tres tipos de roles: reproductivo (se refiere a la reproducción biológica y a todas las actividades necesarias para garantizar el bienestar y la supervivencia de los individuos que componen la familia, tales como, la crianza, la educación, la alimentación, la atención y el cuidado de sus integrantes, así como la organización y mantenimiento del hogar)

Productivo (se refiere a las actividades que producen ingresos personales y para el hogar que pueden ser en dinero o en especies)

Gestión comunitaria (se refiere a todas las actividades que se realizan para aportar al desarrollo de la comunidad. Toma las formas de participación comunitaria en la promoción y manejo de actividades sociales) De ahí que también sea la comunicación la encargada de difundir aquellos que la autora ha dado en llamar perfiles positivos de roles de género, o sea paradigmas de roles de tipo reproductivo, productivo y de gestión comunitaria para ambos sexos que favorezcan la equidad y la armonía como base de las relaciones intergenéricas. (Cevallos, T. F. & Cevallos, C. H. C., 2004). (09)

Se define sexualidad a la necesidad humana expresada a través del cuerpo, elemento básico de la feminidad o masculinidad de la autoimagen y de la autoconciencia del desarrollo personal, La adolescencia no puede considerarse como un fenómeno de naturaleza fija e inmutable, sino que, como todo estadio del desarrollo humano, es un producto de circunstancias históricas. (Centro Joven. 2006). (10)

CARACTERÍSTICAS DE LA MUERTE MATERNA.

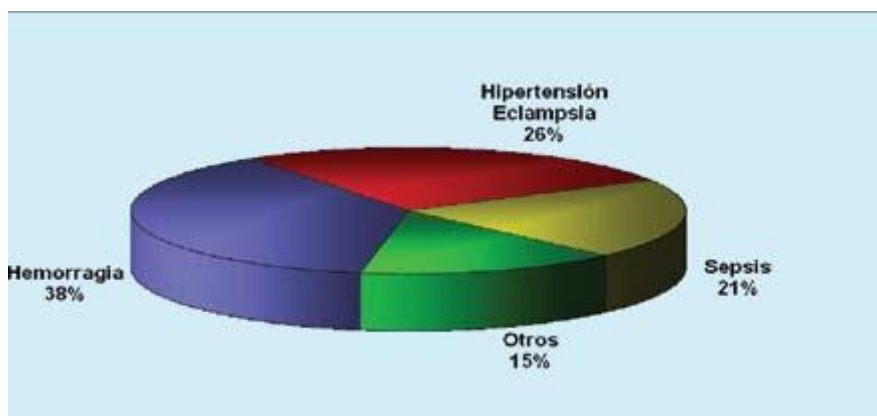
Muerte materna es el “fallecimiento de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de este, independientemente de la duración y sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención pero no por causas accidentales o incidentales”.

La muerte materna tiene profundas consecuencias sociales y económicas porque:

1. Reduce la supervivencia de los/as recién nacidos/as.
2. Disminuye el desempeño escolar de niños y niñas sobrevivientes y huérfana/os.
3. Representa una pérdida de los ingresos familiares y de la productividad económica. (Carpio, A. L., 2005). (8)

MUERTE MATERNA POR CAUSAS DIRECTAS.

Según el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Muerte Materna del MSP, la hemorragia es la primera causa de muerte materna con 38% de casos, seguida de hipertensión y eclampsia con un 26% y en tercer lugar la sepsis con el 21% de casos.



ADOLESCENCIA Y MUERTE MATERNA.

En contraste con la tasa de fecundidad nacional que ha descendido, la tasa de fecundidad específica en adolescentes aumenta, lo que demanda intervenciones específicas en este grupo de edad especialmente si se tiene en cuenta que:

- La tercera parte de adolescentes y jóvenes que han estado embarazadas declararon que en ese momento no deseaban embarazarse.
- El 43.6% de adolescentes casadas o unidas no utilizan métodos anticonceptivos.
- De 128.530 partos únicos espontáneos, el 22 % fueron de madres adolescentes.
- De 556 abortos espontáneos, 96 casos (17%) fueron en adolescentes y de los 18.381 abortos no especificados, 2.949 casos (16 %) fueron de adolescentes.
- Una de cada diez muertes maternas suceden en adolescentes.

CESÁREA, MUERTE MATERNA Y NEONATAL.

La cesárea cuyo promedio esperado, según la OMS, no debería rebasar del 5-15% de todos los partos, tiende a incrementarse en la costa y la región insular, seguida por la sierra y la Amazonía. El porcentaje es mayor en mujeres del área urbana y en las provincias de Manabí, Guayas y El Oro mientras que las más bajas proporciones están en Cañar y Bolívar. (ENIPLA, 2014). (13)

CARACTERÍSTICAS DE LA MUERTE NEONATAL.

Se define como muerte neonatal aquella “ocurrida desde el nacimiento hasta los 27 días posteriores al mismo”. La mortalidad neonatal es un indicador de las condiciones del embarazo y parto en la población y está relacionado con el estado socio económico, la oportunidad, el acceso y la calidad de atención de los servicios de salud. (ENIPLA, 2014). (13)

La integridad de la Salud es un concepto de armonía y normalidad que forma parte de lo social, psicológico, y biológico en los individuos. La Atención Integral es la respuesta a las necesidades psicológicas, biológicas de la salud de las familias y adolescentes de acuerdo a su edad, periodo de ciclo de vital cultural y como bienestar social.

El éxito del sistema que cuida la salud de los Adolescentes y jóvenes depende de los conocimientos, actitudes del personal de salud y otros sectores. La manera más efectiva de ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios es involucrar al joven como agente de promoción de su salud y la de sus compañeros de la misma edad. (Van Look P. F. A., Shelton, J. 2007). (37)

MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR, COMUNITARIO E INTERCULTURAL (MAIS-FCI).

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) es el conjunto de políticas, estrategias, lineamientos y herramientas que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las

necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad en Ecuador, permitiendo la integralidad en los tres niveles de atención en la red de salud con el propósito fundamental de orientar la garantía de los derechos en salud y cumplir las metas del plan nacional de desarrollo para el buen vivir al mejorar las condiciones de vida y salud de la población ecuatoriana a través de la implementación del modelo integral de salud (MAIS) que bajo los principios de la estrategia de atención primaria de salud renovada, transforme el enfoque médico biólogo, hacia un enfoque integral centrado en el cuidado de la salud individual, familiar, comunitaria y del entorno por tanto el modelo de atención Integral y consolida la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) en los tres niveles de atención con un enfoque familiar, comunitario e intercultural ,reorienta los servicios de salud hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad con énfasis en la participación organizada de los sujetos sociales fortaleciendo la curación, recuperación, rehabilitación de la salud para brindar una atención integral, de calidad y de profundo respeto a las personas en su diversidad y su entorno

OBJETIVO.

Integrar y consolidar la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) Renovada en los tres niveles de atención, reorientando los servicios de salud hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad con énfasis en la participación organizada de los sujetos sociales.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Reorientar los servicios de salud y fortalecer la vigilancia epidemiológica comunitaria
- Fortalecer la calidad de atención por el Talento Humano
- Optimizar la prestación de servicios en los tres niveles de atención
- Organizar el Sistema único de información en Salud

“Los lineamientos de la política nacional de salud (PNS) tienen fundamentos constitucionales y fueron delineados en el plan nacional dl buen vivir (PNBV)

reformulado con miras al 2017, desde esta perspectiva el estado ecuatoriano reconoce a la salud como un derecho fundamental, cuyo tutelaje le corresponde, como base para el ejercicio de otros derechos fundamentales y para la construcción del buen vivir“.

El ministerio de salud pública (MSP) en cumplimiento de su mandato ,ha diseñado el modelo de atención integral de salud (MAIS) ,como herramienta para la implementación efectiva del enfoque familiar, comunitario e intercultural ,que ubica a todas las personas como sujetos de derechos en el centro de la atención “ instalando buenas prácticas ,desarrollando intervenciones orientadas hacia resultados de impacto social ,superando las visiones y practicas tradicionalmente instaladas en el sistema de salud pública ecuatoriano.() Articulación entre el Modelo de Gestión del MSP y el Modelo de Atención Integral en Salud – MAIS

CICLOS DE VIDA.

Las atenciones en salud se entregan a las personas y las familias considerando las especificidades y necesidades de cada grupo etario y con enfoque de género, garantizando una atención integral durante todo el ciclo vital

GRUPOS DE EDAD				
NIÑOS 0 A 9 AÑOS	Recién nacido de 0 a 28 días	1 mes a 11 meses	1 a 4 años	5 a 9 años
ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS	Primera etapa de la adolescencia de 10 a 14 años		Segunda etapa de la adolescencia de 15 a 19 años	
ADUTOS/AS	20 a 65 años			

GRUPOS DE ATENCIÓN PRIORITARIA.

La Constitución Ecuatoriana en el artículo 35 establece que las personas y grupos de atención prioritaria: adultos mayores, mujeres embarazadas; NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES; personas con discapacidad; personas privadas de la libertad, personas que adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad; así como las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos, quienes recibirán atención prioritaria y especializada de los servicios públicos y privados.

NORMAS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LOS Y LAS ADOLESCENTES.

Objetivo general Definir los lineamientos técnicos, administrativos y operacionales que permitan a las instituciones y proveedores del SNS garantizar una atención de salud integral a los y las adolescentes, con enfoques de derechos, género, generacional, de inclusión e intercultural, a través de la implementación y/o fortalecimiento de los servicios de salud para la atención integral, en aplicación en los Marcos Jurídicos Nacionales.

Las Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de los y las Adolescentes señalan claramente lo que se entiende por atención integral: “La provisión continua y con calidez de una atención orientada hacia la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, para las personas, en el contexto de su familia y comunidad.”

Las Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de los y las Adolescentes presentan un modelo Integral en Salud para este grupo poblacional, que ha sido adecuado a través de enfoques que favorecen la comunicación, la corresponsabilidad y la aceptación de la y el adolescente como sujetos de derecho y no como “objetos de atención”

Estos enfoques contemplan:

- La Atención Primaria en salud Familiar y Comunitaria
- Los derechos
- La equidad e igualdad de género
- La interculturalidad
- La intergeneracionalidad
- Las condiciones de Vulnerabilidad en las que pueden vivir algunos/as adolescentes.

Están organizadas en siete capítulos que hacen referencia a los marcos legales y a los acuerdos internacionales que sustentan el ejercicio de derechos de adolescentes, marco conceptual, identificación de la situación de salud, atención integral, trabajo en red, participación social y sistema de información. Cada uno de ellos incorpora enfoques de derechos, intercultural, de género, inclusivo e intergeneracional. 11

Propósito de las Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de los y las Adolescentes.

Es preciso incorporar, en todos los espacios donde se trabaje con y para los adolescentes, intervenciones dirigidas a la atención de sus necesidades específicas (incluidas aquellas identificadas por los/las adolescentes), es por ello que los servicios específicos y diferenciados para adolescentes , que oferten información y atención en Salud Sexual y Reproductiva y Métodos anticonceptivos, incluyendo la Anticoncepción de Emergencia garantizando la privacidad y confidencialidad se constituye en un punto estratégico de las instituciones del país responsables de proporcionar atención en salud.

El propósito de estas normas es facilitar el uso de los materiales elaborados para fortalecer las competencias habilidades y destrezas de los /las integrantes del equipo de salud en los procesos que le proveen conocimientos y herramientas necesarias para fortalecer la atención integral e integrada, esto indudablemente favorecerá el bienestar individual /social y reducirá las principales causas de morbilidad y mortalidad en las etapas posteriores del curso de la vida.

METODOLOGÍA DE LAS NORMAS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LOS Y LAS ADOLESCENTES.

