

MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

Trabajo previo a la obtención de título de Magister en Salud Pública

AUTOR/ES:

Andrés Miguel Arguello Pazmiño

Freyce Anabel Lema León

Verónica Gabriela López Ullauri

Victoria Cristina Pozo Ulloa

Henry Alexander Reyes Bedon

Cristina Micaela Ruiz Cerruto

TUTORES.

Dr. Juan Vásconez Donoso

Ec. Lzabeth Santos Muñoz

Mgt. Karina Ramírez Rivera

**“Propuesta de Estrategias para la prevención del Embarazo
adolescente a partir de su prevalencia en Ecuador y su
tendencia en el período 2018-2024”**

Certificación de autoría

Nosotros, Andres Miguel Arguello Pazmiño, Freyce Anabel Lema León, Verónica Gabriela López Ullauri, Victoria Cristina Pozo Ulloa, Henry Alexander Reyes Bedon y Cristina Micaela Ruiz Cerruto declaramos bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de nuestra autoría; que no ha sido presentado anteriormente para ningún grado o calificación profesional y que se ha consultado la bibliografía detallada.

Cedemos nuestros derechos de propiedad intelectual a la Universidad Internacional del Ecuador (UIDE), para que sea publicado y divulgado en internet, según lo establecido en la Ley de Propiedad Intelectual, su reglamento y demás disposiciones legales.



Firma del graduando
Andres Miguel Arguello Pazmiño



Firma del graduando
Freyce Anabel Lema León



Firma del graduando
Verónica Gabriela López Ullauri



Firma del graduando
Victoria Cristina Pozo Ulloa



Firma del graduando
Henry Alexander Reyes Bedon



Firma del graduando
Cristina Micaela Ruiz Cerruto

Autorización de Derechos de Propiedad Intelectual

Nosotros, Andres Miguel Arguello Pazmiño, Freyce Anabel Lema León, Verónica Gabriela López Ullauri, Victoria Cristina Pozo Ulloa, Henry Alexander Reyes Bedon y Cristina Micaela Ruiz Cerruto, en calidad de autores del trabajo de investigación titulado *Propuesta de Estrategias para la prevención del Embarazo Adolescente a partir de su prevalencia en Ecuador y su tendencia en el período 2018-2024*, autorizamos a la Universidad Internacional del Ecuador (UIDE) para hacer uso de todos los contenidos que nos pertenecen o de parte de los que contiene esta obra, con fines estrictamente académicos o de investigación. Los derechos que como autores nos corresponden, lo establecido en los artículos 5, 6, 8, 19 y demás pertinentes de la Ley de Propiedad Intelectual y su Reglamento en Ecuador.

D. M. Quito, noviembre 2025



Firma del graduando
Andres Miguel Arguello Pazmiño



Firma del graduando
Freyce Anabel Lema León



Firma del graduando
Verónica Gabriela López Ullauri



Firma del graduando
Victoria Cristina Pozo Ulloa



Firma del graduando
Henry Alexander Reyes Bedon



Firma del graduando
Cristina Micaela Ruiz Cerruto

Aprobación de dirección y coordinación del programa

Nosotros, Director Fernando López EIG y Coordinador Ernesto Torres UIDE, declaramos que los graduandos: Andres Miguel Arguello Pazmiño, Freyce Anabel Lema León, Verónica Gabriela López Ullauri, Victoria Cristina Pozo Ulloa, Henry Alexander Reyes Bedon y Cristina Micaela Ruiz Cerruto son los autores exclusivos de la presente investigación y que ésta es original, auténtica y personal de ellos.

LOPEZ-CARMONA
GARCIA
FERNANDO -
74689628A

Firmado digitalmente
por LOPEZ-CARMONA
GARCIA FERNANDO -
74689628A
Fecha: 2026.01.21

2 0: 36 2 3 40 1 00

Fernando López
Director de la
Maestría en Salud Pública



Firmado electrónicamente por
ERNESTO IVAN TORRES
TERAN
Validar únicamente con FirmaEC

Ernesto Torres
Coordinador de la
Maestría en Salud Pública

DEDICATORIA

Dedicamos el presente trabajo realizado con mucho esfuerzo, principalmente a cada familia de los miembros de este distinguido grupo, quienes son el soporte de todos y cada uno de los pasos que damos en nuestras vidas, tanto a nivel personal como profesional. A ellos sean ofrecidos todos nuestros grandes logros.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos principalmente a todas las personas que nos han brindado su apoyo tanto directa como indirectamente a lo largo de este recorrido, nuestros familiares, amigos, parejas, distinguidos docentes y demás.

Gracias por la confianza y la guía dedicada al aliento y formación de este próximo logro académico.

RESUMEN

El presente trabajo analiza datos de la prevalencia del embarazo en adolescentes en el Ecuador en el periodo entre los años 2018 y 2024, dando a conocer sus determinantes sociales, culturales y estructurales con el objetivo de proponer estrategias integrales para su prevención. El estudio evidencia que, si bien es cierto los embarazos en adolescentes de entre 15 a 19 años han disminuido de forma progresiva, aun existen cifras significativas entre adolescentes de 10 a 14 años, identificando como causa principal violencia sexual y vulneración de derechos, dejando en evidencia que los grupos poblacionales más afectados se encuentran en poblaciones rurales, indígenas y quintiles de mayor pobreza donde continúan existiendo brechas en cuanto a acceso a educación integral sexual, acceso a servicios de salud y educación en anticoncepción.

El análisis muestra que los determinantes del embarazo adolescente traen consigo desigualdad de género, altos índices de baja escolaridad, violencia familiar, barreras socioculturales y lingüísticas, así como un deficiente trabajo intersectorial para la protección y el acompañamiento a las adolescentes. Si bien, existen programas como el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, la política intersectorial 2018-2025 y programas de cooperación internacional, su implementación presenta limitantes de cobertura, sostenibilidad, financiamiento y carece de enfoque territorial.

Finalmente, el trabajo plantea estrategias específicas enfocadas en los grupos de entre 10 a 14 años y 15 a 19 años, priorizando zonas con mayor incidencia, buscando promover la participación comunitaria y fortaleciendo las capacidades de adolescentes y familias. Se busca que y las intervenciones lleguen a ser sostenibles, culturalmente viables y basadas en evidencia y que contribuyan a la reducción del embarazo adolescente y a garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en el Ecuador.

Palabras Clave:

Embarazo adolescente, Salud sexual y reproductiva, Ecuador, Educación integral sexual, Determinantes sociales de la salud, Interculturalidad, Violencia sexual, Adolescencia temprana, Políticas públicas, PIPENA, INEC, Desigualdad de género, Métodos anticonceptivos, Territorios rurales e indígenas, Prevención, Salud pública, Estrategias de salud, Educación.

ABSTRACT

The present study analyzes data on the prevalence of adolescent pregnancy in Ecuador from 2018 to 2024, identifying the social, cultural, and structural determinants that shape this phenomenon, with the objective of proposing comprehensive prevention strategies. The findings reveal that although pregnancies among adolescents aged 15 to 19 have progressively declined, significant rates persist among girls aged 10 to 14, where sexual violence and rights violations stand out as the primary causes. These patterns highlight that the most affected population groups are those living in rural areas, Indigenous communities, and lower-income quintiles, where persistent gaps remain in access to comprehensive sexuality education, health services, and contraceptive counseling.

The analysis shows that the determinants of adolescent pregnancy are closely linked to gender inequality, high levels of school dropout, family violence, sociocultural and linguistic barriers, and insufficient intersectoral coordination for adolescent protection and support. Although programs such as the National Sexual and Reproductive Health Plan, the 2018–2025 Intersectoral Policy, and international cooperation initiatives exist, their implementation is limited by gaps in coverage, sustainability, funding, and territorial adaptation.

Finally, the study proposes targeted strategies for adolescents aged 10 to 14 and 15 to 19, prioritizing high-incidence areas, promoting community participation, and strengthening the capacities of adolescents and their families. The aim is to develop interventions that are sustainable, culturally responsive, and evidence-based, contributing both to the reduction of adolescent pregnancy and to the full exercise of sexual and reproductive rights in Ecuador.

Keywords:

Adolescent pregnancy, Sexual and reproductive health, Ecuador, Comprehensive sexuality education, Social determinants of health, Interculturality, Sexual violence, Early adolescence, Public policies, PIPENA, INEC, Gender inequality, Contraceptive methods, Rural and Indigenous territories, Prevention, Public health, Health strategies, Education.

TABLA DE CONTENIDOS

CAPÍTULO I	14
1. INTRODUCCIÓN	14
1.1 Definición del proyecto	14
1.2 Justificación e Importancia del proyecto de titulación	15
1.3 Alcance	16
1.4 Objetivos	16
1.4.1 Objetivo General	16
1.4.2 Objetivos Específicos	16
CAPÍTULO II	18
2. REVISIÓN DE LA LITERATURA	18
2.1 Marco Teórico	18
2.1.1 Conceptos básicos de salud sexual y reproductiva	18
2.1.1.1 La salud sexual y reproductiva como parte de los derechos humanos y del desarrollo integral de las personas	18
2.1.1.2 Importancia de garantizar la salud sexual y reproductiva en la adolescencia	19
2.1.1.3 Experiencias y programas de salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe	20
2.1.1.4 Presupuesto anual del Estado ecuatoriano para la prevención del embarazo adolescente (2018–2025)	21
2.1.2 Embarazo Adolescente: dimensiones, causas y consecuencias	22
2.1.2.1 Causas multifactoriales: biológicas, familiares, educativas, sociales, económicas y culturales	23
2.1.2.2 Consecuencias en la salud, educación, empleabilidad y calidad de vida	25
2.1.2.3 Enfoque preventivo: necesidad de intervenciones integrales y diferenciadas	26
2.1.2.4 Estadísticas y tendencias del embarazo adolescente en Ecuador y América Latina	27
2.1.3 Enfoque Intercultural en la Salud Sexual y Reproductiva contexto Ecuador	28
2.1.3.1 Marco normativo y enfoque intercultural en Salud Sexual y Reproductiva	28
2.1.3.2 Salud Sexual y Reproductiva desde la cosmovisión de pueblos y nacionalidades	29
2.1.3.3 Desafío en el acceso a servicios de SSR en contextos rurales y urbanos	31
2.1.3.4 Importancia de incorporar este enfoque en estrategias de prevención del embarazo adolescente.	34
2.1.4 Políticas, Programas y Marcos Normativos en Ecuador sobre SSR y Embarazo Adolescente	37
2.1.4.1 Política Nacional de SSR 2017-2021	37
2.1.4.2 Política Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes 2018–2025	38
2.1.4.3 Rol del Ministerio de Salud Pública y otras entidades	39
2.1.4.4 Retos y oportunidades para una atención culturalmente pertinente en adolescentes.	41
2.1.4.5 Proyecto Regional Mejorando la Salud de las mujeres y adolescentes en situaciones de vulnerabilidad 2021-2025	41
CAPÍTULO III	43
3. METODOLOGÍA	43
3.1 Diseño Metodológico	43
3.2 Fuentes de datos	43

3.2.1 Criterios de inclusión -----	44
3.2.2 Depuración técnica de la base de datos -----	44
3.2.3 Cálculo de prevalencia y cambio relativo anual-----	45
3.2.4 Cálculo de Características Sociodemográficas de la Madre -----	45
3.3 Variables analizadas -----	46
CAPÍTULO IV -----	48
4. ANÁLISIS DE RESULTADOS -----	48
CAPÍTULO V -----	58
5. PROPUESTA DEL PROYECTO -----	58
5.1 Objetivo de la propuesta -----	58
5.2 Elementos de la propuesta -----	58
5.2.1 Estrategia: Educación Sexual Integral para acompañar la vida y decisiones de adolescentes-----	58
5.2.2 Estrategia: Servicios de salud amigables, seguros y sin prejuicios-----	59
5.2.3 Estrategia: Protección real frente a la violencia sexual -----	59
5.2.4 Estrategia: Prevención basada en la cultura y las realidades de cada territorio-----	59
5.2.5 Estrategia: Transformación de las masculinidades y corresponsabilidad masculina -----	59
5.2.6 Estrategia: Oportunidades educativas y laborales para romper ciclos de pobreza -----	59
5.2.7 Estrategia: Fortalecer políticas existentes y mejorar las leyes -----	59
5.2.8 Estrategia: Coordinación entre instituciones-----	60
5.3 Resultados esperados -----	61
6. CONCLUSIONES-----	62
7. RECOMENDACIONES -----	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	64

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Síntesis presupuestaria estimada (2018–2020)-----	22
Tabla 2. Operacionalización de Variables-----	47
Tabla 3. Propuesta de Estrategias para la prevención del Embarazo Adolescente -----	60

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Prevalencia del embarazo adolescente de 10 a 14 años en Ecuador, período 2018-2024-----	48
Figura 2. Variación del embarazo adolescente de 10 a 14 años en Ecuador, período 2018 -2024 -----	49
Figura 3. Prevalencia del embarazo adolescente de 15 a 19 años en Ecuador, período 2018-2024-----	50
Figura 4. Variación del embarazo adolescente de 15 a 19 años en Ecuador, período 2018 -2024 -----	51
Figura 5. Etnia de la madre en Ecuador grupo etario de 10 a 59 años y más, % período 2018-2024-----	52
Figura 6. Etnia de la madre adolescente de 10 a 14 años % en el período 2018 - 2024 -----	52
Figura 7. Etnia de la madre adolescente de 15 a 19 años % en el período 2018 - 2024 -----	54
Figura 8. Nivel de instrucción de las madres en Ecuador % período 2018-2024-----	55
Figura 9. Estado civil de las madres en Ecuador % período 2018-2024-----	56

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

El embarazo adolescente constituye un problema prioritario de salud pública en nuestro país puesto que entre 2018 y 2024 las tasas presentan una tendencia fluctuante, con diferencias notables a nivel nacional, grupos etarios y características sociodemográficas. Aunque existen programas como la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENIPLA) y el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2017-2021, los resultados siguen siendo limitados. La presente investigación propone un análisis integral de prevalencia, factores asociados como el nivel educativo, etnia y estado civil, así como un enfoque territorial y temporal, con el fin de diseñar estrategias preventivas basadas en evidencia para proyecciones futuras.