Están dirigidas a construir una plataforma operativa para satisfacer las demandas en el área de conocimiento sobre adolescencia y salud. En este contexto se plantea enlazar las Normas y procedimientos de Atención Integral de Salud para Adolescentes, los Protocolos de Atención Integral a Adolescentes y la Caja de Herramientas, la Norma de Planificación Familiar , Normas de atención a la violencia, y de Salud Sexual y Reproductiva que tal y como lo indica sus nombres fueron elaboradas para complementar una adecuada evaluación integral y garantizar un ejercicio satisfactorio del servicio de atención en el marco de la aplicación de las normas en los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud. (Rivero, T. D. A. 2003). (11)

LA CONSULTA CON LAS Y LOS ADOLESCENTES

La consulta de adolescentes es diferente de la consulta pediátrica o de adultos. En ella, el equipo de salud deberá orientar la negociación entre dos personas con grados diversos de autonomía y poder: los y las adolescentes y sus padres/madres.

El/la adolescente como sujeto de derecho que es, debe contar con las mismas garantías que los adultos durante la consulta. Dos de estos derechos se convierten en pilares fundamentales de la atención: el consentimiento y la confidencialidad. (UNFPA-OPS, 2010). (17)

LOS MÉTODOS Y EL NIVEL DE ATENCIÓN.

La OMS, en su Guía técnica y de políticas para los sistemas de salud (2003), considera que en los centros de atención primaria (que cuentan con capacidad médica y algunos profesionales de la salud calificados) se puede considerar la utilización de los métodos médicos farmacológicos o de aspiración al vacío, dado que no se requiere internación y solo se pueden realizar hasta las 12 semanas de gestación. El personal debe estar disponible después de las horas de atención para

poder realizar una derivación rápida al segundo o tercer nivel de cuidado en los casos que fuera necesario.

El personal de salud (enfermeras, obstétricas o parteras asistentes de salud, médicos y residentes), que ya han sido entrenados y demuestran habilidad para llevar a cabo un examen pélvico y para realizar procedimientos transcervicales como colocar un DIU, están en condiciones de ser entrenados para realizar una aspiración al vacío. En aquellos lugares donde el aborto médico está disponible y es legal, dicho personal también puede administrar y supervisar el tratamiento en los casos de aborto incompleto. (UNFPA-OPS, 2010). (17)

SITUACIÓN RELATIVO EN EL TIEMPO.

En los años 60 en América Latina, los movimientos progresistas condujeron al reconocimiento del rol de la salud como agente de desarrollo El Plan Decenal de las Américas en 1960 introdujo un método de planificación local en salud que ha sido considerado importante para el desarrollo de políticas sociales. Porque destaco una necesidad existente en ese momento histórico que era logra implementar una ampliación de cobertura de servicio en atención primaria de salud, aquellos países que lo implementaron fueron: Chile, Cuba y Costa Rica.

La OMS no se quedó atrás en este impulso de la Atención Primaria de Salud, estuvo liderada por: Director General Haldifan Mahler, 1973-1988, lo promovió como grito de guerra, para finales de los años sesenta la morbilidad y mortalidad de las comunidades rurales aún no habían mejorado, y se estimaba que *la mitad de la población mundial no recibía una atención de salud adecuada*.

Mahler propone "Salud para todos" en 1975, fue muy claro al decir que se trataba de alcanzar un nivel de salud que permitiese a todos, sin excepciones ni marginaciones, llevar una vida social y productiva en lo económico (hoy diríamos un nivel mínimo de vida digna dentro de un desarrollo verdaderamente humano).

En la 28a Asamblea Mundial de la Salud de 1975 se logró imponer el concepto, así como la necesidad y urgencia de nuevos enfoques del cuidado de la salud, para

todos y por todos. Así surgió lo que se dio en llamar atención primaria de salud. Fue una victoria de los países en desarrollo de entonces. Las grandes potencias capitalistas la aceptaron benévolamente pero la Unión Soviética se opuso por considerarla un retroceso científico y tecnológico. Era una prueba de que el modelo "flexneriano" no respetaba las fronteras ideológicas de la guerra fría.

En 1978 la OMS juntado fuerzas en conjunto con la UNICEF y los países miembros del ALMA- ATA, Se comprometieron a enfrentar el reto moral y técnico de definir la salud como un derecho humano fundamental, para alcanzar la meta de *SALUD PARA TODOS*

En los años 80 la idea de Atención Primaria de Salud no era factible por los escasos recursos que tenía el área de Salud, por lo cual el Banco Mundial, mediante la herramienta (Años de vida ajustada para discapacidad) fue la encargada de reducir la carga de morbilidad, haciendo un análisis de costos de mayor a menor beneficio. Mediante un Paquete Esencial de Servicio de Salud, respondiendo de manera equitativa e integrando la participación comunitaria. (UNFPA Ecuador. (2013). (51)

En los últimos dos decenios, ha habido grandes cambios han conllevado que el plano social se modifique, los valores familiares y sistemas tradicionales de apoyo comunitario se erosionen.

SITUACION RELATVO A LA GEOGRAFIA

LA SITUACION EN EL MUNDO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como la segunda década de la vida, es decir, desde los 10 a los 19 años. Se estima que para el año 2025 esta cifra llegará a los 2000 millones. (Cevallos, T. F. & Cevallos, C. H. C. (2004). (09)

Datos mundiales indican que más de la mitad de los adolescentes empiezan sus relaciones sexuales antes de los 16 años, y para completar el perfil se reportan altos

índices de mortalidad materna y abortos que se producen en este grupo etéreo, lo que indica indirectamente falencias en sus conocimientos y conductas de sexualidad.

LATINOAMERICA.

ECUADOR.

En el periodo 2010-2013 Ecuador logró un récord internacional en disminución del embarazo de adolescentes, en el marco de estrategias intersectoriales de intervención: en personas de 10 a 14 años se redujo en un 10,2%, y en personas de 15 a 19 años de edad se redujo en un 12,9%. Tan solo se acercan a este logro, en el mismo periodo, en el grupo de 15 a 19 años, Honduras (12,2% de reducción) y Estados Unidos (11,7% de reducción). Esto se desprende del análisis de indicadores oficiales establecidos recientemente por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), comparados con datos del Fondo de Población de las Naciones Unidas y del Banco Mundial

La Atención Diferenciada a los/las Adolescentes (Es una acción realizada para reducir la muerte materna en Ecuador-MSP), volviéndose prioritaria por lo que se pretende mejorar el acceso informado a servicios de salud con enfoque en derechos Sexuales y Reproductivos para la toma de decisiones consientes e informadas sobre su condición de salud, reducir la violencia basada en genero e intrafamiliar mejorando el trato de los y las usuarias internos y externos como una acción de salud.

PERU

La población adolescente mundial es de más de mil millones, y representa el 85 % en los países en desarrollo, las adolescentes y los adolescentes peruanos suman cerca de 6 millones, y representan el 21% de la población

En el ámbito nacional estudios indican que el inicio de la vida sexual de los adolescentes es entre los 13 a 14 años en varones y a los 15 años en mujeres por

otra parte investigaciones hechas en zonas rurales reportan que los adolescentes presentan un conocimiento deficiente en el tema de la sexualidad y además una comunicación familiar pobre entre padres e hijos adolescentes. (Centro Joven. 2006) (10)

NICARAGUA

En Nicaragua la tasa global de fecundidad ha venido en descenso, este descenso ha sido heterogéneo en la zona rural y entre las mujeres más desprotegidas es de 4.4 a diferencia de las mujeres en la zona urbana que es de 2.6, las mujeres en edad fértil representan el 49% del total de mujeres del país y dentro de éstas, el grupo de población con mayor porcentaje es el de 10-19 años con 54.5%.(ENIPLA, 2014). (14)

CHILE

Entre 2007 y 2008 en alianza con el MS y FLASCO Chile presentaron un estudio sobre percepciones, actitudes, significados, opiniones, prácticas y demandas de adolescentes y jóvenes sobre salud integral, con énfasis en la salud sexual y reproductiva, realizando un material audiovisual para difusión complementaria del estudio diagnóstico.

Se facilitó la capacitación para la atención en servicios amigables para adolescentes (con enfoque de interculturalidad, género y culturas juveniles, entre otros temas) dirigida a los profesionales contratados de los equipos de atención primaria con énfasis en salud sexual y reproductiva en el marco de la estrategia de espacios amigables para adolescentes en 54 comunas del país. (ONU.2009). (32)

Chile presenta actualmente la segunda tasa más baja de mortalidad materna en América Latina y el Caribe de 17 muertes maternas de 100.000 nacidos vivos esto representa un marcado descenso en comparación con 325 muertes maternas en 1951

Entre los factores que contribuyeron a esta disminución figura la creación del Servicio Nacional de Salud que preveía una amplia gama de servicios de protección

de la salud de las madres y niños, el Programa Nacional de Alimentación Complementaria, orientado a mejorar la nutrición de las mujeres embarazadas, que contribuyo a su vez al mejoramiento del acceso y la cobertura y la calidad a ofrecer una atención calificada durante el embarazo parto y puerperio. (PARTIDO ALIANZA PAIS LISTA 35.2017). (36)

COLOMBIA.

En coordinación con el MPS, en su línea de gestión del conocimiento, se diseñó un instrumento de auto-sistematización para documentar las experiencias en los departamentos de la región del Magdalena Medio, los Montes de María, Nariño, Meta y Chocó, y en las ciudades de Bogotá, Armenia, Villavicencio, Bucaramanga, Medellín y Cali. Adicionalmente, se publicó la sistematización de la experiencia de fortalecimiento a grupos de jóvenes en la ciudad de Bucaramanga, en la que las voces de jóvenes y adolescentes reflejan su propia experiencia como aporte al conocimiento aplicable a procesos en contextos similares. (ONU.2009). (32)

VENEZUELA. En el año 2008 se firmó el Acta de Compromiso por la Prevención del Embarazo Adolescente en el marco del Día de la Prevención del Embarazo Adolescente, con la participación del Ministerio de Educación, Defensoría del Pueblo, Ministerio de Educación Superior, Ministerio de Comunicación, Instituto Nacional de la Mujer, Sociedad de Gineco-Obstetricia de Venezuela y algunas ONG`s.

Más de 50.000 personas han sido sensibilizadas sobre el uso del condón para prevenir el embarazo adolescente y las ITS a través de campañas comunicacionales masivas (en los conciertos de Shakira, Jonas Brothers, Eros Ramazzotti, Gustavo Cerati, Rubén Blades, Olga Tañón y Green Day). (ONU.2009). (32)

CUBA.

Cuba ha adoptado la Salud Materno infantil como una prioridad y ha establecido redes de servicio de salud Obstétrica e Infantil de base comunitario. Asimismo se fortaleció la capacitación individual y se garantizó el acceso a todas las mujeres a

la educación y a los servicios de salud con capacidad resolutive. El constante mejoramiento de la cobertura y calidad y la potenciación de las mujeres son elementos centrales del sistema de salud de Cuba. (ORG Europa.2012). (35)

HONDURAS.

Ha logrado notables avances en la reducción de la mortalidad materna de hecho disminuyó un 38% entre 1990 y 1997 es decir 182 a 180 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos. El fortalecimiento de la disponibilidad de servicios de cuidados esenciales obstétrico ha sido un valioso esfuerzo emprendido en esta área. (ORG Europa.2012). (35)

EUROPA

“Los países de Europa, que tienen menos embarazos de adolescentes adoptan un enfoque diferente con respecto a la educación sexual y facilitan el acceso a la planificación familiar. En los Países Bajos, que poseen una de las tasas más bajas de Europa de embarazos en adolescentes -cuatro partos en adolescentes por 1.000 mujeres- la educación sexual comienza en la escuela primaria” (OMS, 2009). 5

ESPAÑA

En 1995 se promulgó un Real Decreto de Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud, aún vigente, Concretamente en el apartado sobre Atención Primaria, dentro de las prestaciones de “atención a la mujer”, se incluye “la indicación y seguimiento de los distintos métodos anticonceptivos”.