1.1 Definición del proyecto

En Ecuador, aunque existen planes y programas de prevención del embarazo adolescente todavía no contamos con una evaluación integral que permita dimensionar su alcance real ni su distribución en el territorio. Estas diferencias parecen vinculadas con el acceso desigual a los servicios de salud, con barreras socioculturales y con vacíos en educación sexual, factores que se expresan de manera distinta según el contexto local.

La información oficial disponible está fragmentada y rara vez se analiza de forma conjunta, lo que dificulta identificar con precisión las zonas y los periodos que requieren atención prioritaria. Incorporar una mirada geográfica y temporal permitiría diseñar estrategias más específicas y efectivas, optimizar los recursos y mejorar la planificación en salud sexual y reproductiva en periodos futuros.

En este contexto, se plantea la **“Propuesta de estrategias para la prevención del embarazo adolescente a partir de su prevalencia en Ecuador y su tendencia en el período 2018–2024”**, concebida como una herramienta basada en evidencia para orientar acciones focalizadas y de mayor impacto de modo prospectivo.

1.2 Justificación e Importancia del proyecto de titulación

El embarazo en la adolescencia es una prioridad de salud pública en Ecuador y, al mismo tiempo, un reto para el desarrollo social. Sus consecuencias alcanzan la salud física y emocional, interrumpen trayectorias educativas y limitan las oportunidades de inserción laboral de las y los adolescentes ^(1,2). No solo afecta el presente: también condiciona el proyecto de vida y puede perpetuar ciclos de desigualdad y pobreza.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y del MSP, entre 2018 y 2024 las tasas de embarazo adolescente han fluctuado a nivel nacional, a pesar de los esfuerzos del sistema nacional de salud para mitigar esta problemática. Esto se asocia con determinantes sociales, económicos y culturales, así como con inequidades en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) ^(3,4).

En el grupo de 15 a 19 años, la tasa de fecundidad muestra un descenso leve, aunque persisten niveles elevados, en paralelo la situación es más crítica en el grupo de 10 a 14 años: estos embarazos conllevan riesgos severos para la salud y vulneraciones de derechos humanos ^(5,6), y se vinculan a contextos de abuso, coerción y falta de acceso efectivo a anticonceptivos.

Si bien existen políticas como el PNSSR 2017–2021 y la ENIPLA, aún no se cuenta con una evaluación integral que permita determinar si las intervenciones han priorizado las zonas de mayor incidencia ni si los recursos se han distribuido de manera equitativa ^(7,8).

En áreas rurales e indígenas persisten barreras geográficas, económicas, culturales y lingüísticas, además de una cobertura insuficiente de educación sexual integral contextualizada ^(4,9). La información disponible se encuentra fragmentada, entre registros, encuestas y reportes, lo que dificulta un análisis conjunto que considere, a la vez, la distribución territorial y la evolución temporal. Adoptar un enfoque que combine estas dos dimensiones facilita la asignación eficiente de recursos y la adaptación de las intervenciones a cada realidad, en línea con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 3 y 5 ^(10,11).

En síntesis, la persistencia del embarazo adolescente en Ecuador exige un abordaje multidimensional que integre fuentes de información, incorpore la

especificidad cultural, social y económica de cada territorio y analice las tendencias en el tiempo. Solo así las acciones podrán ser más focalizadas, efectivas, sostenibles y culturalmente pertinentes.

1.3 Alcance

El proyecto se desarrollará a partir de la recopilación y el análisis de estadísticas nacionales, principalmente del INEC, complementadas con otras fuentes de datos abiertos. El objetivo es caracterizar el embarazo adolescente en Ecuador e identificar los factores asociados. Este proceso permitirá construir un diagnóstico que ubique las zonas y contextos con mayor incidencia, incorporando además dimensiones culturales y sociales que influyen en la problemática.

Las actividades contemplan: seleccionar fuentes confiables; depurar y estandarizar la información; aplicar análisis estadísticos para estimar la magnitud y la distribución territorial de los casos; y examinar tendencias en el tiempo. Con base en estos hallazgos, se propondrán estrategias preventivas sustentadas en evidencia, con un enfoque flexible que facilite su adaptación a las necesidades y particularidades de cada comunidad.

El producto final será una propuesta integral y operativa, diseñada para que autoridades locales y organizaciones comunitarias la pongan en práctica mediante acciones culturalmente pertinentes. De este modo, las intervenciones responderán a la realidad identificada y contribuirán a soluciones sostenibles para reducir el embarazo adolescente.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Proponer estrategias de prevención del embarazo adolescente, a partir del análisis de su prevalencia en Ecuador y su tendencia durante el período 2018–2024.

1.4.2 Objetivos Específicos

Realizar un análisis de la prevalencia del embarazo adolescente de los grupos de 10 a 14 años y 15 a 19 años en Ecuador durante el período 2018–2024.

Identificar los factores demográficos, socioeconómicos, culturales y educativos asociados al embarazo adolescente.

Relacionar las políticas y programas con la prevención de embarazo en adolescentes durante el período 2018 a 2024.

Elaborar estrategias integrales de salud sexual y reproductiva orientadas a la prevención del embarazo adolescente.

CAPÍTULO II

2. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 Marco Teórico

2.1.1 Conceptos básicos de salud sexual y reproductiva

La salud sexual y reproductiva constituye uno de los pilares fundamentales del bienestar humano y de la salud pública global. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud sexual como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad, y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Este concepto implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y segura, libre de coerción, discriminación y violencia ⁽¹²⁾. Por su parte, la salud reproductiva se entiende como la posibilidad de llevar una vida reproductiva satisfactoria y responsable, con la capacidad de decidir libremente el número de hijos, el espaciamiento de los embarazos y el momento oportuno para tenerlos.

Para ello, es necesario garantizar el acceso a métodos anticonceptivos seguros y efectivos, así como a servicios de atención materna de calidad que reduzcan la mortalidad materna y perinatal ⁽¹³⁾. En el campo de la salud pública, la salud sexual y reproductiva integra tres dimensiones clave: la salud sexual, vinculada con la vivencia plena y responsable de la sexualidad; la salud reproductiva, orientada al derecho a decidir y acceder a servicios seguros; y los derechos sexuales y reproductivos, que constituyen el marco normativo y ético de estas prácticas ⁽¹⁴⁾.

2.1.1.1 La salud sexual y reproductiva como parte de los derechos humanos y del desarrollo integral de las personas

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo estableció un cambio de paradigma en la visión de la salud reproductiva al colocar en el centro de la agenda mundial la dignidad, la equidad de género y la autonomía de las personas ⁽¹⁵⁾. Desde entonces, los derechos sexuales y reproductivos se han reconocido como parte inherente de los derechos humanos universales. Instrumentos internacionales como la Convención

sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, o sus siglas conocidas en inglés como CEDAW (1979) y la Convención sobre los Derechos del Niño (1989) obligan a los Estados a garantizar la educación, información y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

Asimismo, el Plan Decenal de Salud (PDS) reconoce la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) como un componente fundamental de los derechos humanos y del desarrollo integral de las personas. Desde esta perspectiva, el plan establece acciones para garantizar el acceso universal a servicios de SSR, eliminar barreras socioeconómicas y culturales, y reducir inequidades históricas que afectan a mujeres, adolescentes y poblaciones vulnerables. Además, se promueve la educación sexual integral, la prevención de embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, y la atención integral de las violencias basadas en género, entendiendo estos fenómenos como problemas de salud pública y violaciones de derechos humanos; su enfoque es intersectorial, con perspectiva de género, diferencial y de curso de vida, articulándose con los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Al garantizar los derechos sexuales y reproductivos, el Plan Decenal contribuye a la autonomía, la dignidad y el bienestar de las personas, fortaleciendo a su vez el desarrollo social y comunitario, los ODS 2030 reconocen en su objetivo 3.7 la importancia de garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva ^(9,16).

En Ecuador, el Código de la Niñez y Adolescencia (2003) establece que los adolescentes tienen derecho a recibir educación sexual integral y acceso a información y servicios que promuevan el ejercicio seguro de su sexualidad ⁽¹⁷⁾. Además, la Constitución de la República (2008) consagra en su artículo 32 el derecho a la salud, incluyendo la salud sexual y reproductiva como parte del buen vivir ⁽¹⁶⁾.

2.1.1.2 Importancia de garantizar la salud sexual y reproductiva en la adolescencia

La adolescencia, etapa comprendida aproximadamente entre los 10 y 19 años, representa un periodo de transición entre la niñez y la adultez. Se caracteriza por cambios físicos, hormonales, psicológicos y sociales que generan nuevas necesidades de información, protección y servicios de salud ⁽¹⁸⁾. En esta etapa, los adolescentes pueden verse expuestos a inicio temprano de relaciones sexuales sin información adecuada,

acceso limitado a métodos anticonceptivos, influencia de factores socioeconómicos, y riesgo de violencia sexual y desigualdad de género ⁽¹⁹⁾.

En Ecuador, el embarazo adolescente es uno de los principales problemas de salud pública. Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) en el 2018, aproximadamente el 20% de las mujeres de entre 15 y 19 años ya han estado embarazadas alguna vez, siendo más prevalente en áreas rurales y en población indígena ⁽⁷⁾. Garantizar la salud sexual y reproductiva en la adolescencia requiere la implementación de programas de educación sexual integral (ESI), basados en evidencia científica y con enfoque de derechos. La ESI permite que los adolescentes desarrollen conocimientos, actitudes y habilidades para tomar decisiones responsables, prevenir riesgos y fomentar relaciones respetuosas e igualitarias ⁽¹⁷⁾. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) destaca que los servicios diferenciados y amigables para adolescentes constituyen una herramienta clave para reducir embarazos tempranos y mejorar los indicadores de salud sexual y reproductiva en América Latina ⁽¹⁶⁾.

El abordaje de la salud sexual y reproductiva no puede limitarse al aspecto biomédico, sino que debe comprender los determinantes sociales que la condicionan: pobreza y exclusión social, educación, género y cultura, así como el acceso a servicios de salud. La falta de escolaridad y los estereotipos de género influyen en la autonomía sexual de las adolescentes, y la falta de confidencialidad o prejuicios en los servicios limita su utilización ⁽¹⁹⁾.

2.1.1.3 Experiencias y programas de salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe

En América Latina, diversos países han implementado programas exitosos de atención en salud sexual y reproductiva para adolescentes. En Chile, los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes; en Colombia, la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos; y en Costa Rica, el Programa de Educación Integral de la Sexualidad. En Ecuador, estrategias como ENIPLA (2011) y el PNSSR buscan disminuir la incidencia de embarazos tempranos y promover la atención integral, aunque su implementación enfrenta desafíos en cobertura y sostenibilidad ⁽²⁰⁾.

2.1.1.4 Presupuesto anual del Estado ecuatoriano para la prevención del embarazo adolescente (2018–2025)

El Estado ecuatoriano implementó la Política Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes 2018–2025, aprobada en julio de 2018 mediante un acuerdo entre varios ministerios con apoyo técnico de Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), OPS/OMS, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y sociedad civil ⁽¹⁸⁾. Esta política establecía un marco interinstitucional para abordar el embarazo adolescente, incluyendo la asignación presupuestaria necesaria. En 2019, el presupuesto real del Ministerio de Salud para este tipo de programas alcanzó aproximadamente USD 11.5 millones ⁽¹⁹⁾.

Sin embargo, esa cifra representó una significativa subejecución: aunque se había asignado más de USD 11 millones, menos de la mitad fueron realmente invertidos, debido principalmente a problemas en la adquisición de anticonceptivos e insumos, además de demoras administrativas ⁽¹⁷⁾. Para el año 2020, el presupuesto que el Ministerio de Salud había planificado para la prevención del embarazo adolescente fue de USD 5.6 millones, pero en la proforma del Presupuesto General del Estado se redujo a cero, es decir, quedó completamente sin asignación ⁽¹⁶⁾.

Este recorte abrupto generó fuertes críticas por parte de organizaciones como Surkuna, que alertaron sobre el impacto negativo en niñas y adolescentes El Comercio y Primicias. De manera paralela, el presupuesto para implementar la Ley de Erradicación de la Violencia contra la Mujer, inicialmente estimado en USD 5.4 millones, fue recortado a aproximadamente USD 876 862, lo que representa una reducción del 84 % ^(16,19).