Dentro de la Atención Especializada se incluyen expresamente los servicios y prestaciones de “planificación familiar, consejo genético en grupos de riesgo, vasectomía y ligadura de trompas y la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en los supuestos a los que se refiere la Ley Orgánica 9/1985.

No recoge prestaciones expresas relacionadas con la población adolescente y joven, la evolución de las tasas de natalidad y de IVE entre los jóvenes, ha generado una

preocupación entre las instituciones sanitarias que se ha acompañado de políticas específicas de prevención del embarazo no deseado y de las infecciones de transmisión sexual (ITS) entre los jóvenes, todo ello en el marco de los objetivos, calificados como prioritarios, orientados a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades; la Comunidad de Madrid, las actuaciones en estas áreas vienen marcadas principalmente en la Cartera de Servicios de Atención Primaria, en la que se incluyen las normas técnicas y los indicadores de cobertura en lo referente a la atención a la mujer, en las diferentes etapas de su vida. (Trillo. et. al. 2008). (48)

Algunos países han avanzado en la reducción de la mortalidad materna, mientras que en otros la situación ha empeorado. Subsisten grandes disparidades entre países (mortalidad materna de 630 por 100.000 nacidos vivos en Haití en comparación con 17,3 por 100.000 en Chile) y dentro de los países (en Argentina, la mortalidad materna es de 7 por 100.000 nacidos vivos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, pero de 150 por 100.000 en la provincia de La Rioja). Son muy pocas las personas que tienen acceso a la atención del parto por personal capacitado en los países más pobres y en los entornos rurales. En algunos países, una proporción mayor de las mujeres (69% en Bolivia y 89% en Haití) no tiene acceso a atención del parto por personal capacitado. En Centroamérica, la atención calificada del parto está al alcance de no más de 55% de las embarazadas, y en Haití está al alcance sólo de 26% de las mujeres de zonas urbanas. La mayor parte de la mortalidad materna se debe a causas prevenibles, como hemorragia (21%), hipertensión provocada por el embarazo (26%), septicemia (8%), parto obstruido y prolongado (12%) y complicaciones relacionadas con abortos (13%). En algunos países no hay servicios obstétricos y neonatales esenciales o, si los hay, son de calidad deficiente o no se utilizan lo suficiente debido a barreras físicas o culturales y a la falta de personal capacitado, especialmente en zonas marginales. (ENIPLA, 2014). 12

El Plan Nacional de Desarrollo, en relación al cumplimiento de los derechos sexuales y Reproductivos, establece como mandatos: “reducir la muerte materna en un 30%, la Muerte infantil en un 25%, la muerte neonatal precoz en un 35%, así

como el embarazo en Adolescentes en un 25%” ,para su cumplimiento el Ministerio de Salud Publica en el año 2008 , elaboro el Plan de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal que parte desde un enfoque integral, integrado e intercultural de la atención materna y neonatal tomado en cuenta la experiencia nacional producto de la implementación del Plan de Reducción de la Mortalidad Materna (2005), de la Guía de intervenciones perinatales basadas en evidencias para la reducción de la muerte neonatal (2006), las experiencias regionales, pero sobre todo de una buena lectura de las evidencias epidemiológicas de la salud y muerte materna y neonatal que demuestran profundas diferencias nacionales según territorio, etnia y ciclos de vida.

El 64% de muertes maternas ocurren entre las edades de 20 a 34 años del total de muertes Maternas 10% ocurrieron en mujeres adolescentes (menores de 20 años), mientras que el 25% se presentaron en mujeres de 35 años y más. En contraste con la tasa de fecundidad nacional que ha descendido, la tasa de fecundidad específica en adolescentes aumenta, lo que demanda intervenciones específicas en este grupo de edad especialmente si se tiene en cuenta que.

Los resultados dependen del fortalecimiento del liderazgo y rectoría del MSP como Autoridad Sanitaria Nacional y de la apertura de las demás instituciones y actores sociales locales para actuar intersectorialmente en la realización de este mandato. También es importante recalcar que el presente documento es un referente genérico para el diseño, ejecución, monitoreo y evaluación del Plan Provincial para la Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal liderado por la Autoridad Sanitaria Provincial (Dirección Provincial de Salud) quien convocará y creará espacios de concertación sectorial en alianza con las organizaciones locales como los Consejos Cantonales y/o Provinciales de Salud.

El proceso de implementación continuo en la red de servicios y el control y evaluación de la calidad de la atención, es lo que nos permitirá seguir aprendiendo de las buenas prácticas de atención y gestión de la salud para hacer efectivo el derecho progresivo a la salud adolescente en el país.

El Plan Nacional del Buen Vivir (2009 - 2013) tiene como objetivo 3: Mejorar la calidad de vida de la población, e incluye como meta: Disminuir en 35% la mortalidad materna al año 2013 que está alineada con los compromisos internacionales vigentes en la Declaración del Milenio y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODMs) dirigido a mejorar la salud materna, con la meta de reducir la muerte materna en tres cuartas partes (75%) hasta el 2015. (EQUIPO Vértice.2012). (15)

El embarazo en adolescentes, debido a las graves implicaciones psicológicas y sociales que tiene para la vida de los padres y de los hijos, en el presente y en el futuro, ha concitado la atención de la salud pública, al observar el incremento de casos. Para el año 2003, el 18,4% del total de partos de nacidos vivos fueron en madres adolescentes entre los 15 y 19 años, proporción que se mantiene en 2008.

Política 3.4. Brindar atención integral a las mujeres y a los grupos de atención prioritaria, con enfoque de género, generacional, familiar, comunitario e intercultural.

Impulsar acciones de prevención del embarazo adolescente, e implementar estrategias de apoyo integral a madres y padres adolescentes, así como a sus familias, garantizando el ejercicio pleno de sus derechos.

METAS.

Reducir en 25% el embarazo adolescente hasta el 2013.

Atención para adolescentes en conflicto con la ley

El artículo 51 de la Constitución representa un gran avance para garantizar los derechos humanos de las personas o grupos más débiles y vulnerables, pues reconoce el derecho de las personas privadas de su libertad a ser tratadas como grupos de atención prioritaria. Siendo así, la función del Estado es la protección de la persona como ser social; por ende, el objeto y fin del Estado es la protección integral del ser humano. Ante esto, es imperativa la adecuación del Estado

ecuatoriano hacia una atención para adolescentes en conflicto con la ley, que garantice, en un alto porcentaje, su derecho al debido proceso, su inclusión social e incorporación al sistema educativo, de salud, al trabajo (sobre todo en el caso de los padres y madres de familia) y a la protección familiar, a través de un modelo de atención adecuado oportuno y efectivo. (Albán, M. N. & Chamaza, N. A. & Llanos, G. J. 2011). (2)

PROGRAMA DE GOBIERNO 2013- 2017.

Propone desarrollar una política de promoción de la salud sexual y reproductiva, a fin de garantizar el derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad. Daremos prioridad al trabajo con población adolescente y joven. Consolidaremos una adecuada política y programas para la prevención de los embarazos adolescentes. (Barbón, P.O. 2011). (3)

Como estrategia de movilidad social, se trabaja con adolescentes y jóvenes en problemáticas como embarazo precoz y planificación familiar, a través de la gerencia de la Estrategia Nacional de Planificación Familiar y Prevención del

Embarazo Adolescente, ENIPLA, Consolidación de modelo de gestión de ENIPLA, concentrándose en dos líneas de acción: i) la promoción de los derechos sexuales y reproductivos; y, ii) el acceso a los servicios de salud para la prevención del embarazo adolescente.

Capacitación y sensibilización a jóvenes, con una edad promedio de 17,9 años, 51% hombres y 49% mujeres en la Estrategia Nacional Intersectorial de Prevención del Embarazo Adolescente y Planificación Familiar ENIPLA.

ENIPLA.

La Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes ENIPLA es una política pública intersectorial y prioritaria que pretende:

1. Prevenir el embarazo en adolescentes
2. Disminuir el número de embarazos no planificados, sobre todo en los sectores de mayor pobreza y menor educación.
3. Prevenir la violencia sexual y el embarazo como una de las consecuencias de la misma

OBJETIVOS.

La ENIPLA es una estrategia intersectorial coordinada desde el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, que incluye acciones en el Ministerio de Salud Pública, en el Ministerio de Educación y en el Ministerio de

Inclusión Económica y Social. La iniciativa ha sido distinguida como “emblemática”, y es resultado de un compromiso presidencial.

La ENIPLA incide sobre las inequidades económicas, de género y sociales a lo largo del ciclo vital de las personas que afectan el ejercicio pleno de los derechos sexuales y derechos reproductivos. En el caso del Ecuador, entre 1998 y 2010 se experimentó un incremento del 75% del número de partos de adolescentes.

Adicionalmente, existe una alta proporción de embarazos no deseados, que representan el 20% del total de nacidos vivos.

El objetivo de la ENIPLA es mejorar el acceso permanente y efectivo de los ciudadanos y ciudadanas 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.

Para el año 2013, se creó, con la aprobación del MCDS, la Gerencia del Proyecto ENIPLA en MIES y se consolidó un equipo técnico completo, que incluye una coordinadora metodológica, una técnica en comunicación y un técnico de seguimiento territorial. Se consolidó también el modelo de gestión de ENIPLA en

MIES, que se concentra en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y en el acceso a los servicios de salud a dos grandes grupos de población:

1. Jóvenes y adolescentes, para la prevención del embarazo adolescente. En este grupo de edad, se está trabajando desde el eje de los lugares denominados mi espacio Juvenil, para irradiar acciones de capacitación hacia los jóvenes y adolescentes de organizaciones, de forma que incluyan en sus plataformas de trabajo el tema de los derechos sexuales y reproductivos.

2. Mujeres titulares del Bono de Desarrollo Humano (BDH) y familias que reciben servicios de inclusión, para la promoción de la planificación familiar y del acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. (Bajraj,R, R, Rete, al. 2005). (4)

DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS - HABLA SERIO

Derecho a la Libertad Sexual se refiere a la posibilidad de vivir y expresar de forma plena, placentera y segura nuestra sexualidad, afectos e identidad, sin abuso sexual, amenazas, en cualquier etapa y situación de vida.

El Derecho a la Autonomía Sexual, Integridad Y Seguridad Sexual este derecho incluye la capacidad de tomar decisiones autónomas y responsables sobre la propia vida sexual partir de la ética y valores personales. También están incluidas la capacidad de control y disfrute de nuestros cuerpos, libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo.

EL DERECHO A LA PRIVACIDAD SEXUAL

Este derecho involucra el derecho a las expresiones y conductas individuales realizadas en el ámbito de la intimidad, siempre y cuando no interfieran en los derechos sexuales de otras personas.

DERECHO A LA EQUIDAD SEXUAL.

Este derecho garantiza que ninguna persona puede ser excluida, aislada o violentada por razones de sexo, género, edad, raza, clase social, religión o discapacidad física y/o psicológica, en cualquier situación o espacio de su vida cotidiana.

DERECHO A VIVIR DE FORMA PLACENTERA LA SEXUALIDAD.

Este derecho se refiere a el bienestar emocional, físico, intelectual y espiritual que cada persona debe experimentar en cada momento de su vida. Incluye las relaciones sexuales consentidas y placenteras, sin presiones, violencia o chantaje, así como la vivencia del autoconocimiento del cuerpo sin culpa, prejuicios o mitos.

DERECHO A LA EXPRESIÓN SEXUAL EMOCIONAL.

Se refiere al derechos que tenemos las personas de comunicar afectos, amor, no solo en las relaciones sexuales, sino también desde la comunicación y expresión de emociones. Las agresiones y violencia en su expresión psicológica, como los gritos, humillaciones, amenazas, desvalorización, burla, etc., son formas de violentar este derecho.

DERECHO A LA LIBRE ASOCIACIÓN SEXUAL.

Significa la posibilidad de contraer o no matrimonio, de divorciarse y de establecer otros tipos de asociaciones sexuales y emocionales responsables.

DERECHO A LA TOMA DE DECISIONES REPRODUCTIVAS, LIBRES Y RESPONSABLES.

Este derecho protege la decisión autónoma, libre y responsable de decidir el número de hijos que se desea tener, el espacio entre cada uno, con quién se desea tenerlos o no tenerlos, y el acceso a los métodos anticonceptivos modernos adecuados a la necesidad de cada mujer y pareja.

DERECHOS HUMANOS.- DERECHOS CIUDADANOS DE LAS PERSONAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

Privacidad.- toda persona usuaria tiene derecho a:

Que toda consulta o mención de su caso sea realizada discretamente y que no haya personas presentes que no estén directamente involucradas en su atención, sin su consentimiento.

Que la reserva respecto al motivo de consulta se mantenga en todos los servicios de los establecimientos de salud: desde la admisión, farmacia y otros.

Esperar que toda comunicación y registros pertinentes a su tratamiento, sean tratados confidencialmente.

Ser examinado en instalaciones que aseguren la privacidad visual y auditiva.

Solicitar que esté presente una persona de su confianza durante el examen médico, el tratamiento o el procedimiento.

Permanecer con bata, nunca desnuda/o, por el tiempo que es necesario para llevar a cabo el procedimiento médico para el cual se le pidió colocarse la bata.

No hablar o ver si no lo desea a personas que no esté oficialmente relacionado/ a con el establecimiento de salud, incluyendo visitantes o personas oficialmente relacionadas con el establecimiento pero no involucradas directamente en su atención.⁴⁵

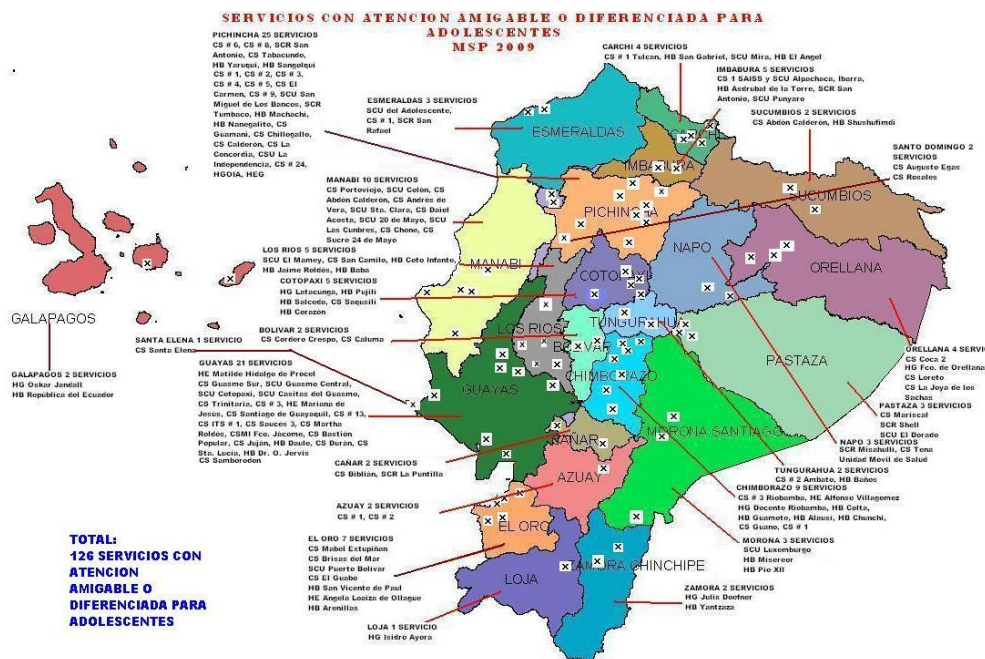
Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal Ecuador.

Establece como mandato: “reducir la muerte materna en un 30%, la muerte infantil en un 25%, la muerte neonatal precoz en un 35%, así como el embarazo en adolescentes en un 25%”. También señala la necesidad de aumentar los servicios

de salud a las mujeres en cuanto a coberturas de atención del posparto, el acceso a servicios de Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales (Red de CONE), diagnóstico oportuno del cáncer cervico uterino (DOC), mejora de la calidad y calidez de los servicios de salud y la reducción de la violencia contra las mujeres, niños, niñas y adolescentes, entre otros.

Si bien, el país ha realizado considerables avances en la reducción de la muerte materna con razones que van desde 92 x 100.000 nacidos vivos para el período 1993-2000, a 53 x 100.000 nacidos vivos para el año 2006 y disminución significativa de muerte infantil, llama la atención la persistente meseta de la muerte neonatal y el alto porcentaje que ésta mantiene pues constituye el 57% de los casos de muerte infantil, sin considerar el subregistro y sub-notificación reconocida para ambos casos.

Los promedios esconden importantes diferencias regionales relacionadas con inequidades de género, barreras de acceso e inadecuada calidad de atención obstétrica y neonatal, cuyos detalles se analizan más adelante. (ENIPLA Habla Serio. 2014). (13)



ONU EN ECUADOR.

En la esfera de la población y el desarrollo, el UNFPA contribuyó a lo siguiente: a) el Plan Nacional de Desarrollo (2007-2010), promoviendo la utilización de información demográfica en las políticas públicas; b) la encuesta demográfica y de la salud materna e infantil de 2004; c) el desarrollo de indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio; y d) el desarrollo de sistemas de bases de datos para vigilar la situación de los derechos de los jóvenes y las poblaciones indígenas, en Ecuador.

El UNFPA y el Gobierno elaboraron el programa propuesto en consulta con la sociedad civil y los donantes. El programa se ajusta a las prioridades nacionales, que están reflejadas en la Constitución de 2008 y en el Plan Nacional de Desarrollo. Está orientado por el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD), el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, los Objetivos del Desarrollo del Milenio y el plan estratégico del UNFPA para 2008-2011. (González, A. & Santos, V.2009). (18)

ATENCION DIFERENCIADA.

En 1992 el Ministerio de Salud Pública del Ecuador estableció el Programa Nacional de Atención a Adolescentes, que paulatinamente ha desarrollado estrategias apropiadas para la atención a este grupo poblacional,

La atención diferenciada a adolescentes se ha desarrollado en base a la necesidad de ofrecer alternativas de cuidado acordes a las características propias de este grupo etario, con enfoque en sus derechos y en respuesta a los particulares riesgos inherentes a su etapa evolutiva, sobre el entendimiento de que la adolescencia es un momento crítico para diseñar, construir e iniciar el proyecto individual de vida.

El país presenta un importante desarrollo en cuanto a Atención Diferenciada al Adolescente ADAS, especialmente la provincia del Guayas logro posicionar este programa en la mayoría de unidades de salud del Ministerio de Salud Pública

Desde que se actualizaron (2005) e implementaron a nivel nacional (2006) las normas de Atención Integral a los y las Adolescentes se enfatizó en la necesidad de que las unidades de salud ofrezcan atención diferenciada sin necesariamente contar con ambientes exclusivos o nuevos ni más personal específico pero se reconoció que esa atención debe estar a cargo de personal capacitado en las normas ,motivado y dispuesto a dar atención preferencial a las y los adolescentes para contribuir a solucionar sus problemas y a convertirse en consejeros de acuerdo a las necesidades los usuarios , en definitiva los servicios deben transformarse en Unidades Amigables para los Adolescentes

Hasta finales del 2007 se había logrado , el establecimiento de 30 unidades de atención diferenciada en 8 provincias del país ,la mayoría en Centros de Salud ,pero también en Sub centros y Hospitales Básicos en eta cifra no se incluye las unidades de atención de tercer nivel pues se consideraban como servicios especializados diferenciados : Maternidad Isidro Ayora de Quito y Maternidad del Guasmo en Guayaquil, posteriormente en el año 2012 en la provincia del Guayas la atención diferenciada al adolescente contaba con una enorme aceptación y sus resultados eran evidenciados , de las 28 áreas de salud de la provincia del Guayas 19 áreas de salud contaban con atención diferenciada con mayor o menor complejidad de acuerdo a su capacidad resolutive cuyos datos se anexan en este estudio ; posteriormente con el surgimiento de nuevas políticas públicas sobre salud Sexual y Reproductiva y de la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar ENIPLA se asignan nuevos presupuestos para fortalecer ,equipar y adecuar nuevos espacios de atención diferenciada y amigable a los adolescentes .

Posteriormente en el año 2013 se empieza a observar resultados negativos en cuanto a coberturas de atención a los adolescentes sobre todo en planificación familiar ,los indicadores mostraban resultados por debajo de las metas esperadas y las tendencias también eran negativas , el Programa de Adolescencia de la

provincia de Guayas con grandes esfuerzos y con un amplio compromiso social logra sostener la atención diferenciada en las unidades de salud por lo que se sostienen una serie de reuniones con las responsables de adolescencia de las unidades de salud de la provincia con el propósito de analizar sus causas y medir el impacto de estos resultados , esto no solo se reflejaba en la provincia del Guayas si no a nacional por lo que se dispone desde el nivel superior se una serie de disposiciones y medidas considerando la importancia política y las prioridades desde la Presidencia de la Republica y del Ministerio de Salud dada la disminución de la producción en la atención para adolescentes y la importancia para las políticas de salud pública de priorizar este grupo poblacional

En este sentido, el Ministerio de Salud Pública(MSP), como Autoridad Sanitaria, en el marco de la aplicación de las Políticas del Gobierno Nacional, impulsa un proceso de profundas transformaciones institucionales, que le permitan cumplir con el compromiso constitucional de garantizar la salud con calidad y calidez a toda la población del país, y de poner a disposición de las personas servicios de atención integral de calidad, así como toda la información de métodos anticonceptivos requerida sobre planificación familiar, anticoncepción, anticoncepción oral de emergencia, prevención de infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/Sida.

Dentro de este contexto el MSP expidió el Reglamento para regular el acceso a métodos anticonceptivos - Acuerdo Ministerial 2490”, permitiendo de esta manera el garantizar servicios de salud de calidad, ágiles y oportunos a la ciudadanía. Con el objeto de operativizar el mismo, se ha diseñado el Instructivo de Implementación que brinda lineamientos claros a los profesionales de los establecimientos de salud del MSP para garantizar el acceso a métodos anticonceptivos (MAC), planificación familiar y asesoría en salud sexual y salud reproductiva.

Su contenido está orientado a brindar rutas claras sobre la implementación que faciliten el cumplimiento de los objetivos en salud sexual y salud reproductiva específicamente de planificación familiar y anticoncepción del Gobierno Nacional, en beneficio de la población ecuatoriana

3. MATERIALES Y MÉTODOS:

3.1. MATERIALES

3.1.1. Localización.

El presente estudio se realizará en la Provincia del Guayas.

3.1.2. Caracterización De La Zona De Trabajo.

La Provincia del Guayas, presenta un clima tropical, con temperaturas promedio entre 20 y 27 grados centígrados.

3.1.3. Periodo De Investigación.

El periodo de investigación será desde enero del 2012 a diciembre del 2013

3.1.4. Recursos A Emplear.

3.1.4.1. Recursos Humanos.

Tutor.

Maestrante.