Por su parte el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) agencia de la ONU especializada en salud sexual y reproductiva, cuya misión es contribuir a la construcción de un mundo donde los embarazos sean deseados, los partos reciban atención adecuada y todas las personas jóvenes puedan desarrollarse plenamente en un entorno seguro y con oportunidades. En línea con los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030, el UNFPA orienta sus acciones hacia tres grandes resultados transformadores: cero muertes maternas evitables, cero necesidades

insatisfechas de planificación familiar y cero violencias basadas en género, incluidas las prácticas nocivas que afectan especialmente a niñas y adolescentes (16,17).

El Plan Estratégico 2022–2025 reafirma este compromiso bajo el principio de “No dejar a nadie atrás”, priorizando a quienes históricamente han enfrentado mayores barreras para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, como mujeres, adolescentes, pueblos indígenas, afrodescendientes, personas con discapacidad y población en situación de movilidad humana. Con presencia activa en más de 150 países, el UNFPA trabaja para garantizar que estas poblaciones accedan a servicios de salud integrales, oportunos y de calidad (19).

En este contexto UNFPA evidenció que los embarazos tempranos no solo vulneran derechos, sino que también generan un impacto económico significativo. Se estimó que, si en Ecuador se hubiera prevenido al menos el 70 % de los más de 61 000 embarazos en niñas y adolescentes registrados en 2018, el país habría evitado pérdidas cercanas a 55 millones de dólares, asociadas a gastos médicos, abandono escolar y reducción de oportunidades laborales (16).

Tabla 1. Síntesis presupuestaria estimada (2018–2020)

Año	Presupuesto planeado/asignado	Observación
2018	No disponible	Lanzamiento de la política intersectorial.
2019	USD 11.5 millones (presupuestado)	Ejecución parcial, menos del 50 % gastado
2020	USD 5.6 millones (planificado)	Asignación final reducida a cero

Elaboración propia

2.1.2 Embarazo Adolescente: dimensiones, causas y consecuencias

Según la OMS, la adolescencia abarca el período de 10 a 19 años. En esta etapa ocurre el desarrollo humano, que se divide en tres fases, en las que se experimentan diferentes formas de asociarse con la sexualidad y de enfrentar un posible embarazo. Estas fases son: adolescencia temprana (10 a 14 años), adolescencia media (15 a 16 años) y adolescencia tardía (17 a 19 años) ⁽²¹⁾. De la misma manera, la OMS define a la

gestación entre los 10 a 19 años como embarazo precoz, ya que la madre no ha alcanzado la edad y madurez adecuadas para asumir responsabilidades comprendidas en la maternidad ⁽²²⁾.

2.1.2.1 Causas multifactoriales: biológicas, familiares, educativas, sociales, económicas y culturales

En Ecuador, los embarazos en jóvenes de 10 a 14 años surgen mayormente por abuso sexual, ausencia de educación sexual, desigualdad entre géneros y marginalización social. En este segmento de edad, muchos de los embarazos son resultados de actos sexuales coercitivos, frecuentemente en el ámbito del entorno familiar próximo. Estos casos requieren atención prioritaria por parte del Estado ecuatoriano, ya que este fenómeno incrementa la morbilidad y mortalidad en las niñas; esto es particularmente grave si se considera que 8 de cada 10 embarazos en menores de 14 años son producto de violencia sexual y que en la mayoría de los casos el agresor es un familiar directo ⁽²³⁾.

El Código Orgánico Integral Penal (COIP) establece que cualquier relación sexual con niñas de este rango constituye violación; de hecho, entre 2021 y 2025 se reportó que cinco niñas de 10 a 14 años se convirtieron en madres a diario en Ecuador, lo que representa una tasa de 2,2 nacidos vivos por cada 1000 personas de esta edad ⁽²⁴⁾.

Por otro lado, la desigualdad de género se considera una razón para el embarazo adolescente, al establecer roles rígidos para las mujeres jóvenes y al normalizar el dominio masculino, lo que genera relaciones de poder desiguales. El entorno y contexto social en el que se desarrolla una adolescente puede, en numerosas ocasiones, forzar o acelerar el comienzo de la actividad sexual a una edad temprana y sin anticonceptivos. Igualmente, la falta de educación sexual integral restringe y limita la capacidad de ejercer una sexualidad libre, saludable y autónoma. Durante los años 2017 a 2021 en Ecuador, el 67,7% de las mujeres con edades entre 15 y 24 años no recurrieron a anticonceptivos en su primera experiencia sexual, mayormente debido a la falta de información o dificultad para acceder a estos métodos. Esta situación las hace más vulnerables a las infecciones de transmisión sexual, a problemas durante el embarazo, e incluso a la posibilidad de un aborto ⁽²²⁾.

El escaso acceso a servicios de salud sexual y reproductiva representa otra dificultad estructural, dado que siguen existiendo barreras geográficas y culturales que dificultan a las jóvenes obtener atención integral en el momento oportuno. Esta vulnerabilidad se acentúa en el caso de adolescentes con discapacidad: según el Censo 2010, la mayoría de las mujeres con discapacidad ya había tenido un hijo entre los 15 y 19 años, y el 3% lo tuvo entre los 10 y 14 años ^(7,23). Para responder de forma parcial a esta situación, el Gobierno implementó el Bono Joaquín Gallegos Lara, dirigido a 8.380 cuidadores de niñas, niños y adolescentes con discapacidad severa, de los cuales 3.668 son mujeres adolescentes ⁽²³⁾.

Los factores familiares y sociales también inciden directamente: la violencia intrafamiliar, la violencia de género, la poca comunicación, la pobreza y la exclusión social aumentan significativamente el riesgo de embarazo temprano. Además, la historia reproductiva de madres y padres y la normalización cultural del embarazo adolescente refuerzan este ciclo ⁽²²⁾.

Por otro lado, se deben considerar las causas estructurales. Una gran proporción de niñas y adolescentes quedaron embarazadas estando fuera del sistema educativo o se vieron obligadas a abandonarlo tras el embarazo, lo que repercute en sus oportunidades educativas y laborales, limita su inserción social y obstaculiza el cumplimiento de sus proyectos de vida. Las tasas de fecundidad son mayores en adolescentes pertenecientes al quintil de menores ingresos y con bajo nivel de educación. Como consecuencia, las madres adolescentes y sus familias presentan una mayor vulnerabilidad a la pobreza y la exclusión social ⁽⁷⁾.

En el caso de las adolescentes de 15 a 19 años, la problemática adquiere matices diferentes: los embarazos suelen estar relacionados con inicios sexuales tempranos, presión de pareja, escaso acceso a anticonceptivos y falta de información. Según la ENSANUT, el 39,2% de adolescentes entre 15 y 19 años ha iniciado una vida sexual activa ⁽⁷⁾. Aunque existe un mayor grado de “decisión”, este sigue mediado por desigualdades de género. En este grupo también son frecuentes los embarazos subsecuentes, y la problemática se asocia principalmente con determinantes socioeconómicos como la pobreza, la baja escolaridad y la exclusión. Así, el 44,3% de las mujeres de 15 a 24 años que se embarazaron interrumpió sus estudios y no los retomó ⁽⁷⁾.

2.1.2.2 Consecuencias en la salud, educación, empleabilidad y calidad de vida

El embarazo adolescente ocasiona secuelas permanentes en las jóvenes quienes lo enfrentan, independientemente del contexto del embarazo, esta etapa traerá consigo consecuencias negativas en aspectos biopsicosociales ⁽²⁵⁾.

En el aspecto biológico las madres comprendidas entre los 10 a 19 años presentan un riesgo elevado de contraer eclampsia, enfermedad endometrial e infecciones asociadas, así mismo se ha evidenciado que los recién nacidos presentan peso más bajo al nacer, nacimientos pretérminos, peor estado de nutrición en la primera infancia y un índice alto de morbilidad neonatal. De igual manera se enfrentan a un mayor riesgo de depresión perinatal. En Ecuador, una de las principales causas de embarazo prematuro en las adolescentes es producto de violencia sexual, seguido de la pobreza, bajo nivel de educación y desigualdad social, de hecho, datos del ENSANUT (2012) reverán que 9 de cada 10 adolescentes tuvieron su primera experiencia sexual con personas mayores a ellas, 8 de cada 100 fueron embarazadas por hombres mayores de 30 años. Finalmente se destaca que, del total de embarazos reportados en menores de 15 años, el 80% responden a violencia sexual y peor aún de esos el 7.5% termino en interrupción del embarazo ^(25,26,27).

Existen también otras consecuencias negativas estructurales como la afectación en la escolaridad de las madres adolescentes, por ejemplo, en Ecuador según datos estatales 30.267 interrumpieron su proceso educativo por su estado de gestación o por estar al cuidado de sus hijos. La maternidad prematura limita los años de escolaridad y hace que aumenten los casos de deserción escolar, haciendo visible aún la vulneración de sus derechos ^(28,29).

Cuando abordamos esta problemática no podemos dejar de mencionar el acceso al trabajo y los ingresos percibidos, por ejemplo, las madres adolescentes del Ecuador conforman un 10,26% menos del mercado laboral, así mismo las tasas de desempleo son casi dos veces más que de quienes lo fueron en su adultez, registrando menos ingresos al año. El costo de oportunidad laboral e ingresos ya supera los 54.8 millones de dólares al año ⁽³⁰⁾.

En términos generales un embarazo prematuro agrava determinantes sociales como la pobreza generacional, cortando oportunidades y limitando su plan de vida. Un dato importante es que en niñas de 10 a 14 años las cifras de embarazos no disminuyen desde el 2020, año en el cual se registraron 1921 nacidos vivos perteneciente a madres de este grupo de edad ⁽³¹⁾.

2.1.2.3 Enfoque preventivo: necesidad de intervenciones integrales y diferenciadas

Trabajar con medidas de prevención en esta problemática debe tener un enfoque multidisciplinario e intersectorial, con delimitación en la población en la que se desea sensibilizar, el enfoque además debe ser intercultural e interterritorial. Tanto la literatura como las guías de educación integral en sexualidad mencionan que las intervenciones integradas son más efectivas que intervenciones aisladas. Un claro ejemplo son los programas educativos que suelen tener resultados limitados sobre el embarazo adolescente si no se articulan con los demás servicios de protección de derechos sociales. En el Ecuador, la PIPENA hace énfasis en un abordaje integral ^(32,33)

En embarazos de adolescentes menores de 15 años, la prevención primaria prioriza sistemas de protección integral frente a violencia sexual, donde se debe lograr identificar temprana y rutas de derivación de casos con protocolos que se articulen al ministerio de salud pública en donde se recepten e intervengan casos reportados de violencia basada en género, debiendo ser estos servicios amigables para los adolescentes. Otro ejemplo de eso es la ruta “ESA ES” que hace fácil la integración entre escuelas, familiares y servicios de salud específicos para embarazos menores a 15 años, sus intervenciones ya se han realizado en algunos países de América Latina y el Caribe ^(34,35,36).

Estrategias tales como las guías de educación integral en sexualidad (EIS) deben empezar desde antes y durante la pubertad temprana, sus contenidos deberán ser acorde a la edad y tener todas las medidas de protección tales como consentimientos informados, actividades de autocuidado, deberán brindarles herramientas socioemocionales, canales de ayuda y contención y prevención de la violencia sexual. Los diversos planes de intervención nos han demostrado que al disminuir las conductas de riesgo y mejorar el conocimiento en adolescentes se pueden reducir los embarazos

prematureros ^(33,34). Por otra parte, el primer nivel de salud tiene un rol crucial en este tema ya que debe ser capaz de garantizar acceso libre y sin ninguna barrera a sensibilizaciones, charlas, consejerías y métodos anticonceptivos para adolescentes con enfoque en restitución de derechos ⁽³⁷⁾.

En el contexto de Ecuador el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), que es la guía para la óptima implementación del sistema de salud pública ecuatoriano; también el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (*PNSSR*), política pública del MSP, intervienen dentro de un marco operativo en el que integra acciones específicas desde diferentes niveles de atención de salud, adaptando a la realidad de la comunidad las diferentes acciones ejecutar, desde una visión intercultural y articulada con el sector educaciones y de protección de derechos ⁽³⁸⁾.

2.1.2.4 Estadísticas y tendencias del embarazo adolescente en Ecuador y América Latina

El panorama de Ecuador refleja que entre el 2018 y 2023 los nacimientos de madres adolescentes bajaron de 56.267 a 36277, es decir un 36% menos, la proporción sobre el total pasó del 19% al 15%. Por otro lado, en adolescentes entre 10 a 14 años no hubo una disminución significativa, más bien entre los años 2021 y 2022 subieron de 1863 a 1937 y al año siguiente, es decir 2023 pasaron de 1937 a 1666. En 2023, el 14.5% de nacidos vivos pertenecen a madres de entre 15 a 19 años, ya para el 2024 el INEC reporta que hay 215.714 nacimientos de madres adolescentes, pero sin entregar aún datos por edad ^(39,40).

Los puntos críticos territoriales en el Ecuador indican que las tasas más altas de nacimientos de madres entre 10 a 14 años se registran en Morona Santiago, seguida de Pastaza y Los Ríos. Cabe destacar que la tasa más baja para este grupo etario se registra en las Galápagos ⁽³⁾.

Por otra parte, si comparamos las tendencias regionales, podemos observar que la región tiene las tasas más altas de embarazo adolescente en el mundo, encontrándose Ecuador por debajo del promedio de la tasa regional desde el 2020 en adolescentes de entre 15 a 19 años y ligeramente por debajo en edades comprendidas entre 10 a 14 años.