3.1.4.2. Recursos Físicos.

Impresora

Memoria

Procesador de informática especializado.

Material de oficina

Software

Historias clínicas

3.1.5. Universo Y Muestra.

3.1.5.1. Universo.

El universo está representado por todas las pacientes atendidas en los diferentes centros de salud de la Provincia Del Guayas, dando este un resultado aproximado de pacientes atendidas con un valor de 741.215.

3.1.5.2. Muestra.

La muestra para el presente estudio es el resultado del universo con los criterios de inclusión y exclusión, lo cual resulta en un aproximado de 51.139 pacientes atendidos.

3.2. MÉTODO.

3.2.1. Tipo De Investigación.

Descriptivo, correlacional, retrospectivo.

3.2.2. Diseño De La Investigación.

No experimental, Observacional.

3.2.3. Procedimientos De Investigación.

3.2.3.1. Operacionalización De Equipos E Instrumentos.

El instrumento a utilizar será la matriz de datos de la Dirección Provincial De Salud Del Guayas.

3.2.3.2. Operacionalización De Variables.

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR
DEPENDIENTE			
Grupos de edad.	# Total de casos.	10 a 14 años 15 a 19 años	Porcentaje de individuos estudiados.
INDEPENDIENTE			
Tipo de Planificación familiar.	Método anticonceptivo.	Géstatenos oral Diu Condón Inyectable Implante sub dérmico	# De individuos por método.
INTERVINIENTE			
Tipo de consulta.	Desarrollo de tipo en la consulta.	Primera. Subsecuentes.	# De individuos por tipo.

Las variables serán tabuladas en el formulario utilizado por la Dirección Provincial De Salud Del Guayas, diseñado para la toma de datos, el cual contiene todos los elementos a ser estudiados, luego de lo cual serán ingresadas en el medio de almacenamiento digital. El formulario se agrega en los anexos de este trabajo.

3.2.4. Criterios De Inclusión Y Exclusión.

3.2.4.1. Criterios De Inclusión.

Pacientes que asistan a los centros de salud de la Dirección Provincial De Salud Del Guayas en el periodo de estudio.

Pacientes cuya edad sea superior o igual a 10 años.

Pacientes cuya edad sea inferior o igual a 19 años.

Pacientes que su consulta está relacionada con Planificación Familiar.

3.2.4.2. Criterios De Exclusión.

Pacientes que no asistan a los centros de salud de la Dirección Provincial De Salud Del Guayas en el periodo de estudio.

Pacientes cuya edad sea superior a 19 años.

Pacientes cuya edad sea inferior 10 años.

Pacientes que su consulta no está relacionada con Planificación Familiar.

3.2.5. Análisis De La Información.

La información será obtenida de la base de datos de Dirección Provincial De Salud Del Guayas para el periodo de estudio a realizar, procesando y desarrollando los gráficos necesarios para las variables, así como el uso de indicadores porcentuales, posteriormente analizando e interpretando los resultados.

3.2.6. Aspectos Éticos Y Legales.

La Constitución Política de la República vigente, del año 2008 establece en el Art. 11, numeral 2, manda que: "Todas las personas son iguales y gozarán de los mismos derechos, deberes y oportunidades.

Nadie podrá ser discriminado por razones de etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición socio-económica, condición migratoria, orientación sexual, estado de salud, portar VIH, discapacidad, diferencia física; ni por cualquier otra distinción, personal o colectiva, temporal o permanente, que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos. La ley sancionará toda forma de discriminación.

El Estado adoptará medidas de acción afirmativa que promuevan la igualdad real en favor de los titulares de derechos que se encuentren en situación de desigualdad."

La citada Constitución de la República del Ecuador en el Capítulo Sexto, referente a los Derechos de Libertad, en el Art. 66 se reconoce y garantizará a las personas:"(...)9. El derecho a tomar decisiones libres, responsables e informadas

sobre su salud y vida reproductiva y a decidir cuándo y cuántas hijas e hijos tener.
(...)MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

La Ley Orgánica de Salud en el Art. 6 establece como responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: ... Ejercer la rectoría del Sistema Nacional de Salud;...
6. Formular e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo al ciclo de vida.

La Ley ibídem en el Art. 20 determina que las políticas y programas de salud sexual y salud reproductiva garantizarán el acceso de hombres y mujeres, incluidos adolescentes, a acciones y servicios de salud que aseguren la equidad de género, con enfoque pluricultural, y contribuirán a erradicar conductas de riesgo, violencia, estigmatización y explotación de la sexualidad;

La Ley Orgánica de Salud en su Art. 30 dispone que la autoridad sanitaria nacional, con los integrantes del Sistema Nacional de Salud, fomentará y promoverá la planificación familiar, con responsabilidad mutua y en igualdad de condiciones.

3.2.7. Presupuesto.

El presente trabajo será financiado por el Maestrante.

3.2.8. Cronograma.

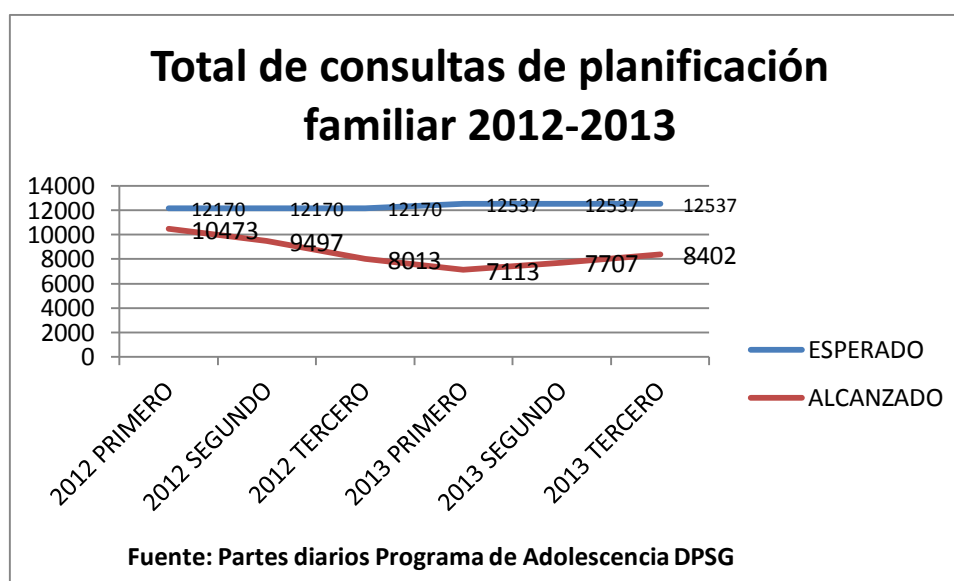
CRONOGRAMA														
Mes	ENE		FEB		MAR		ABR		MAY		JUN		JUL	
Quincena	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Actividades														
Determinar problema a investigar	X													
Desarrollo de introduccion	X													
Desarrollo del marco teorico		X	X											
Determinacion de objetivo general				X										
Determinar objetivos especificos				X										
Elaboracion de hipotesis				X										
Definir estrategia metodologica					X									
Instrumentos para investigar						X								
Obtener datos para investigacion							X	X	X	X				
Procesamiento de datos											X	X		
Desarrollo de conclusiones													X	
Desarrollo de propuesta													X	
Desarrollo de recomendaciones													X	
Elaboracion de borrador para tesis														X
Sustentacion de investigacion														X
Desarrollo version final para tesis														X

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

Identificar las variaciones de las atenciones en las consultas de Planificación Familiar en las adolescentes durante el periodo investigado.

CUATRIMESTRE	ESP.	%	ALC.	%
2012 PRIMERO	12170	33,3	10473	86
2012 SEGUNDO	12170	33,3	9497	78
2012 TERCERO	12170	33,3	8013	66
2013 PRIMERO	12537	33,3	7113	57
2013 SEGUNDO	12537	33,3	7707	61
2013 TERCERO	12537	33,3	8402	67
TOTAL 2012	36510	100,0	27983	77
TOTAL 2013	37612	100,0	23222	62

NOTA: ESP. =ESPERADO, % = PORCENTAJE, ALC. = ALCANZADO

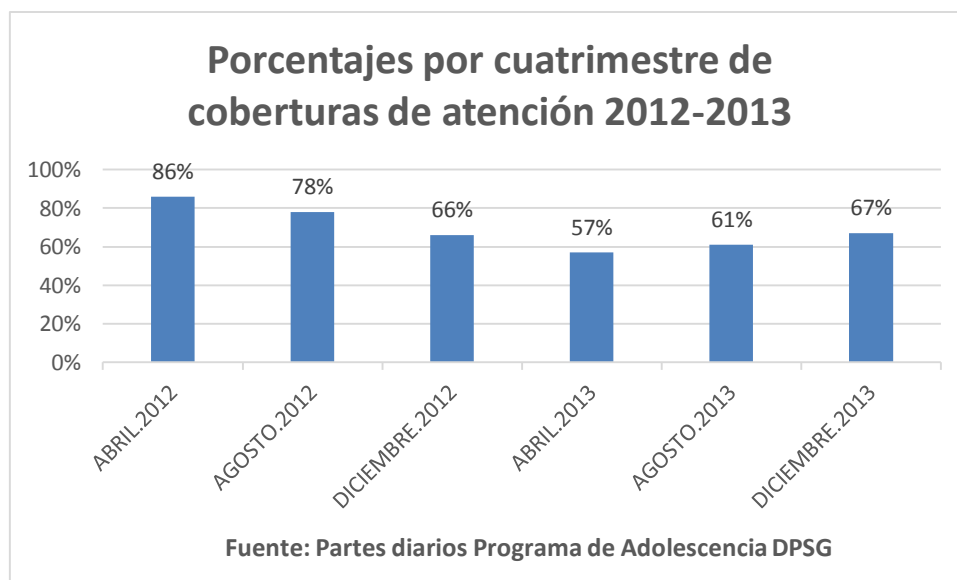


Durante los años investigados encontramos una depresión en el proceso de consulta en planificación familiar, con una mínima en el periodo del primer cuatrimestre del año 2013.

Determinar la incidencia que tiene la atención diferenciada al adolescente en planificación familiar durante la etapa de estudio.

VARIACION	PACIENTES	%
ABRIL2012	10294	86%
AGOSTO2012	9473	78%
DICIEMBRE2012	8013	66%
ABRIL2013	6998	57%
AGOSTO2013	7708	61%
DICIEMBRE2013	8418	67%

NOTA: % = PORCENTAJE



Durante el segundo año de observación en la investigación se obtuvieron resultados muy por debajo de los resultados obtenidos en el primer año de estudio, sin embargo, se observó que a finales del año 2013 se incrementó el número de pacientes.

DISCUSIÓN.

A continuación se detallan algunos estudios para su discusión tanto a nivel de la provincia del Guayas objeto de esta tesis como estudios de otros países.