El embarazo prematuro en la región sigue teniendo como causa principal la violencia sexual ^(29,41).

Se debe dar lectura a un periodo clave entre el 2018 y 2024 en el que se mantiene un descenso sostenido en embarazo adolescente en edades entre 15 a 19 años, por el contrario, en el mismo periodo persiste el embarazo en edades comprendidas entre los 10 a 14 años, principalmente en la región amazónica y costa, lo que nos marcaría el camino para una intervención focalizada con acciones intersectoriales en las provincias que presentan un mayor riesgo ^(29,42).

2.1.3 Enfoque Intercultural en la Salud Sexual y Reproductiva contexto Ecuador

2.1.3.1 Marco normativo y enfoque intercultural en Salud Sexual y Reproductiva

El *PNSSR 2017-2021* elaborado por el MSP en colaboración con el UNFPA, señala que este enfoque reconoce la diversidad de prácticas, saberes y expresiones culturales vinculadas a la salud sexual y reproductiva, permitiendo diferenciar los determinantes globales y locales que inciden en el abordaje de la sexualidad, y las condiciones de salud de cada población. Desarrollando así mecanismos específicos que fortalezcan la atención integral en salud, respetando prácticas e identidades culturales, que garanticen equidad, calidad e interculturalidad en la atención ^(7,20).

Por su parte, la *Constitución de la República del Ecuador (2008)* en su art.1 “... reconoce a nuestro país como un Estado de derechos y justicia, social, democrático, soberano, independiente, unitario, intercultural, plurinacional y laico” ⁽⁴³⁾. Así también, señala en su art.2 “... al castellano, el kichwa, y el shuar como idiomas oficiales de relación intercultural, mientras que a los demás idiomas ancestrales los considera de uso oficial para los pueblos indígenas en las zonas en donde habitan, mencionando que el Estado respetará y estimulará su conservación y uso; ratificando así su valor en cuanto a diversidad y derecho a la nacionalidad” ⁽⁴³⁾.

En este sentido, ambos tópicos resultan clave a la hora de desarrollar políticas públicas, servicios, programas y normativas en materia de salud, ya que, por un lado el PNSSR permite conectar y entender la vivencia de la salud, de la salud sexual y de la

salud reproductiva desde la interrelación entre culturas sanitarias distintas, y por otro, la Constitución establece el marco jurídico que garantiza el reconocimiento de la diversidad cultural en el país, asegurando la prestación de servicios de salud con base en principios de equidad, interculturalidad y respeto a los derechos humanos, como lo menciona en su art.32 ^(7,20,43).

La *Ley Orgánica de Salud (2006)* refuerza estos marcos con el inciso e) del art.7 determinando que, “... en el caso de los integrantes de pueblos y nacionalidades la información sobre tratamiento, productos y servicios disponibles en relación con la salud, así como la orientación y asesoramiento por parte de personal calificado antes y después de procedimientos definidos en los protocolos médicos sea proporcionada en su lengua materna, cuando corresponda” ⁽⁴⁴⁾. Asimismo, en el art.25 se hace referencia a que “...los integrantes del Sistema Nacional de Salud promoverán y respetarán el conocimiento y prácticas tradicionales de los pueblos indígenas y afroecuatorianos, de las medicinas alternativas, con relación al embarazo, parto, puerperio, cuidando no comprometer la vida e integridad de la persona” ⁽⁴⁴⁾.

De este modo estos marcos de derecho y enfoque intercultural impulsan la atención integral en salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de derechos, equidad e interculturalidad, con el fin de garantizar servicios de salud más inclusivos y alineados con la diversidad cultural ^(7,20,43,44); sin embargo, en la práctica esto no siempre se cumplen, pues en la actualidad aún persisten desigualdades y brechas palpables en el acceso a la salud en pueblos y nacionalidades, lo que evidencia disparidades entre la normativa y la realidad nacional mismas que serán analizadas en un apartado posterior ⁽⁴⁴⁾.

2.1.3.2 Salud Sexual y Reproductiva desde la cosmovisión de pueblos y nacionalidades

La cosmovisión en términos generales se entiende como la forma en que las personas, pueblos y nacionalidades interpretan el mundo con base en sus creencias, saberes y representaciones, las cuales se reflejan a través de prácticas culturales, espirituales y comunitarias; visiones profundamente vinculadas con la naturaleza y el

territorio, los cuales “... influyen en la manera en que se concibe el ser, el sentir, el vivir y la existencia” ^(45,46).

En Ecuador coexisten múltiples cosmovisiones que reflejan su diversidad cultural resultado de la convivencia entre “mestizos, 14 nacionalidades, 18 pueblos indígenas, así como de pueblos afroecuatorianos y montubios, ubicados en la Sierra, Costa y Oriente, y que representan entre el 6% y el 40% del total de la población ecuatoriana, mayormente rural, según diferentes estimaciones” ⁽⁴⁷⁾. Cada uno con su propia interpretación sobre el mundo, ligada a sus creencias, saberes y prácticas originarias de su historia y entorno. Esta pluralidad de visiones es lo que lo constituye como un Estado plurinacional e intercultural, donde la identidad colectiva se construye desde la riqueza de la diversidad ^(45,46).

Partiendo de esto, podremos comprender entonces que la salud sexual y reproductiva en un país con diversidad cultural no puede analizarse exclusivamente desde un enfoque biomédico, pues resulta esencial considerar la visión y prácticas de cada pueblo y nacionalidad que existe en el país. Es así que, un estudio realizado en Ecuador sobre *Prácticas Ancestrales de Planificación Familiar* identificó que existen múltiples prácticas y creencias que influyen en las mujeres indígenas para tomar la decisión de utilizar o no métodos anticonceptivos ⁽⁴⁸⁾.

De 29 mujeres de 20 a 49 años entrevistadas, el 58,62% afirmó tener autonomía para decidir sobre el uso de un método de planificación familiar, mientras que el 34,48% manifestó que la decisión recae en la pareja o en conjunto. Aunque no se cuenta con datos completamente precisos sobre el uso de prácticas ancestrales, el 13,8% expresó la creencia de que someterse a una salpingectomía podría afectar su capacidad para cumplir con sus obligaciones maritales o para trabajar. Además, el 17,20% indicó no utilizar métodos anticonceptivos por motivos religiosos, refiriendo que sería un “pecado” o que “hay que tener los hijos que Dios manda”. Entre los métodos ancestrales más comunes se encuentran las infusiones con hierbas medicinales, infusiones con hollín y jabón, y óvulos de caléndula.

Algunas mujeres manifestaron en sus respuestas sentir temor a los métodos anticonceptivos actuales, creyendo que podría verse afectada su salud o causar problemas en sus responsabilidades familiares o laborales. Un dato relevante es que, en

varios casos, la decisión frente a la aplicación de un método de planificación familiar no dependía de ella sino de su pareja; de lo contrario, podría interpretarse como infidelidad (48).

Lo que se complementa con otro estudio sobre la *Cosmovisión cultural de la salud sexual y reproductiva y su repercusión en adolescentes de etnia indígena*, donde se evidencio que el cuerpo femenino en estas etnias se asocia simbólicamente con la madre tierra, ya que, “... si la tierra fértil da buenos frutos, la mujer fértil debe dar hijos sanos, por lo que ingerir pastillas o emplear métodos anticonceptivos modernos puede percibirse como una transgresión al orden natural” (46). Bajo este concepto es que varias adolescentes recurrían a parteras tradicionales en busca de orientación y métodos naturales para prevenir un embarazo no deseado, sin embargo, la falta de una adecuada educación sexual limitaba sus posibilidades de prevención y toma de decisiones informadas (46,49).

Frente a esta realidad tanto en adolescentes como en mujeres adultas de diversas etnias del país, se considera esencial propiciar estrategias y/o políticas con enfoque intercultural que permitan garantizar el respeto a la diversidad y la construcción del ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres de pueblos y nacionalidades (12,48,49).

2.1.3.3 Desafío en el acceso a servicios de SSR en contextos rurales y urbanos

Las desigualdades en SSR entre áreas rurales y urbanas son notorias en Ecuador y la región. América Latina y el Caribe presentan la segunda tasa más alta de fecundidad adolescente en el mundo (aprox. 66,5 nacimientos por 1000 mujeres de 15-19 años, frente a ~46 a nivel global) (50). Estas tasas afectan desproporcionadamente a poblaciones vulnerables, evidenciando brechas dentro de los países: las adolescentes de zonas rurales, indígenas o con menor nivel socioeconómico tienen hasta 3-4 veces más probabilidades de quedar embarazadas tempranamente que aquellas de áreas urbanas, no indígenas o con mayor educación (50).

En Ecuador, históricamente se ha registrado una de las tasas más altas de embarazo adolescente de la región (ubicándose entre los tres primeros países de Latinoamérica, solo por detrás de Nicaragua y República Dominicana) (35). Si bien en los

últimos años el país ha logrado reducir la fecundidad adolescente en conjunto (una disminución de ~36% en nacidos vivos de madres <20 años entre 2017 y 2023) ⁽⁵¹⁾, esta reducción no ha sido homogénea en todos los contextos geográficos y demográficos.

En las zonas rurales e indígenas persisten tasas de embarazo adolescente significativamente más elevadas que en las ciudades. Por ejemplo, en 2022 la tasa específica de fecundidad en adolescentes (15-19 años) a nivel nacional fue de 47 nacimientos por 1000, pero provincias predominantemente rurales como Morona Santiago y Napo (de alta población indígena amazónica) registraron cifras cercanas al doble (~80–89 por 1000); en contraste, en localidades más urbanizadas como Galápagos la tasa fue tan baja como 17 por 1000 ⁽³⁾. Estos datos reflejan brechas estructurales: la pobreza y la falta de servicios inciden fuertemente. Se estima que ocho de cada diez adolescentes rurales viven en situación de pobreza, por necesidades básicas insatisfechas, comparado con cuatro de cada diez en áreas urbanas ⁽³⁵⁾.

Las regiones rurales alejadas típicamente cuentan con menor disponibilidad de centros de salud, personal especializado y programas amigables para jóvenes, lo que dificulta el acceso a métodos anticonceptivos modernos y a educación sexual integral para adolescentes fuera de las ciudades. En toda la región Amazónica de Ecuador, más del 30% de los partos ocurren aún en el domicilio atendidos por parteras tradicionales, evidenciando la limitada cobertura de atención institucional en salud ⁽⁵²⁾. De igual manera, provincias andinas con alta ruralidad (Bolívar, Chimborazo, Cotopaxi) o poblaciones históricamente marginadas (Esmeraldas, de mayoría afrodescendiente) han mostrado altos índices de partos fuera del sistema sanitario formal, vinculados a barreras geográficas y culturales.

Entre las principales barreras de acceso que enfrentan las adolescentes rurales e indígenas se incluyen las barreras culturales y lingüísticas, así como experiencias de discriminación o violencia obstétrica en los servicios. En comunidades donde el español no es el idioma materno (p. ej. kichwa, shuar), la falta de personal de salud bilingüe y material educativo en lengua originaria dificulta la comunicación sobre SSR. Reconociendo esto, las autoridades han comenzado a implementar estrategias de comunicación intercultural (ej. materiales educativos en kichwa de la sierra, kichwa amazónico y shuar) para mejorar la llegada de mensajes de salud a todas las comunidades ⁽⁵³⁾. Por otro lado, la violencia gineco-obstétrica –que incluye el maltrato,

la falta de consentimiento informado, la coerción o la deshumanización durante la atención— ha sido documentada ampliamente. Una encuesta nacional de 2019 reveló que casi la mitad de las mujeres ecuatorianas (48%) han sufrido al menos un hecho de violencia obstétrica en su vida, porcentaje que aumenta al 70% en el caso de mujeres indígenas ⁽⁵⁴⁾. Estas experiencias generan desconfianza hacia los servicios de salud y constituyen un fuerte disuasivo para que muchas adolescentes rurales busquen atención anticonceptiva o prenatal en el sistema formal. Estudios en el país muestran que la percepción de maltrato o falta de sensibilidad cultural en las unidades de salud influye en la decisión de las mujeres sobre dónde dar a luz. En efecto, entre mujeres ecuatorianas que optaron por un parto domiciliario con partera, una de las razones más importantes reportadas fue la confianza y el trato más humano brindado por la partera comunitaria, en contraste con la atención hospitalaria ⁽⁵²⁾. Esto evidencia cómo la violencia obstétrica y la falta de adecuación cultural en los servicios convencionales terminan ampliando la brecha de acceso: muchas adolescentes (y sus familias) prefieren evitar unas instalaciones donde no se sienten respetadas o comprendidas.

Frente a esta realidad, se han impulsado iniciativas para cerrar las brechas de acceso en áreas rurales mediante el reconocimiento de las prácticas tradicionales y la adaptación intercultural de los servicios. Un ejemplo emblemático es la certificación de parteras ancestrales por parte del MSP. Desde 2018, el MSP integró a cientos de parteras tradicionales (denominadas “mamás parteras” en las comunidades) al MAIS, reconociéndose como agentes comunitarias de salud. Hasta 2020 se había certificado oficialmente a 1.351 parteras en varias provincias (con meta de llegar a 1.700) ⁽⁵⁵⁾, incluidas mujeres indígenas, afrodescendientes, montubias y mestizas de zonas rurales dispersas.

Estas parteras certificadas reciben capacitación en temas de SSR (por ejemplo, planificación familiar, derechos sexuales y reproductivos, atención obstétrica de emergencias, cuidado neonatal, etc.) ⁽⁵⁵⁾, a la vez que comparten con el personal médico sus saberes ancestrales. La estrategia busca articular la medicina ancestral con la medicina occidental: las parteras actúan como puente cultural, facilitando que las mujeres de comunidades remotas accedan al sistema de salud en sus propios términos. Por ejemplo, se les ha incorporado en la atención institucional respetando prácticas como el parto vertical o culturalmente adecuado, y estableciendo mecanismos de

referencia contrarreferencia (si la partera identifica signos de alarma en el embarazo, deriva a la paciente al centro de salud más cercano). Asimismo, se promueve la “legitimación comunitaria” de estas parteras, es decir, el reconocimiento formal y apoyo de la propia comunidad a su rol sanitario ⁽⁵⁵⁾.

Si bien persisten limitaciones (muchas parteras aún carecen de remuneración estable y algunas enfrentan discriminación por parte de personal institucional poco sensibilizado ⁽⁵⁶⁾, estos esfuerzos iniciales representan avances importantes. La certificación y capacitación de parteras, junto con la adecuación intercultural de los servicios (p. ej. permitir la presencia de familiares, respetar posiciones tradicionales de parto, uso de idiomas nativos), han mostrado ser estrategias efectivas para reducir barreras en la atención materno-infantil en contextos rurales. En suma, las brechas de acceso a SSR entre lo rural y urbano –expresadas en diferencias de oferta de servicios, factores socioeconómicos y barreras socioculturales– requieren intervenciones focalizadas que reconozcan dichas diferencias. En el apartado siguiente se discute la importancia de incorporar este enfoque diferencial en las políticas de prevención del embarazo adolescente.

2.1.3.4 Importancia de incorporar este enfoque en estrategias de prevención del embarazo adolescente.

Dada la magnitud de las brechas antes descritas, incorporar un enfoque de equidad e interculturalidad en las estrategias de prevención del embarazo adolescente es crucial para lograr resultados efectivos y sostenibles. A continuación, se resaltan las razones clave de la importancia de este enfoque:

Garantizar los derechos y la equidad en salud: Desde un punto de vista de derechos humanos, todas las adolescentes –sin importar su lugar de residencia, etnia o condición social– deben poder ejercer sus derechos sexuales y reproductivos de forma plena. El Estado ecuatoriano, a través de su Plan Nacional y la Política Intersectorial 2018-2025, ha reconocido que el acceso a SSR debe asegurarse “considerando el contexto geográfico, social y cultural” de la población ⁽³⁵⁾, bajo el principio de no dejar a nadie atrás. Incorporar este enfoque significa llevar servicios e información adaptados a cada realidad (rural/urbana, hispanohablante/indígena, etc.), reduciendo las desigualdades en el acceso. Por ejemplo, la prevención de la violencia obstétrica y la

provisión de atención materna respetuosa son acciones indispensables para garantizar una maternidad segura y digna en poblaciones históricamente marginadas ⁽⁵⁷⁾. Solo con un enfoque inclusivo se puede asegurar que la información, la educación sexual integral y los métodos anticonceptivos lleguen realmente a las adolescentes más vulnerables, respetando su identidad cultural y necesidades particulares.

Mejorar la efectividad de las intervenciones y reducir la tasa de embarazo adolescente: Las estadísticas muestran que la mayor carga de embarazo adolescente recae en subgrupos con menor acceso a servicios (adolescentes rurales, pobres, indígenas, con baja escolaridad) ⁽⁵⁰⁾. Por tanto, cualquier estrategia nacional que ignore estas brechas corre el riesgo de ser insuficiente. Incorporar este enfoque permite dirigir recursos y programas hacia las poblaciones de mayor riesgo, lo cual tiene un impacto desproporcionadamente positivo en la reducción global de la tasa de embarazo adolescente. En Ecuador, la aplicación de la Política Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes (PIPENA) 2018-2025 ya ha evidenciado logros importantes al priorizar la atención integral de grupos vulnerables: entre 2018 y 2022 la tasa de fecundidad en adolescentes 15-19 años cayó de 69,5 a 47,3 por mil ⁽⁵⁸⁾, lo que implicó 16.000 nacimientos menos en este grupo etario.

Si bien la disminución es alentadora a nivel nacional, persisten los rezagos en ciertas provincias y comunidades; por ello, desde 2023 se están focalizando esfuerzos adicionales en territorios con tasas elevadas (por ejemplo, proyectos piloto con apoyo de UNFPA en Morona Santiago y Esmeraldas) ⁽⁵⁸⁾. La evidencia internacional apoya esta dirección: un reporte regional de OPS/UNFPA concluye que para reducir el embarazo adolescente se deben involucrar varios sectores y apuntar a trabajar con los grupos más vulnerables mediante programas basados en evidencia ⁽⁵⁰⁾. Esto incluye, por ejemplo, asegurar la presencia de servicios amigables para jóvenes en zonas rurales (p. ej. clínicas móviles, personal comunitario), adaptar la educación sexual a las lenguas locales, y fortalecer la protección de niñas en entornos donde hay alta incidencia de violencia sexual.

Al focalizar e incrementar la cobertura de métodos anticonceptivos efectivos en las poblaciones con brechas de acceso, se puede prevenir un gran número de embarazos

no planificados en la adolescencia ⁽⁵⁰⁾. Es así como, incorporar el enfoque diferencial mejora la eficiencia de las intervenciones, ya que reduce el embarazo adolescente donde es más frecuente, acortando distancias entre regiones.

Abordar las causas estructurales y cortar el círculo de pobreza-exclusión: El embarazo adolescente no solo es una consecuencia de la falta de acceso a SSR, sino también un factor que perpetúa la pobreza y la inequidad. Las jóvenes madres suelen enfrentar deserción escolar, desempleo y limitaciones económicas, alimentando ciclos intergeneracionales de pobreza ⁽³⁵⁾. Estas situaciones se agravan en contextos rurales e indígenas donde ya existen menos oportunidades. Incorporar un enfoque que considere las brechas significa también implementar acciones intersectoriales (educación, protección social, desarrollo comunitario) orientadas a empoderar a las adolescentes en entornos vulnerables. Por ejemplo, combinar la prevención del embarazo con programas de retención escolar, becas educativas, capacitación laboral y campañas contra la violencia de género en comunidades rurales puede producir un efecto multiplicador: no solo disminuye la incidencia de embarazo temprano, sino que brinda alternativas de proyecto de vida a las jóvenes, reduciendo su vulnerabilidad socioeconómica. Experiencias internacionales subrayan que las intervenciones integrales (no solo sanitarias) en poblaciones de alto riesgo logran mayores reducciones en embarazo adolescente ⁽⁵⁰⁾.

En Ecuador, la estrategia nacional ha adoptado este principio mediante la coordinación entre ministerios (Salud, Educación, MIES, Mujer) y la sociedad civil para brindar una respuesta más holística ⁽⁵⁸⁾. La perspectiva intercultural también contribuye a derribar mitos y tabúes en torno a la sexualidad en comunidades tradicionales, involucrando a líderes locales, padres y sabias/os (parteras, yachacs) en la difusión de mensajes de prevención que sean socialmente aceptables. Esto aumenta la aceptación comunitaria de iniciativas como la educación sexual integral y la entrega de anticonceptivos a adolescentes, algo fundamental en áreas donde temas de sexualidad pueden ser sensibles.

Reducir la morbilidad y mortalidad materna adolescente, y cumplir compromisos internacionales: Las complicaciones del embarazo y parto están entre las principales causas de muerte en adolescentes a nivel global ⁽³⁵⁾. Las madres menores de 20 años enfrentan riesgos obstétricos significativamente mayores; de hecho, en países

de ingreso medio-bajo, el riesgo de morir por causas maternas es hasta dos veces mayor en menores de 15 años respecto a mujeres adultas ⁽⁵⁰⁾. Además, sus recién nacidos presentan más probabilidad de prematuridad, bajo peso y mortalidad neonatal ⁽⁵⁰⁾. Por ende, al incorporar un enfoque que asegure atención prenatal y parto culturalmente adecuados y de calidad para adolescentes rurales, indígenas y marginadas, se contribuye directamente a salvar vidas y mejorar la salud materno-infantil. Organismos internacionales (OMS/OPS, UNICEF, UNFPA) enfatizan que garantizar atención calificada antes, durante y después del parto en todas las comunidades –incluyendo la integración de parteras certificadas y la prevención de la violencia obstétrica– es una estrategia esencial para disminuir muertes maternas y neonatales relacionadas con adolescentes ⁽⁵⁰⁾.

De igual forma, Ecuador ha asumido compromisos en líneas con la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente y las metas de reducción de mortalidad materna, lo cual exige focalizar esfuerzos en las poblaciones con peor acceso. Un enfoque sensible a las brechas ayuda a cumplir con estos compromisos, pues canaliza las intervenciones donde más se necesitan. Por ejemplo, la capacitación de parteras comunitarias con kits de parto limpio y redes de derivación en la Amazonía ⁽⁵⁹⁾ contribuye a prevenir muertes maternas en zonas remotas; al mismo tiempo, la mejora en la calidad de la atención obstétrica (p. ej. implementación del Manual de Buenas Prácticas para prevenir la violencia obstétrica) ⁽⁵⁷⁾ aumenta la confianza de las usuarias en el sistema de salud. Todo ello redundando en una atención más oportuna y segura para las adolescentes embarazadas, impactando positivamente en los indicadores sanitarios nacionales.

2.1.4 Políticas, Programas y Marcos Normativos en Ecuador sobre SSR y Embarazo Adolescente

2.1.4.1 Política Nacional de SSR 2017-2021

El PNSSR 2017–2021 plantea la necesidad de atender los desafíos actuales relacionados con la experiencia de la sexualidad y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, entendidos como componentes fundamentales del derecho a la salud integral. En este sentido, el documento reconoce que dichos derechos constituyen

derechos humanos esenciales que el Estado debe proteger y garantizar, conforme a lo establecido en la Constitución y en los tratados internacionales suscritos por el país ⁽⁷⁾.

La salud está condicionada por determinantes sociales que condicionan la calidad de vida y las oportunidades para un desarrollo sostenible de las personas en Ecuador. El desarrollo sostenible debe fundamentarse en principios de equidad social e igualdad de género, enmarcados dentro del respeto a los derechos humanos, y debe considerar la diversidad por edad, etnia, cultura, género, origen geográfico y discapacidad. Desde esta visión, la salud, así como los derechos sexuales y reproductivos, tienen un impacto significativo en el desarrollo humano y en el progreso económico. El acceso a estos derechos permite especialmente a las mujeres participar plenamente en la sociedad, acceder a la educación y desempeñarse activamente en el mercado laboral formal ⁽⁷⁾.

2.1.4.2 Política Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes 2018–2025

Esta política tiene como propósito principal apoyar la prevención y disminución del embarazo en niñas y adolescentes, en un marco que respeta el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, así como el derecho a la integridad personal y a vivir una vida libre de violencia. Además, enfatiza la responsabilidad del Estado de proteger a las niñas y adolescentes de cualquier forma de violencia y abuso sexual. Esta iniciativa se alinea con los mandatos constitucionales, las metas establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2017–2021, los ODS de la Agenda 2030 cuyo principio central es “No dejar a nadie atrás” y otros instrumentos internacionales ratificados por Ecuador en esta materia ⁽³⁵⁾.

Esta política tiene como objetivo apoyar la implementación del Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021, especialmente en lo relacionado con la disminución de la tasa específica de nacimientos en adolescentes, además de contribuir al cumplimiento de las metas definidas en la Agenda 2030 ⁽²⁵⁾.

ODS 3. Salud y Bienestar

Garantizar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la planificación familiar, educación sexual en planes, programas y estrategias nacionales. Con el fin de disminuir la mortalidad materna, la tasa de embarazo adolescente, favorecer el acceso a anticoncepción, atención de salud sexual y educación en general ⁽⁶¹⁾.

ODS 5. Igualdad de Género

Asegurar la atención universal en salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos. Empoderamiento de adolescentes y mujeres, y la erradicación de la violencia de género, matrimonios a edades tempranas y gestación forzada ⁽⁶¹⁾.

ODS 10. Reducción de Desigualdades

Con enfoque en promover el acceso equitativo a salud sexual y reproductiva para grupos prioritarios como adolescentes, personas discapacitadas, indígenas, afrodescendientes, LGBTIQ, migrantes ⁽⁶¹⁾.

2.1.4.3 Rol del Ministerio de Salud Pública y otras entidades

Para el desarrollo de esta política, se ha realizado un mapeo de actores clave, identificando los objetivos comunes y las acciones complementarias necesarias para prevenir y reducir el embarazo en niñas y adolescentes.

Entre los principales gestores se encuentra:

El Ministerio de Salud Pública es responsable de la gobernanza del Sistema Nacional de Salud, priorizando la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Esta institución garantiza que la población reciba atención de calidad y calidez, promoviendo la salud integral y con base en objetivos institucionales para reducir el embarazo en niñas y adolescentes, como el incremento del acceso a servicios de salud, mejoría en vigilancia y regulación sanitaria, la aceptación de los usuarios con los servicios prestados ⁽³⁵⁾.