ECUADOR

Los métodos anticonceptivos más identificados en este estudio fueron el preservativo por parte de los varones y los anticonceptivos orales por parte de las mujeres, métodos que también son identificados como los más eficaces a pesar de que la mayoría de las personas de 15 a 19 años sabe qué es un método anticonceptivo, solo un bajo porcentaje conoce alguno, Son factores predisponentes para repetir el modelo de embarazo precoz los factores relacionados al inicio precoz de las relaciones sexuales, la información insuficiente sobre sexualidad y prevención del embarazo, el uso inadecuado o el no uso de métodos anticonceptivos, el bajo nivel socioeconómico y el ser hija de madre adolescente

DIRECCION PROVINCIAL DE SALUD DEL GUAYAS

INFORMACION DE LAS 28 AREAS DE SALUD SOBRE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR CORRESPONDIENTES AL AÑO 2012

METODOS SEGÚN ACEPTACION POR GRUPO DE EDAD

GESTAGENO ORAL	1ERAS	SUBSEC
10 – 14 años	1.201	1.339
15 – 19 años	12.421	20.761
TOTAL	13.622	22.100

DIU	1ERAS	SUBSEC
10 – 14 años	79	105
15 – 19 años	1.221	1.706
TOTAL	1.300	1.811

INYECTABLE	1ERAS	SUBSEC
10 – 14 años	707	899
15 – 19 años	8.163	18.522
TOTAL	8.870	19.421

IMPLANTE	INSERCIÓN	RETIRO
10 – 14 años	189	24
15 – 19 años	4.002	260
TOTAL	4.191	284

ENTREGA DE PRESERVATIVO MASCULINO

CONDON	ENTREGA
10 – 14 años	1.971
15 -19 años	11.745
TOTAL	13.716

ANTICONCEPCION ORAL DE EMERGENCIA

AOE	ENTREGA
10 – 14 años	555
15 – 19 años	4.405
TOTAL	4.960

**CONCENTRADO DE PLANIFICACION FAMILIAR POR METODO
ANTICONCEPTIVO AÑO 2012- GUAYAS**

GESTAGENO ORAL	13622
DIU	1.300
INYECTABLE	8.870
IMPLANTE	4.191
TOTAL	27.983

**CONCENTRADO DE PLANIFICACION FAMILIAR POR GRUPOS DE EDAD
AÑO 2012- GUAYAS**

CONSULTAS	1ERAS
10 – 14 años	2176
15 – 19 años	25.807
TOTAL	27.983

PORCENTAJE DE CONSULTAS 10-14 AÑOS CORRESPONDE AL 8 %

PORCENTAJE DE CONSULTAS 15-19 AÑOS CORRESPONDE AL 92%

Elaborado por: Lic. Cielo Parrales P.

Revisado por: Obst. Shirley Venegas V.

Similares datos se encontraron en población adolescente de México no escolarizada, aunque en ese estudio demostraron que a mayor nivel de escolaridad en la población adolescente es mayor la probabilidad de usar algún método anticonceptivo. Esto se opone a la creencia errónea de que los métodos en general fallan mucho. Aunque se reconoce al preservativo como el método más fiable para prevenir no solo el embarazo sino las enfermedades de transmisión sexual, existe un porcentaje considerable de jóvenes que parece desconocer su correcta utilización.

Esta situación es mejor que la observada en un grupo de adolescentes de Colombia donde se encontró que los adolescentes conocen básicamente el preservativo como

método anticonceptivo pero, en general, no confían en su seguridad al tener ideas erradas sobre su funcionamiento. En este sentido, la ONUSIDA en el año 2008 advierte la urgente necesidad de estrechar la brecha de desconocimiento sobre el contagio de VIH entre las personas de 15 a 24 años teniendo en cuenta que, según datos globales, el 60% de este grupo no es capaz de identificar correctamente las formas de prevenir la transmisión del VIH.

En un estudio en población adolescente española se identifica que el 96% de la población estudiada sabe que el preservativo previene el contagio de sida y otras enfermedades de transmisión sexual y el 97% que previene el embarazo. Sin embargo, las mujeres tienen más conocimiento sobre la capacidad de prevención de embarazo y rechazan una relación sexual sin protección más frecuentemente que los varones; por el contrario, estos son más capaces de comprarlos y colocarlos correctamente que sus pares estudiadas. En cuanto al patrón de inicio de la vida sexual en los y las adolescentes de este muestra que el porcentaje de varones menores de 15 años que han tenido relaciones sexuales es mayor que las mujeres de esta edad.

Similar situación se refleja en el estudio de González-Garza et al., basado en la Encuesta Mexicana de Salud; lo cual debería analizarse desde la perspectiva de género, ya que la evidencia científica ha demostrado la influencia de los estereotipos de género en este tipo de respuestas, de tal manera que las personas con un perfil masculinizado tienden a exagerar sus conductas sexuales y aquellas con un perfil feminizado a infra declarar dichas conductas.

Por otro lado, se aprecia en este estudio que un mayor porcentaje de mujeres acudía a la consulta del Programa de Planificación Familiar del Hospital de El Carmen (Chile) respecto a sus pares varones. La población juvenil sexualmente activa, la mayoría de las mujeres usaba o había usado algún método anticonceptivo, situación que alcanzaba a más de la mitad de los varones. Este hecho no debe ser motivo para bajar la guardia en la prevención de embarazos no deseados en adolescentes ni en la prevención del contagio de enfermedades de transmisión sexual. Cuando comparamos lo que ocurre respecto a la provisión de métodos anticonceptivos en

el sistema público de salud vemos que, para la población en estudio, tanto para varones como para mujeres, es significativamente mayor con respecto a la población nacional según la VI Encuesta Nacional de la Juventud. La mayoría de las personas de este estudio que utilizaban algún método anticonceptivo residían en la zona urbana. Esto coincide con los resultados de un estudio en el que los adolescentes residentes de zonas urbanas conocían más métodos anticonceptivos y tenían mayor actividad sexual que aquellos que vivían en zonas rurales. Se observa la persistencia de concepciones erradas sobre el uso de métodos anticonceptivos en la población estudiada.

Cuadro 1. Distribución porcentual de los métodos anticonceptivos identificados por la población de 15 a 19 años beneficiaria del Fondo Nacional de Salud, según sexo. Comuna de El Carmen, Chile, 2010.

Métodos anticonceptivos	Varón (n=425)		Mujer (n=466)		Valor <i>p</i>
	n	%	n	%	
Preservativo	64	15,1	54	11,6	0,153
Anticonceptivos orales	35	8,2	71	15,2	0,001*
Implante	2	0,5	4	0,9	0,766
No contesta	23	5,4	24	5,2	0,980
Total	124	29,2	153	32,8	0,269

Fuente: Elaboración propia.

*Valor estadísticamente significativo.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

5.1. Conclusiones.

El embarazo adolescente en el Ecuador constituye un verdadero problema de salud pública, puesto que contamos con uno de los índices más altos de la región, este incremento se da en países con distinto nivel de desarrollo económico, educativo e incidencia de la pobreza, lo que revela la complejidad del fenómeno , si analizamos la correlación entre la cobertura de atención para Planificación Familiar y la Reducción de Mortalidad Materna, nos indica que el 35% de los cambios que se han dado en la Reducción de Muerte Materna se debe a las consultas para la planificación familiar.

El análisis de la metodología descrita en este estudio a pesar de haber iniciado con excelentes resultados debido a su buen desarrollo en el año 2012 encontramos una depresión en el proceso de consulta en planificación familiar , debido a este descenso en las coberturas de atención para el control de planificación familiar tanto a nivel nacional como local se tomaron medidas para fortalecer la institucionalidad del Programa Nacional de Adolescencia y por ende la atención diferenciada , del mismo modo se emprendieron diversas acciones como educación sexual y planificación familiar, mejorando el acceso a métodos anticonceptivos, lográndose de este modo mejorar los resultados.

Pese al grado de conocimiento bastante elevado, el uso de métodos anticonceptivos modernos se encuentra por debajo del 50 por ciento entre nuestros adolescentes, esta situación no solo se debe a una profunda carencia de información y educación sexual pues existen una serie de factores que también deben ser tomados en cuenta, como nuestra realidad local y nacional , somos un país con profundas raíces aferradas a esquemas sociales, religiosos, políticos, económicos, culturales que se remiten a nuestros ancestros ,desde otro punto de vista la práctica de la abstinencia es una opción pero esta por si sola es ineficiente , se tiene evidencia a nivel internacional que al ser planteada como única opción entre nuestros jóvenes y

adolescentes los resultados son negativos sobre todo en cuanto a salud sexual y reproductiva, transmisión de VIH, embarazo no deseado o no planificado se refiere.

La planificación familiar como una estrategia para la reducción del Embarazo en la Adolescencia, merece una respuesta multisectorial por lo que amerita preguntarnos ¿Cómo abordar este tema entre nuestros adolescentes si no se considera la particularidad de cada caso? las soluciones y las respuestas que demos incidirán directamente en la toma de decisiones acertadas, o no para el inicio de la vida sexual así como el inicio la planificación familiar de nuestros adolescentes

5.2 Recomendaciones

Los datos obtenidos en este estudio permiten asegurar una vialidad positiva, y a su vez el futuro desarrollo de nuevos programas parecidos al presente con datos actualizados en los años subsecuentes al desarrollo de la presente investigación.

Visualizar en forma eficiente la importancia de la atención diferenciada, tomando en cuenta que el embarazo de cada adolescente y la planificación familiar es una realidad particular que no solo involucra al adolescente sino también a la familia, la sociedad y el estado, es decir forma parte de un fenómeno social más amplio a fin de construir un futuro social en base a la interacción efectiva de la comunidad adolescente en todos los niveles

6. BIBLIOGRAFÍA:

1. Ahumada, C. &Kowalski, M.S. (2006). Derechos Sexuales Y Derechos Reproductivos Guía Para Activistas Jóvenes. Cana da. The Youth Coalition Ottawa, Ontario Canadá.
2. Albán, M. N. &Chamaza,N.A. & Llanos, G.J. (2011).Evaluación De La Aplicación Del Programa De Atención Integral Y Diferenciada De Los Y Las Adolescentes En Relación A Los Conocimientos Y Utilización De Métodos De Planificación Familiar Del Club De Adolescentes De 10 A 19 Años Que Acuden Al Hospital Básico San Miguel Durante El Periodo De Noviembre Del 2010 A Marzo Del 2011.
3. Barbón, P.O. (2011). Algunas Consideraciones sobre Comunicación Genero y Prevención del Embarazo Adolescente. Cuba. ISSN 0717-2079.
4. Bajraj, R, R, R, R., Bárcena, A., Migue, C., Espíndola, E., Escaith., Ferraz. Ferres, J., Guzmán., Jaspers., Kacef, O., León, A., Machinea,J. Montaña, S., Samaniego. & Sánchez. (2005).Objetivos de Desarrollo del Milenio, Una mirada desde América Latina y El Caribe. ONU. Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile LC/G.2331-P.ISBN: 92-1-322741-8.
5. Beaglehole. Erwin, A. y Prentice, T. (2003). Informe Sobre La Salud En El Mundo 2003. OMS. Catalogación por la Biblioteca de la OMS. ISBN 92 4 356243 6 .
6. Bernarda. S., Francisco. S., MSP. (2008). Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal. Ecuador.
7. Bravo. (2009).Programa de Planificación Familiar.ESPAÑA.Edigrafo, S.A.ISBN: 8479784091.
8. Carpio, A.L. (2005). Norma Técnica de Planificación Familiar. Perú. Ministerio de Salud. N.T. N° 032-MINSA/DGSP-V.01.
9. Cevallos, T.F., Cevallos. H.C. (2004). Qué pasa con los jóvenes en el Ecuador? “Malos, vagos y locos – Los jóvenes no existen por si solos” – Programa Del Muchacho Trabajador. Ecuador. Boletín No. 7. Ecuador. Boletín No. 7.
10. Centro Joven. (2006).Situación Actual Y Perspectivas De La Atención En Planificación Familiar Y Sexualidad En La Comunidad De Madrid. España.info@centrojoven.org.
11. Rivero, T.D. A. (2003).Alma-Ata: 25 años después.OPS.Revista Perspectivas de Salud Volumen 8, Número 1.
12. ENIPLA Habla Serio. (2014).Conoce Tus Derechos Sexuales Y Derechos Reproductivos. Ecuador. Disponible: <http://www.sexualidadsinmisterios.com/recursos-interactivos/conoce-tus-derechos-sexuales-y-derechos-reproductivos>
13. ENIPLA Habla Serio. (2014).La Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes.

- Ecuador.<http://www.sexualidadsinmisterios.com/sexualidad/quienes-somos/enipla>.
14. ENIPLA HABLA SERIO. (2014). Ministerio Coordinador de Desarrollo Social. Ecuador.<http://www.desarrollosocial.gob.ec/tag/habla-serio/>.
 15. EQUIPO Vértice. (2012).Planificación Familiar. España. Publicaciones Vértices S.L España.ISBN 978 849931165.
 16. Escobar, J.L., Yépez.E., León., Caicedo, A. (2010).Norma y Protocolo de Planificación Familiar. Ecuador.MSP IEES.
 17. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2010). Normas Nacionales Para La Atención Integral De Adolescentes. República Dominicana. Editora Ortega. ISBN: 978-9945-436-46-4.
 18. González, A. & Santos, V. (2009).Lo Que Usted Debe Saber Sobre Planificación Familiar Y Métodos Anticonceptivos. República Dominicana.Frs Fundación De Religiosos Para La Salud.
 19. Guijarro, P.S. (2010). Proceso De Implementación Del Sistema Informático De La Adolescencia. Ecuador. Ministerio De Salud Publica Ecuador.
 20. Jacobs, M., Bradshaw, R., &Montenegro. (2001). Atención Primaria De Salud: Una Revisión De Prácticas Y Tendencias. Panamá. Ministerio De Salud Panamá Y OPMS /OMS PANAMA.
 21. Londoño, G.C. (2007).Servicios de salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes, SSAAJ. Colombia.
 22. MIESS.(2012-2013). Informe De Gestión: Ministerio De Inclusión Económica Y Social.Ecuador.Miess
 23. MINISTERIO DE SALUD. (2008).Norma y Protocolo de Planificación Familiar. Nicaragua. NORMATIVA 002.
 24. MINISTERIO DE SALUD. (2002).Programa de atención a la salud de la adolescencia. MEXICO. México. ISBN 970-721-030-1.
 25. MINISTERIO DE SALUD. (2012).Plan Intersectorial Para la Atención Integral de la Salud de la Población Adolescente y Joven. San Salvador. 1ª. Edición. Ministerio de Salud.
 26. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2008).Modelo de Atención Integral y Diferenciado para los Adolescentes. GUATEMALA.
 27. Monroy, A. (2002).Guía Práctica para Padres y Educadores SALUD Y SEXUALIDAD En la Adolescencia y Juventud.MEXICO.Editorial Pax México Primera Edición 2002.ISBN: 9789688605073.
 28. MSP. (2012).Informe Dirección Zonal De Prevención Promocional De La Salud E Igualdad. Ecuador.
 29. OMS. (2013).Planificación Familiar. ONU. boletín N°351. Disponible : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

30. OMS. (2007).Herramientas de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes en Contextos Humanitarios. OMS.
31. OMS.(2012).Guía de Planificación Familiar para Agentes de Salud Comunitarios y sus Clientes. OMS. Biblioteca de la OMS.ISBN 978 92 4 350375 2.
32. ONU. (2009).Junta Ejecutiva del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y del Fondo de Población de las Naciones Unidas. ONU.09-30925 (S).
33. OPS. (2012).Plan Estratégico 2008-2012 De La OPS Modificado. OPS. Documento oficial No. 328
34. Romero, S. L. (2002). Planificación Familiar. Colombia. Flases, Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual.
35. ORG Europa. (2012).Hoja Informativo 2012: La necesidad de Planificación familiar entre los y las jóvenes.Europa.org. Europa.
36. PARTIDO ALIANZA PAIS LISTA 35. (2017).PROGRAMA DE GOBIERNO 2013-2017 PROPUESTA PARA EL SOCIALISMO DEL BUEN VIVIR.ECUADOR.ALIANZA PAIS 35.
37. Van Look P.F.A., Shelton. (2007).Planificación familiar UN Manual Mundial Para Proveedores. OMS. Agencia De Los Estados Unidos Para El Desarrollo Internacional (USAID), Oficina para la Salud Mundial, GH/PRH/PEC, ISBN 978-92-7-532886-6.
38. Penzo. M. (2005).IMAN Servicios: Normas de Atención de Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes. OPS. Organización Panamericana de la Salud
39. IMAN Servicios: Normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes Washington, D.C. OPS, ©.ISBN 92 75 32599 5
40. PROMSEX - UNFPA (Fondo De Población De Las Naciones Unidas. (2011).Adolescencia y Acceso a Salud Reproductiva y Educación Sexual ¿Que puede cambiar? Perú. Primera edición UNFPA- PROMSEX.
41. Rosero, A., Gavilanes., Guijarro, S., Burbano, S., Romero., Vega, A., Acosta, M., Calderón. Nieto, B. (2009).Protocolo De Atención Integral A Adolescentes. Ecuador. Impresión: Poligráfica C.A.
42. Rosillo, A.A. &Pomagualli, Y.P. (2012).Conocimientos Sobre Planificación Familiar En Los Adolescentes De 10 A 19 Años De Edad En Relación Al Embarazo Precoz En El Área Urbana Del Cantón Caluma Noviembre 2011-Septiembre 2012”.Ecuador.
43. Salazar,G.A.,Santa Maria,A.A., Solano,R.I., Lázaro,V.K., Arrollo,S.S.,Araujo,T.V., Luna, R. D. &Echazu,I.C. (2007).Conocimientos de sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar, en

- adolescentes de instituciones educativas nacionales del distrito del Agustino, Lima-Perú. Perú. Revista Horizonte Médico Volumen 7, N°2.
44. SEMPLADES. (2013).BUEN VIVIR PLAN NACIONAL. Ecuador. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo – Senplades, 2013 Quito, Ecuador (primera edición, 11 000 ejemplares). ISBN-978-9942-07-448-5.
 45. SENPLADES. (2013)PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR 2009 2013: Construyendo un Estado Plurinacional e Intercultural. ECUADOR. (segunda edición, 5.000 ejemplares).ISBN: 978-9978-92-794-6.
 46. SUBSECRETARÍA NACIONAL DE GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA. (2008).Manual del Modelo de Atención Integral de Salud MAIS.Ecuador.MSP 6000 ejemplares.
 47. Tenorio., Jarrin, M., Bonilla. (1995).La Cultura Sexual de los Adolescentes. Ecuador. Ediciones Abya-Yala: UNFPA, 1995.ISBN: 9978040935.
 48. Trillo., Navarro, M.J., Luque, B.M&Seoane, G.J. (2008).Guía Práctica de Planificación Familiar en Atención Primaria. España. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Málaga.
 49. UNFPA-AECID. (2008).Prevención del Embarazo Adolescente.LATINOAMERICA.UNFPA AECID.
 50. UNFPA ECUADOR. (2013).Superando Barreras Para La Prevención Del Embarazo Adolescente En El Área Andina. Ecuador. UNFPA ECUADOR.
 51. UNFPA Ecuador. (2013). Programa País 2010 2014.Ecuador.UNFPA Ecuador.
 52. Yépez.E., Hermida, C., León, W., Gavilánez, G. &Zambrano. (2010).Por una Maternidad y Nacimientos Seguros Acciones Realizadas para Reducir la Muerte Materna en Ecuador. Ecuador. Oficina Regional del Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA LAC Family Care International – FCI Agencia Española de Cooper

7.-ANEXOS

Centros de Atención Diferenciada/Amigable para Adolescentes ADA Provincia del Guayas – AÑO 2013

RESPONSABLES ADOLESCENTES AREAS DE SALUD PROVINCIA DEL GUAYAS	
AREAS DE SALUD	RESPONSABLE
1 GUASMO HE Guasmo : Centro de Adolescentes CAPFUS *SCU Maruixi Febres cordero SCU Casitas del Guasmo *SCU Guasmo Central	OBST. MARGARITA ONTANO
2 TRINITARIA CSC Trinitaria *CSC Camino al Sol	OBST. LIDIA AGUILAR
3 CENTRO DE SALUD N° 3 CS N° 2 *CS N° 3 *CS N°10 *CS N° 14	DRA. MARIA F. MOSQUERA
4 MARIANA DE. JESUS HE Mariana de. Jesús *CS Cisne II	DRA. VILMA MOREIRA
5 SANTIAGO DE GUAYAQUIL. *CS SANTIAGO DE GUAYAQUIL	OBST. ROCIO MAZZINI
6 ÁREA CENTRO DE SALUD N° 13 CS N° 6 *CS N° 13	OBST. MONICA SIERRA
7ÁREA CENTRO DE SALUD N° 4 CS N° 1 CS N° 4 CS N° 9 SAISS 1	OBST. GINA ARMAS
8 SAUCES 3 CSSauces3 *SCU Vergeles	DR. CRISTHIAN UNDA
9 MARTHA DE ROLDOS CS Martha de Roldos *SCU Juan Montalvo	OBST. MARCIA ABAD
10 MAPASINGUE *CS N° 7 MAPASINGUE	OBST. MARIA I. TIGREROS
11 FRANCISCO JACOME CS FRANCISCO JACOME *SCU FLOR BASTION 1 *SCU FLOR BASTION 2	OBST. MARITZA VICUÑA

AREA 12 BASTION POPULAR CS BASTION POPULAR CS PASCUALES	OBST. . RUTH MUÑOZ
13 JUJAN CS Baquerizo Moreno- Jujan CS Simón Bolívar	DRA, FLOR MARIA ROMERO
14 TENGUEL -BALAO *HB Tenguel	DRA. MABEL ROJAS TELF 2744242
15 BALZAR *HB Balzar *CS Colimes	OBST. ROSA ALVARADO
16 DAULE HB Daule Centro de Adolescentes	OBST. ESTHER PRADO
17 DURAN CENTRO DE ADOLESCENTES DURAN *CS Alfonso Oramas *CSU Abel Gilbert Pontón *CSU Cerro Redondo *CSU Duran 2 *CSU El Recreo *CSU El Recreo 2 *CSU Pedro Menéndez Gilbert *CSU Primavera 2	OBST. MARILU JAURA
18 EL EMPALME HB El Empalme	OBST. GEOMARA BERMEO
19 EL TRIUNFO *HB El Triunfo	OBST. MARITZA ENCALADA
21 MILAGRO HG León Becerra	DRA. AMADA RENDON
22 NARANJAL * HB Naranjal	OBST. CRISTINA ALVARADO
23 NARANJITO *HB Naranjito	DR. RAUL GAVILANES
24 PEDRO CARBO * CS PEDRO CARBO	OBST. MARISOL DURAZNO
25 PLAYAS HB Playas *CS Posorja	OBST. TERESA MACIAS
27 SAMBORONDON CS Samborondon	OBST. MARIANA MOLINA
30 SANTA LUCIA CS SANTA LUCIA	OBST. GLORIA LOOR
31 SALITRE *HB Oswaldo Jervis	OBST. MARIA SERRANO
32 YAGUACHI *HB Yaguachi	OBST. NORA CANTOS TELF 2020515

*Centros Amigables



00000373

**EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES LEGALES CONCEDIDAS POR
LOS ARTÍCULOS 151 y 154 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA
REPÚBLICA DEL ECUADOR Y EL ARTÍCULO 17 DEL RÉGIMEN
JURÍDICO Y ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA**

ACUERDA:

- Art.1.-** Aprobar y autorizar la publicación de las Normas y Protocolos de Atención Integral a los/las Adolescentes, que contempla:
1. Normas y Procedimientos para la Atención Integral de Salud a Adolescentes.
 2. Protocolos de atención integral a Adolescentes.
 3. Caja de Herramientas.
- Art.2.-** Disponer su difusión a nivel nacional para que sean aplicados obligatoriamente en todos los servicios del sector de la salud tanto públicos como privados.
- Art.3.-** Designar como responsables del seguimiento y evaluación de las normativas del Programa de Atención Integral a los y las Adolescentes a: las Direcciones de Gestión Técnica del Sistema Nacional de Salud, de Normatización, Gestión de Servicios de Salud y Mejoramiento de la Salud Pública.
- Art. 4.-** Derogar expresamente el Acuerdo Ministerial No. 0000750 del 20 de diciembre del 2005.
- Art.5.-** De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial, que entrará en vigencia a partir de la fecha de su suscripción, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial, encárguense las Direcciones de: Gestión Técnica del Sistema Nacional de Salud, Normatización, Gestión de Servicios de Salud y Mejoramiento de la Salud Pública.