El Ministerio de Inclusión Económica y Social tiene la responsabilidad de definir y ejecutar políticas, estrategias, planes, programas y servicios orientados a la

inclusión económica y social, con un enfoque en los grupos vulnerables y en situación de pobreza.

El Ministerio de Educación se enfoca en proporcionar una educación integral y de calidad, con un enfoque de derechos y deberes, que promueva la equidad de género, la participación democrática y la pertinencia intercultural.

La Secretaría Técnica del Plan Toda Una Vida es la entidad encargada de generar políticas públicas y coordinar la ejecución de programas y misiones como Misión Ternura, Impulso Joven, Casa Joven, Misión Mujer, entre otros. Estos programas buscan satisfacer las necesidades básicas de las poblaciones en situaciones de pobreza extrema y vulnerabilidad.

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) estima que, mediante la EIS los jóvenes aprenden a tratarse con respeto y dignidad desde una edad temprana y adquieren las capacidades para tomar mejores decisiones, comunicarse y realizar análisis críticos. Aprenden que ellos pueden conversar con un adulto de su confianza si tienen dudas sobre su cuerpo, relaciones con parejas y valores. Aprenden sobre lo que es correcto y seguro para su salud, como evitar enfermedades de transmisión sexual, embarazos a temprana edad y a dónde acudir si necesitan ayuda. Aprenden a identificar señales de violencia contra niños y mujeres, violencia sexual, y reconocer como es la injusticia por desigualdad de género. Adicional, a conocer sus derechos y defender sus valores de igualdad, amor y amabilidad para sí mismos y su alrededor ⁽⁶²⁾.

En sus Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad, la UNESCO y otros asociados de las Naciones Unidas se han implementado vías para una EIS de alto nivel que promueva la salud, bienestar, respeto de los derechos humanos y la igualdad de género y que instruya a los niños y adolescentes para tener una vida segura, productiva y sana. La UNESCO ha elaborado un conjunto de herramientas en línea para facilitar el diseño y la aplicación de programas de EIS a escala nacional, local y escolar. Además de una herramienta que permita revisar y evaluar programas nacionales de educación en salud sexual ⁽⁶²⁾.

2.1.4.4 Retos y oportunidades para una atención culturalmente pertinente en adolescentes.

Según el PNSSR de Ecuador el acceso a la salud y los derechos sexuales y reproductivos permite que las personas, en especial las mujeres, participen en la vida social, tengan acceso a la educación e intervengan activamente en el mercado laboral formal. La salud y los derechos sexuales y derechos reproductivos tienen profundas implicaciones para el desarrollo humano y el crecimiento económico ⁽⁶³⁾.

En Ecuador, el ejercicio pleno de los derechos sexuales y derechos reproductivos, a lo largo del ciclo vital de las personas, está afectado por las inequidades económicas, de género, sociales y étnicas. Los efectos de estas inequidades se expresan en los siguientes ámbitos que se encuentran interrelacionados: diferencia de la tasa de fecundidad entre distintos grupos de población, desequilibrio en la fecundidad deseada y observada, embarazo en adolescentes, mortalidad materna, acceso a métodos anticonceptivos incremento de ITS incluido el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), violencia basada en género, cánceres relacionados con el sistema reproductivo, así como salud sexual y salud reproductiva en personas con discapacidad ⁽⁶³⁾.

De hecho, el nivel de acceso a la salud sexual y reproductiva refleja de manera sinérgica algunos de los principales indicadores del nivel de desarrollo de un país. En este sentido incide el nivel educativo de la población, las desigualdades entre zonas urbanas y rurales, la pobreza y marginación, así como otros factores que sitúan a ciertos grupos en condiciones desfavorables y de vulnerabilidad, como son los indígenas, las enraizadas inequidades de género o las propias características de la edad como la juventud o la vejez, que condicionan de forma directa el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Los derechos sexuales y reproductivos se consolidan como derechos humanos en tanto protegen la vida y la integridad de las personas ⁽⁶³⁾.

2.1.4.5 Proyecto Regional Mejorando la Salud de las mujeres y adolescentes en situaciones de vulnerabilidad 2021-2025

El accionar del proyecto se enfoca en dos componentes:

1. Orientado a generar mayor acceso y cobertura de los servicios de salud sexual y reproductiva, materna, adolescente y de las mujeres que sean integrales, integrados,

equitativos, basados en derechos, receptivos a las cuestiones de género, culturalmente sensibles, centrados en las personas y basados en el enfoque de la atención primaria de la salud.

2. Dirigido a fortalecer el empoderamiento y liderazgo de las mujeres y las adolescentes con relación a la atención de la salud sexual y reproductiva y la salud materna y sus derechos considerando los determinantes sociales de la salud ⁽⁶⁴⁾.

En Ecuador, el proyecto que se implementa en las provincias de Bolívar, Santa Elena, Pastaza y Morona Santiago; ha incidido en la conformación de las escuelas de liderazgo y la integración del diálogo de saberes como rutas adecuadas y factibles para impulsar, por un lado, el empoderamiento de los jóvenes en lo relacionado a la salud sexual y reproductiva para disminuir el embarazo adolescente y sus consecuencias en sus proyectos de vida y, por otro, armonizar la medicina ancestral y tradicional, en la salud materna de los pueblos y nacionalidades indígenas, particularmente ⁽⁶⁴⁾.

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1 Diseño Metodológico

El presente proyecto tiene un enfoque mixto cuantitativo de tipo descriptivo y analítico. El análisis cuantitativo se realizó a nivel nacional desde el año 2018 hasta el 2024, permitiendo identificar periodos de mayor incidencia y características sociodemográficas del embarazo adolescente mediante el uso de bases de datos de acceso público.

La población estudiada corresponde a los grupos de 10 a 14 años y de 15 a 19 años, identificando sus diferencias según etnia, nivel de instrucción, y estado civil, con el fin de comprender los factores que inciden en la prevalencia del embarazo adolescente en Ecuador. Además, se realizó un análisis estadístico con la evidencia bibliográfica desarrollada, que permitió elaborar estrategias que sean de provecho en el futuro para orientar la planificación de programas y/o políticas públicas orientadas a la prevención del embarazo adolescente.

3.2 Fuentes de datos

La información utilizada provino de cuatro fuentes principales, partimos de la revisión de documentos normativos como la Constitución de la República del Ecuador (2008, con su última reforma en 2021), el Código de la Niñez y Adolescencia (2003), la Ley Orgánica de Salud (2006), la Política Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes 2018–2025 y el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2017–2021, entre otros.

Posteriormente, se consideraron publicaciones académicas correspondientes a artículos científicos nacionales e internacionales publicados entre 2016 y 2024, los cuales abordaron temáticas relacionadas con el embarazo adolescente, la salud sexual y reproductiva y los determinantes sociales vinculados a esta problemática.

En tercer lugar, se incluyeron reportes técnicos elaborados por instituciones nacionales e internacionales, entre ellos el MSP, UNFPA, OPS y UNICEF, emitidos en

el período 2017–2024. Finalmente, se utilizó como fuente primaria de análisis la base de datos estadística de los Registros Estadísticos de Nacidos Vivos y Defunciones Fetales del Instituto Nacional de Estadística y Censos del INEC, correspondiente al período 2018–2024, la cual fue descargada en formato Excel desde el portal oficial de la institución.

3.2.1 Criterios de inclusión

Para el análisis de la base de datos se aplicaron criterios de inclusión y exclusión con el fin de garantizar la coherencia y confiabilidad de la información. Entre los criterios de *inclusión* se consideraron:

- Registros de madres adolescentes entre 10 y 19 años.
- Casos ocurridos dentro del período 2018–2024.
- Registros que contaran con información completa en las variables de interés (edad, etnia, nivel de instrucción y estado civil).

3.2.2 Depuración técnica de la base de datos

El proceso de depuración de la base de datos del INEC se desarrolló en varias fases técnicas. Primero se realizó la importación y conversión del archivo en formato Excel, que posteriormente fue integrado en una base unificada con cuatro dimensiones: edad de la madre, etnia, nivel de instrucción y estado civil. A continuación, se aplicó un filtrado por rango de edad, seleccionando únicamente los registros de madres adolescentes entre 10 y 19 años, con diferenciación entre los grupos 10–14 años y 15–19 años. En la fase de validación temporal, se conservaron únicamente los nacimientos ocurridos entre 2018 y 2024.

Luego, en la variable nivel de instrucción los registros se organizaron conforme a la clasificación oficial establecida por el INEC: ninguno, alfabetización, primaria, secundaria, bachillerato, superior no universitaria, superior universitaria, postgrado y sin información. De igual manera, en la variable estado civil se homologaron las categorías utilizadas en la base de datos para mantener uniformidad en el análisis, considerando: soltera, unida, casada, unión de hecho, divorciada, separada, viuda y sin información.

3.2.3 Cálculo de prevalencia y cambio relativo anual

Una vez depurada la base, se procedió al cálculo de indicadores de prevalencia. La prevalencia de embarazo adolescente se determinó como la proporción de nacidos vivos de madres adolescentes (10–19 años) sobre el total de nacidos vivos de cada año, expresada en porcentaje, aplicando la fórmula:

$$\begin{aligned} & \textit{Prevalencia del embarazo adolescente (\%)} \\ &= \frac{\textit{Nacidos vivos de madres 10 a 19 años}}{\textit{Total de nacidos vivos en el año}} \times 100 \end{aligned}$$

De forma complementaria, se calcularon las prevalencias específicas por grupo etario (10–14 años y 15–19 años), lo que permitió identificar diferencias en la magnitud del fenómeno.

Además, se estimó el cambio relativo anual, entendido como la variación porcentual de la prevalencia de un año respecto al año anterior. Este indicador permitió identificar periodos de aumento o disminución en la prevalencia del embarazo adolescente en el período 2018–2024. La fórmula aplicada fue:

$$\textit{Cambio relativo (\%)} = \frac{\textit{Prevalencia año actual} - \textit{Prevalencia año anterior}}{\textit{Prevalencia del año anterior}} \times 100$$

Por ejemplo, en el grupo de 15–19 años la prevalencia en 2018 fue de 18,4 %, mientras que en 2019 descendió a 17,5 %. Aplicando la fórmula, se obtuvo un cambio relativo de –5,2 %, lo que significa que la prevalencia de embarazo adolescente en este grupo disminuyó en 5,2 % respecto al año anterior.

Con este procedimiento se logró identificar no solo la magnitud del fenómeno, sino también sus tendencias temporales, aportando insumos clave para el análisis y la propuesta de estrategias de prevención.

3.2.4 Cálculo de Características Sociodemográficas de la Madre

Las variables de *etnia*, *nivel de instrucción* y *estado civil* de la madre se analizaron mediante porcentajes (%), ya que, el objetivo fue identificar durante el periodo 2018–2024 cuáles eran los grupos más predominantes entre los nacimientos

vivos de madres de 10–14 y 15–19 años; debido a que estas variables representan características sociales y demográficas más no eventos de salud, no se calcularon indicadores como tasas, incidencia o prevalencia.

Para obtener los porcentajes se tomó como base el *total de nacidos vivos registrados en el periodo 2018–2024* según los datos del INEC, y ya con esta referencia se *sumaron los nacimientos correspondientes a cada categoría*, agrupando los registros totales del periodo, y de esta manera se obtuvo, por ejemplo, el total de nacimientos de madres indígenas, de madres con nivel de instrucción secundaria, o de madres solteras, casadas, entre otras categorías; las sumas se realizaron utilizando la función =SUM(), lo que permitió reunir los valores de todos los años analizados.

Posteriormente, se *calculó el porcentaje que representaba cada grupo* respecto del total general de nacidos vivos. Esto se logró *dividiendo el total de cada categoría para el total global del periodo* permitiéndonos identificar qué grupos destacaron y cómo se distribuyeron los nacimientos según etnia, nivel de instrucción y estado civil en ambos rangos de edad estudiados.

3.3 Variables analizadas

Aquí se describe y analiza la problemática del embarazo adolescente en el Ecuador entre 2018–2024, por lo que, la variable dependiente es el embarazo adolescente, pues constituye el fenómeno central de estudio y las variables independientes corresponden a las características sociodemográficas (edad, etnia, nivel de instrucción y estado civil), las cuales permiten identificar los factores asociados a la problemática.

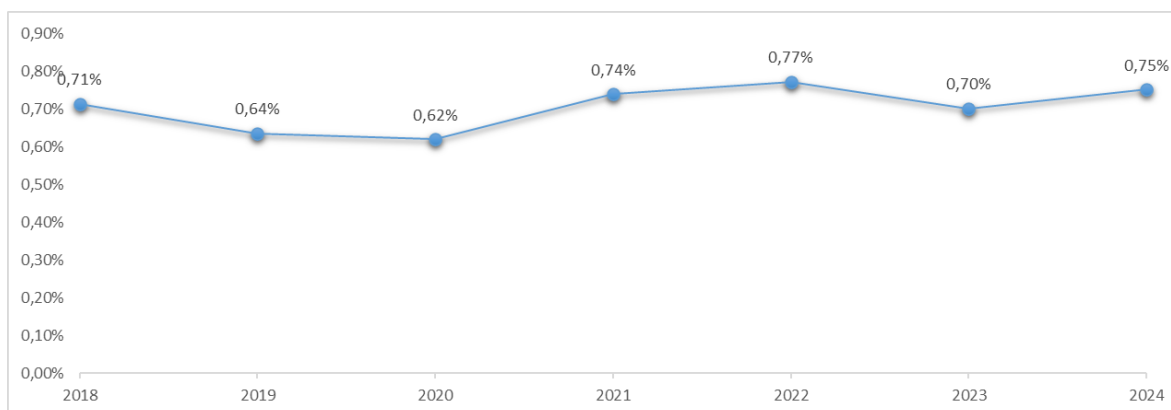
Tabla 2. Operacionalización de Variables

Tipo de variable	Variable	Definición conceptual	Categorías
Dependiente	Embarazo adolescente	Fenómeno en el que una mujer entre 10 y 19 años enfrenta un embarazo, medido por la prevalencia y tendencia anual.	Casos registrados en la base de nacidos vivos del INEC (2018–2024)
	Edad de la madre	Número de años cumplidos por la madre al momento del parto, clasificado en grupos etarios definidos por el INEC.	10–14 años 15–19 años
	Etnia de la madre	Autoidentificación étnica reconocida en la Constitución y censos nacionales, registrada en la base del INEC.	Mestiza Indígena Afroecuatoriana Montubia Negra Blanca Otras Sin información
Independientes	Nivel de instrucción	Máximo nivel de educación formal alcanzado por la madre antes del embarazo o al momento del registro del parto.	Ninguno Centro de alfabetización Primaria Secundaria Educación media/Bachillerato Superior no universitaria Superior universitaria Postgrado Sin información
	Estado civil	Situación legal o de hecho de la madre respecto a una unión conyugal, registrada en la base de datos del INEC.	Unida Soltera Casada Unión libre Divorciada Separada Viuda Sin información

CAPÍTULO IV

4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Figura 1. Prevalencia del embarazo adolescente de 10 a 14 años en Ecuador, período 2018-2024



Fuente: INEC, Registro Estadístico de Nacidos Vivos, años 2018- 2024

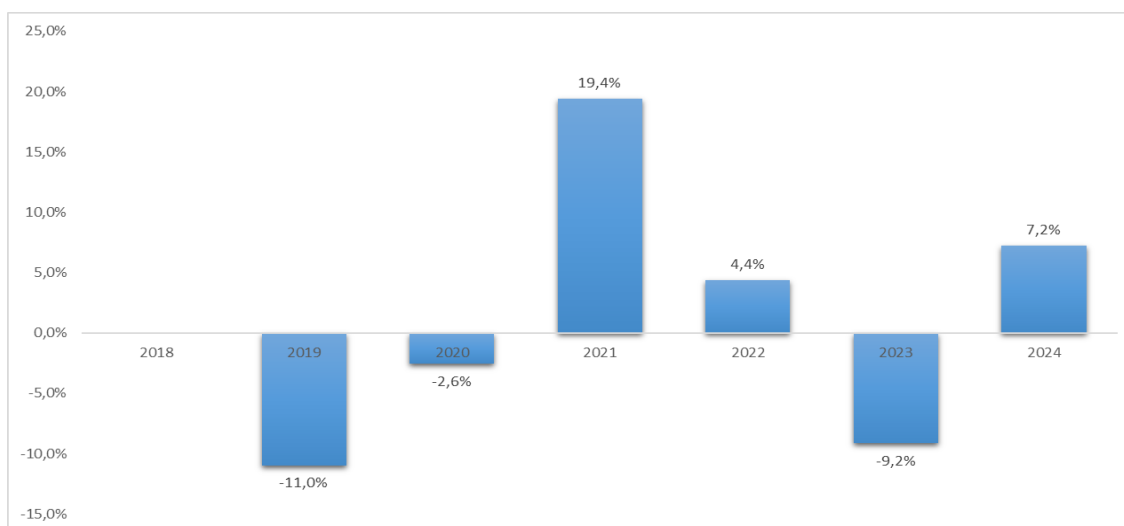
La prevalencia del embarazo adolescente en el grupo de 10 a 14 años en Ecuador presenta una *tendencia fluctuante* durante el período 2018–2024. En 2018 el valor fue de 0,71 %, descendiendo a 0,64 % en 2019 y alcanzando su punto más bajo en 0,62 % en 2020. A partir de 2021 se observa un *incremento progresivo*, con un 0,74 % en 2021 y 0,77 % en 2022; este último el valor más alto del período analizado. Posteriormente, se evidencia una *leve reducción* a 0,70 % en 2023, seguida de un *nuevo aumento* a 0,75 % en 2024.

Esta evolución indica que, aunque inicialmente se logró una reducción, *no existe una disminución sostenida* de la prevalencia del embarazo en niñas de 10 a 14 años. Este comportamiento puede asociarse a factores estructurales y sociales persistentes, tales como el acceso limitado a la educación sexual integral, la desigualdad territorial y los contextos de vulnerabilidad que afectan principalmente a las niñas más jóvenes.

En este sentido, la situación descrita anteriormente guarda relación con lo informado por el MSP el 17 de octubre de 2025, donde se reporta una reducción de 30,85 puntos en la tasa de fecundidad en adolescentes y señala que “se pasó de 70,40 a 39,55 por cada 1.000 adolescentes de 15 a 19 años durante los siete años. Mientras que en el grupo etario de 10 a 14 años se evidenció una disminución de 0,65” ⁽⁶⁵⁾.

Este dato refuerza que, si bien las políticas implementadas han logrado disminuir la tasa de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años la reducción en el grupo etario de 10 a 14 años ha sido mínima, lo que evidencia la necesidad de mantener esfuerzos sostenidos en educación sexual, acceso a servicios de salud y prevención integral.

Figura 2. Variación del embarazo adolescente de 10 a 14 años en Ecuador, período 2018 -2024

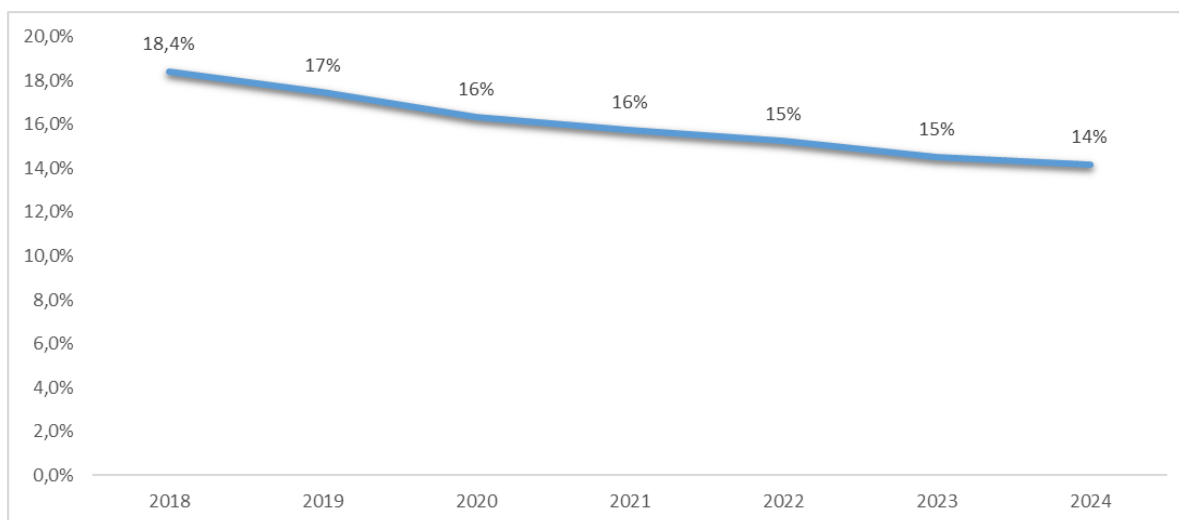


Fuente: INEC, Registro Estadístico de Nacidos Vivos, años 2018- 2024

La variación porcentual del embarazo adolescente en niñas de 10 a 14 años en Ecuador durante el período 2018–2024, evidencia *fluctuaciones marcadas* entre los distintos años. En 2019 se observa una disminución del 11 % respecto a 2018, lo que representa la *disminución más pronunciada* del período. En 2020 la reducción continúa, aunque de forma más leve (2,6 %), lo que sugiere un efecto acumulativo de los esfuerzos iniciales de prevención.

A partir de 2021 se presenta un cambio significativo en la tendencia, con un incremento del 19,4 %, el *más alto de todo el período* analizado. En 2022 el crecimiento se mantiene, aunque en menor proporción (4,4 %), consolidando el repunte observado desde el año anterior. Sin embargo, en 2023 vuelve a registrarse una disminución del 9,2 %, seguida de un nuevo aumento del 7,2 % en 2024; estas variaciones reflejan que el embarazo en niñas de 10 a 14 años no sigue un patrón descendente constante, lo que subraya la necesidad de fortalecer las acciones preventivas, educativas y de protección integral para lograr una disminución real y sostenida de este problema de salud pública.

Figura 3. Prevalencia del embarazo adolescente de 15 a 19 años en Ecuador, período 2018-2024



Fuente: INEC, Registro Estadístico de Nacidos Vivos, años 2018- 2024

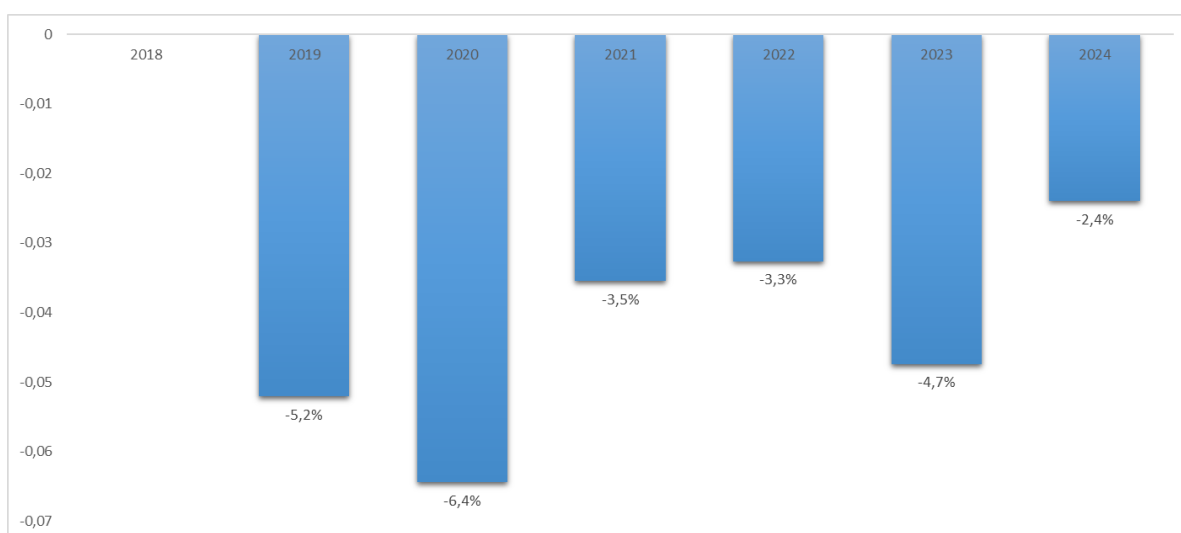
La prevalencia del embarazo adolescente, entendida como el número de nacidos vivos de madres adolescentes por cada 1.000 mujeres en ese rango etario, durante el período 2018–2024. Este indicador se obtiene a partir del *Registro Estadístico de Nacidos Vivos* del INEC, lo que garantiza la validez y trazabilidad de la información reportada.

Desde un enfoque analítico, una figura de prevalencia permite identificar tendencias longitudinales en el fenómeno del embarazo adolescente. Si la tendencia es descendente, esto podría asociarse a la implementación de políticas públicas orientadas a la prevención, tales como educación sexual integral, acceso a métodos anticonceptivos o fortalecimiento de servicios amigables para adolescentes. Por el contrario, una tendencia ascendente o fluctuante sugeriría la persistencia de brechas estructurales, como desigualdades socioeconómicas, limitaciones en el acceso a salud sexual y reproductiva, o factores culturales que inciden en la vulnerabilidad de esta población.

El análisis de prevalencia también es relevante porque el embarazo adolescente se asocia en la literatura con mayores riesgos obstétricos, deserción escolar, menor acceso a oportunidades laborales y reproducción de ciclos intergeneracionales de

pobreza. Evaluar su evolución permite comprender si las intervenciones estatales están abordando efectivamente estas problemáticas sanitarias.