DADO EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO A

12 JUN. 2009


Dra. Caroline Chang Campos
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

BS/VMdeCH/MFP



CENTROS DE ATENCION DIFERENCIADA PARA ADOLESCENTES ADAS

INICIA:1999

CAPFUS

2.003 CEPAM

ATENCION DIFERENCIADA

Un rostro joven para el centro.

*"..que éste es un centro para adolescentes y lo bonito es que cuando llega un adolescente lo recibe un adolescente también"
(Jennifer, líder juvenil)*



AREA # 11 CMI FRANCISCO JACOME 2.010



AREA 8
CENTRO DE SALUD N° 3
INICIO 20006 CEPAM-OPS -2010
DIFERENCIADA
2011 AMIGABLE



CENTRO DE DURAN





Ministerio de Salud Pública

**DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DEL GUAYAS
PROGRAMA DE ADOLESCENTES**

CONCENTRADO PLANIFICACION FAMILIAR ADOLESCENTE PROVINCIA DEL GUAYAS

AÑO 2012

AREA S	POBLACION ADOLESCENTE	POBLACION FEMENIA 50.2%	ANUAL 2012(10% ADOLESCENTES)			1er CUATRIMESTRE			2do CUATRIMESTRE			3er CUATRIMESTRE		
			META	REALIZAD.	100%	META	REALIZAD.	33.3%	META	REALIZAD.	33.3%	META	REALIZAD.	33.3%
1	51,914	26,061	2,606	2374	91%	869	610	70%	869	862	99%	869	902	104%
2	38,358	19,256	1,926	2711	141%	642	1523	237%	642	777	121%	642	411	64%
3	41,350	20,758	2,076	1226	59%	692	488	70%	692	382	55%	692	359	52%
4	36,901	18,524	1,852	3169	171%	617	905	147%	617	976	158%	617	1288	209%
5	20,552	10,317	1,032	652	63%	344	272	79%	344	235	68%	344	145	42%
6	16,054	8,059	806	482	60%	269	180	67%	269	125	47%	269	177	66%
7	28,781	14,448	1,445	720	50%	482	260	54%	482	231	48%	482	229	48%
8	41,440	20,803	2,080	466	22%	693	120	17%	693	167	24%	693	179	26%
9	29,672	14,895	1,490	752	50%	497	250	50%	497	241	49%	497	261	53%
10	18,181	9,127	913	567	62%	304	188	62%	304	214	70%	304	165	54%
11	89,632	44,995	4,500	1750	39%	1500	620	41%	1500	675	45%	1500	455	30%
12	32,959	16,545	1,655	1292	78%	552	743	135%	552	365	66%	552	184	33%
13	10,995	5,519	552	668	121%	184	197	107%	184	298	162%	184	173	94%
14	6,660	3,343	334	381	114%	111	138	124%	111	170	153%	111	73	66%
15	17,097	8,583	858	307	36%	286	128	45%	286	123	43%	286	56	20%
16	27,999	14,055	1,406	1521	108%	469	432	92%	469	494	105%	469	595	127%
17	48,648	24,421	2,442	1633	67%	814	705	87%	814	579	71%	814	349	43%
18	16,458	8,262	826	405	49%	275	141	51%	275	145	53%	275	119	43%
19	12,282	6,166	617	396	64%	206	132	64%	206	148	72%	206	116	56%
21	34,436	17,287	1,729	1503	87%	576	490	85%	576	527	91%	576	486	84%
22	15,263	7,662	766	297	39%	255	128	50%	255	124	49%	255	45	18%
23	10,522	5,282	528	504	95%	176	195	111%	176	250	142%	176	59	34%
24	15,294	7,678	768	757	99%	256	320	125%	256	246	96%	256	191	75%
25	16,639	8,353	835	475	57%	278	185	66%	278	152	55%	278	138	50%
27	13,116	6,584	658	426	65%	219	163	74%	219	141	64%	219	122	56%
30	11,152	5,598	560	1043	186%	187	456	244%	187	330	177%	187	257	138%
31	12,054	6,051	605	975	161%	202	336	167%	202	349	173%	202	290	144%
32	12,872	6,462	646	531	82%	215	171	79%	215	171	79%	215	189	88%
TOTAL	727,281	365,095	36,510	27983	77%	12170	10473	86%	12170	9497	78%	12170	8013	66%



Ministerio de Salud Pública

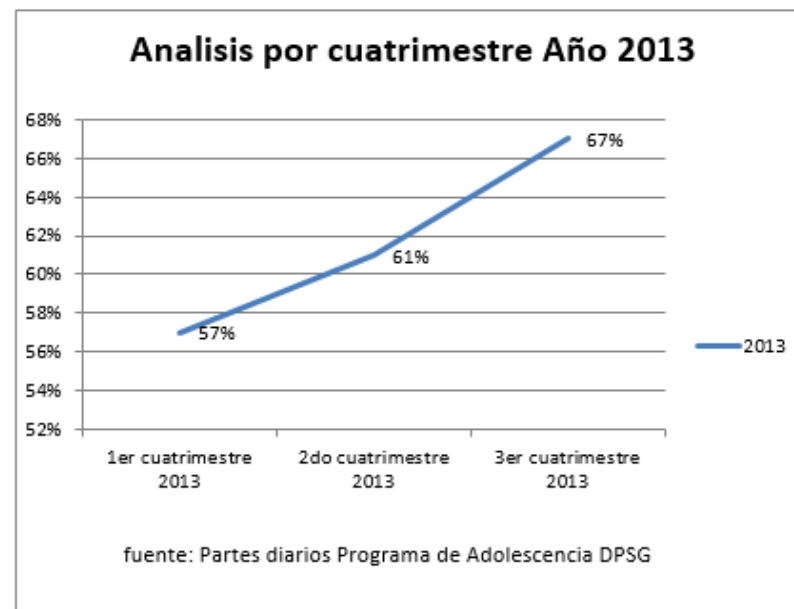
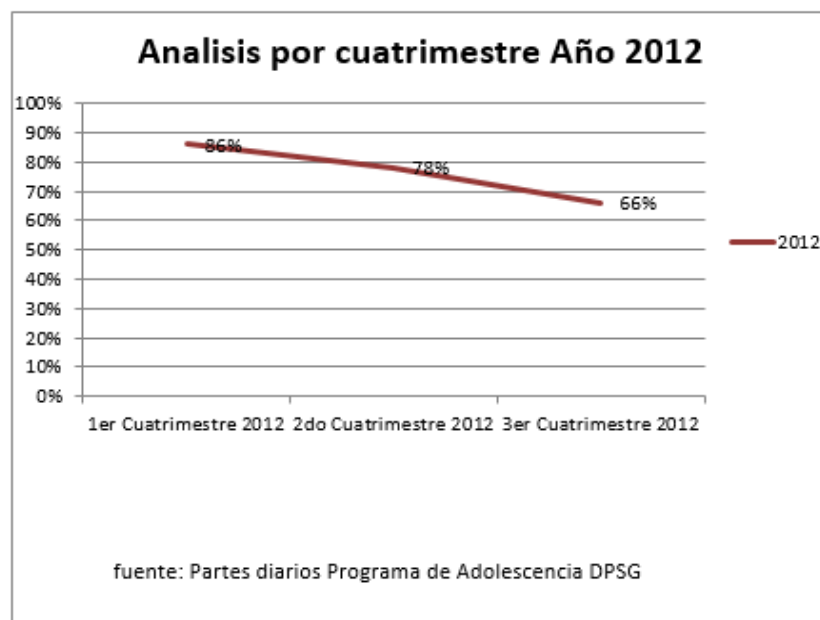
**DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DEL GUAYAS
PROGRAMA DE ADOLESCENTES**

CONCENTRADO PLANIFICACION FAMILIAR ADOLESCENTE PROVINCIA DEL GUAYAS

AÑO 2013

AREA S	POBLACION ADOLESC	POBLACION FEMENINA	ANUAL 2013(102)			1er CUATRIMESTRE			2do CUATRIMESTRE			3er CUATRIMESTRE		
			META	EALIZAD.	100%	META	EALIZAD.	33%	META	EALIZAD.	33%	META	EALIZAD.	33%
1	55,037	27,319	2,732	2,636	97%	927	849	92%	927	879	95%	927	958	103%
2	36,437	18,401	1,340	1,203	65%	613	363	59%	613	390	64%	613	450	73%
3	48,153	24,317	2,432	1,252	51%	811	373	46%	811	405	50%	811	474	58%
4	39,176	19,784	1,978	2,923	148%	659	943	143%	659	960	146%	659	1020	155%
5	20,824	10,516	1,052	599	57%	351	187	53%	351	202	58%	351	210	60%
6	17,925	9,052	905	542	60%	302	174	58%	302	180	60%	302	188	62%
7	35,786	18,072	1,807	665	37%	602	183	30%	602	195	32%	602	287	48%
8	49,411	24,953	2,495	394	16%	832	95	11%	832	110	13%	832	189	23%
9	30,634	15,495	1,550	377	57%	517	274	53%	517	293	57%	517	310	60%
10	20,308	10,256	1,026	263	26%	342	77	23%	342	89	26%	342	97	28%
11	83,964	42,402	4,240	1,447	34%	1413	400	28%	1413	550	39%	1413	497	35%
12	32,191	16,256	1,626	886	55%	542	286	53%	542	296	55%	542	304	56%
13	10,351	5,227	523	661	126%	174	212	122%	174	220	126%	174	229	131%
14	6,632	3,349	335	255	76%	112	73	65%	112	85	76%	112	97	87%
15	15,805	7,932	793	427	53%	266	130	49%	266	141	53%	266	156	59%
16	28,588	14,437	1,444	1,159	80%	481	374	78%	481	398	83%	481	387	80%
17	48,169	24,325	2,433	1,394	57%	811	403	50%	811	478	59%	811	513	63%
18	15,211	7,632	763	763	99%	256	249	97%	256	265	103%	256	249	97%
19	11,323	5,718	572	422	74%	191	95	50%	191	112	59%	191	215	113%
21	34,044	17,192	1,719	934	54%	573	298	52%	573	312	54%	573	324	57%
22	14,100	7,121	712	265	37%	237	83	35%	237	85	36%	237	97	41%
23	10,046	5,073	507	257	51%	169	77	46%	169	86	51%	169	94	56%
24	14,857	7,503	750	571	76%	250	177	71%	250	189	76%	250	205	82%
25	16,495	8,330	833	293	35%	278	87	31%	278	98	35%	278	108	39%
27	13,809	6,974	697	322	46%	232	100	43%	232	105	45%	232	117	50%
30	11,234	5,673	567	718	127%	189	234	124%	189	238	126%	189	246	130%
31	11,728	5,923	592	409	69%	197	119	60%	197	134	68%	197	156	79%
32	12,454	6,229	629	635	101%	210	198	94%	210	212	101%	210	225	107%
TOTAL	744792	376,120	37,612	23,222	62%	12537	7113	57%	12537	7707	61%	12537	8402	67%

Análisis Comparativo por Cuatrimestre Año 2012-2013



Análisis comparativo año 2011-2012-2013