Figura 4. Variación del embarazo adolescente de 15 a 19 años en Ecuador, período 2018 -2024



Fuente: INEC, Registro Estadístico de Nacidos Vivos, años 2018- 2024

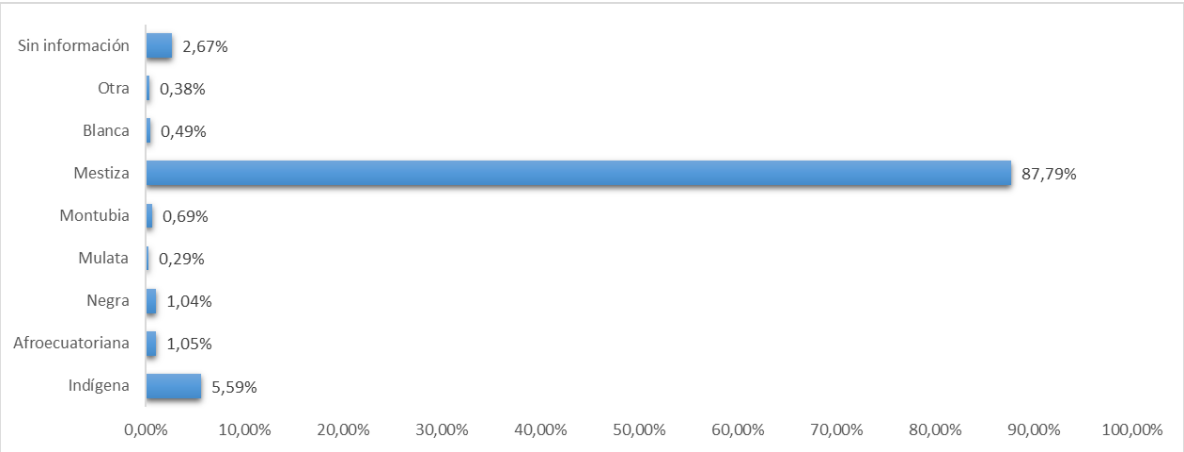
La variación del embarazo adolescente en el mismo periodo. A diferencia de la prevalencia absoluta, este tipo de representación suele mostrar incrementos o disminuciones porcentuales de un año a otro, permitiendo observar la magnitud de los cambios interanuales.

Un análisis de variación es fundamental porque permite detectar puntos críticos, como años en los que ocurrió un aumento inusual o un descenso pronunciado. Estos cambios suelen relacionarse con factores externos o coyunturales, por ejemplo:

- Transformaciones económicas que afectan el acceso a educación o servicios,
- Cambios legislativos o programas estatales de salud reproductiva,
- Impactos de crisis sanitarias (como la pandemia por COVID-19),
- Modificaciones en patrones sociales y demográficos.

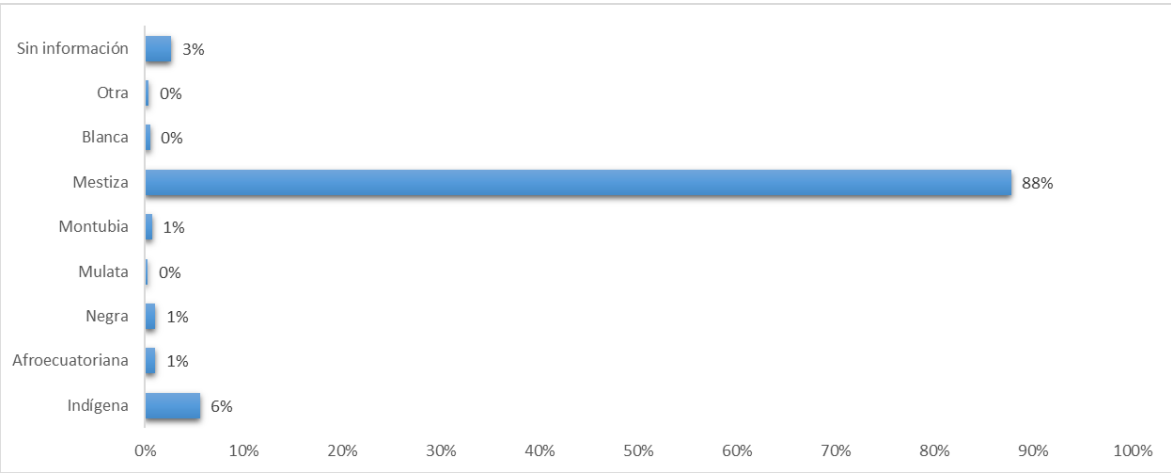
La variación no solo representa cifras: refleja cambios en las condiciones de vida de miles de adolescentes, cuyas decisiones reproductivas están influenciadas por su entorno. Por ello, este tipo de análisis permite comprender si las estrategias de prevención han sido sostenidas y eficaces, o si existen retrocesos que requieren respuestas más integrales y sensibles a las realidades de la juventud.

Figura 5. Etnia de la madre en Ecuador grupo etario de 10 a 59 años y más, % período 2018-2024



Fuente: INEC, Registro Estadístico de Nacidos Vivos, años 2018- 2024.

Figura 6. Etnia de la madre adolescente de 10 a 14 años % en el período 2018 - 2024



Fuente: INEC, Registro Estadístico de Nacidos Vivos, años 2018- 2024.

En primera instancia, se define a la autoidentificación étnica como una manifestación personal, reflejo de la relación de un individuo con su comunidad,

territorio y raíces ancestrales ⁽⁶⁶⁾. En Ecuador, la autoidentificación en Ecuador está influenciada por factores interrelacionados, tales como: cambios demográficos, migración, reducción en las tasas de fecundidad y metodología censal ⁽⁶⁶⁾.

Las **Figuras 5 y 6** ilustran cómo se distribuye la autoidentificación en la maternidad según la edad. La Figura 5 muestra que, entre las madres del grupo etario de 10 a 59 años y más, el 87,79 % se considera mestiza. Así mismo, la Figura 6 indica que el 88 % de las madres adolescentes de 10 a 14 años se identifica como mestiza. Esto refleja, en gran parte, la composición demográfica general del país, donde el 77.4% de la población se identifica como mestiza según el Censo de Población y Vivienda realizado por el INEC en el año 2023 ⁽⁶⁷⁾.

Esto podría estar asociado a diversos factores como mayores niveles de pobreza en zonas de prevalencia mestiza tanto en áreas rurales como en zonas urbanas. No obstante, los Censos de Población y Vivienda de Ecuador 2010-2022 muestran que la incidencia de la pobreza según identidad étnica fue del 33% en mestizos, 68.5% en indígenas, 48.5% en afroamericanos, 70.0% en montubios y del 25.5% en blancos y otros ⁽⁶⁸⁾.

De particular preocupación es la representación de la población indígena: el 5,59 % de las madres de 10 a 59 años se autoidentifica como indígena (Figura 5) y el 6 % de las madres adolescentes de 10 a 14 años (Figura 6). Esto es relevante, dado que esta etnia representa el 7,7 % de la población total ecuatoriana ⁽⁶⁹⁾. Esta disparidad refleja desigualdades estructurales y culturales, incluyendo limitaciones en el acceso a servicios de salud integral, roles de género tradicionales y uniones tempranas. Además, es probable que exista un subregistro de esta etnia debido a barreras lingüísticas, aunque el 83 % de la población indígena habla dos idiomas, kichwa y español ⁽⁷⁰⁾.

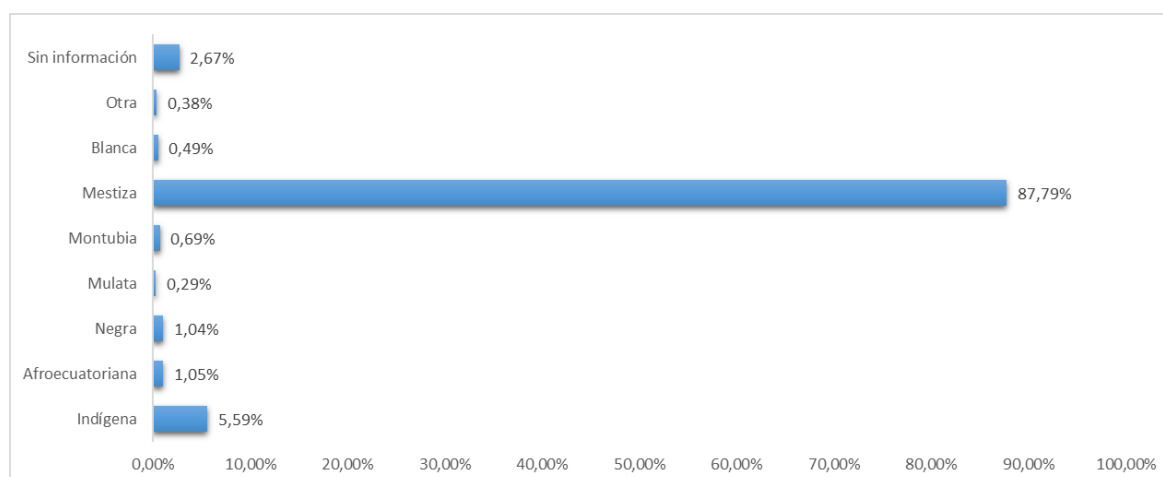
De acuerdo con el documento *Caracterización sobre Pueblos y Nacionalidades*, los censos en el Ecuador exponen un **subregistro** de información de autoidentificación étnicas ⁽⁷¹⁾. Esto significa que el número de personas dentro de ciertas etnias es menor en los registros oficiales que en la realidad. Entre las razones que se exponen en el documento, se subraya la fuerte discriminación étnica en Ecuador, que genera resistencia, temor o recelo de identificarse como miembro de una etnia determinada. Esto genera preocupación sobre todo en el grupo etario de 10 a 14 años, dado que

siguen existiendo estos casos en este grupo con varios factores que contribuyen a su vulnerabilidad, ya que en este grupo todos los embarazos deben ser considerados productos de violencia sexual.

La reducción en la autoidentificación indígena registrada en el censo de 2022 parece estar relacionada con los procesos de movilidad poblacional, los cuales debilitan los vínculos con los territorios de origen. Estos lazos territoriales son esenciales para mantener viva la identidad y la transmisión cultural de las comunidades indígenas ⁽⁷²⁾.

En cuanto a otros grupos étnicos, como afroecuatorianos, montubios y negros, sus proporciones son bajas, alrededor del 1 % cada uno. Sin embargo, estas cifras pueden enmascarar altas tasas relativas dentro de sus poblaciones, dado que son grupos pequeños en tamaño absoluto. Por ejemplo, en la población total del Ecuador, el 7,7 % se identifica como montubio y el 4,9 % como afroecuatoriano ⁽⁷³⁾. Esto demuestra que una baja proporción porcentual no implica necesariamente menor riesgo o prevalencia de fenómenos asociados, sino que debe interpretarse considerando su peso poblacional.

Figura 7. Etnia de la madre adolescente de 15 a 19 años % en el período 2018 - 2024

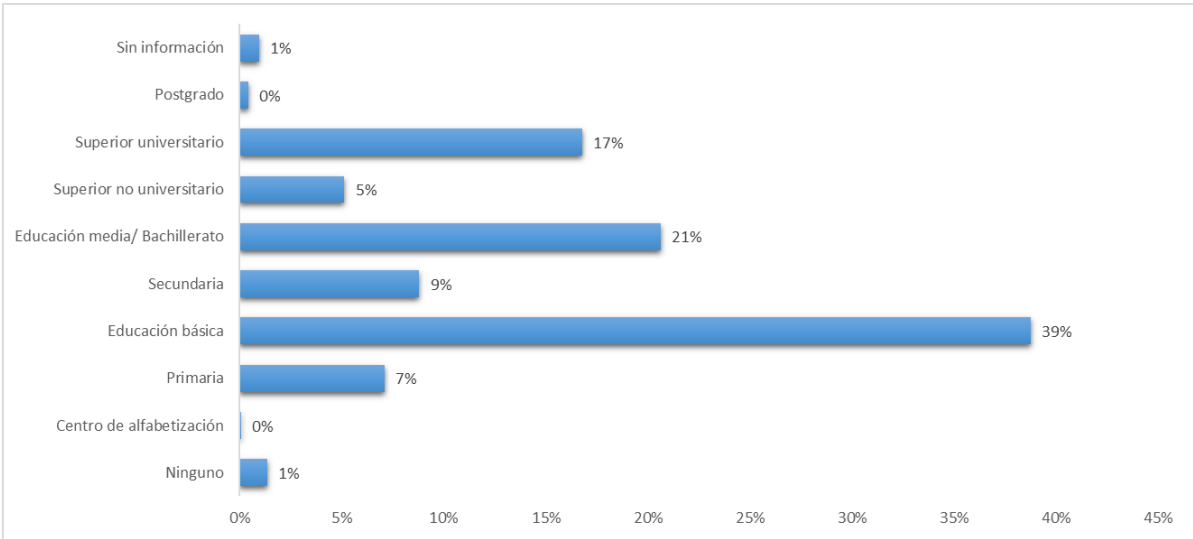


Fuente: INEC, Registro Estadístico de Nacidos Vivos, años 2018- 2024.

La maternidad adolescente en Ecuador 2018–2024 se concentra en mujeres mestizas (87,79%), con menor representación en indígenas (5,59%) y afrodescendientes (2%). las minorías (indígenas y afrodescendientes) enfrentan mayor vulnerabilidad relativa y deben considerarse prioritarias en políticas de salud intercultural.

Frente a estos datos de vulnerabilidad étnica, el Ministerio de Salud junto al Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) y Organización Internacional para las Migraciones en Ecuador (OMI) presentaron el Manual de Atención Integral de Adolescentes con enfoque intercultural. Con este manual se busca proveer a los profesionales en salud los medios para reforzar la atención integral en adolescentes con un enfoque comunitario, familiar e intercultural y así garantizar el derecho a la salud sobre todo cuando los datos arrojan resultados de vulnerabilidad étnica.

Figura 8. Nivel de instrucción de las madres en Ecuador % período 2018-2024



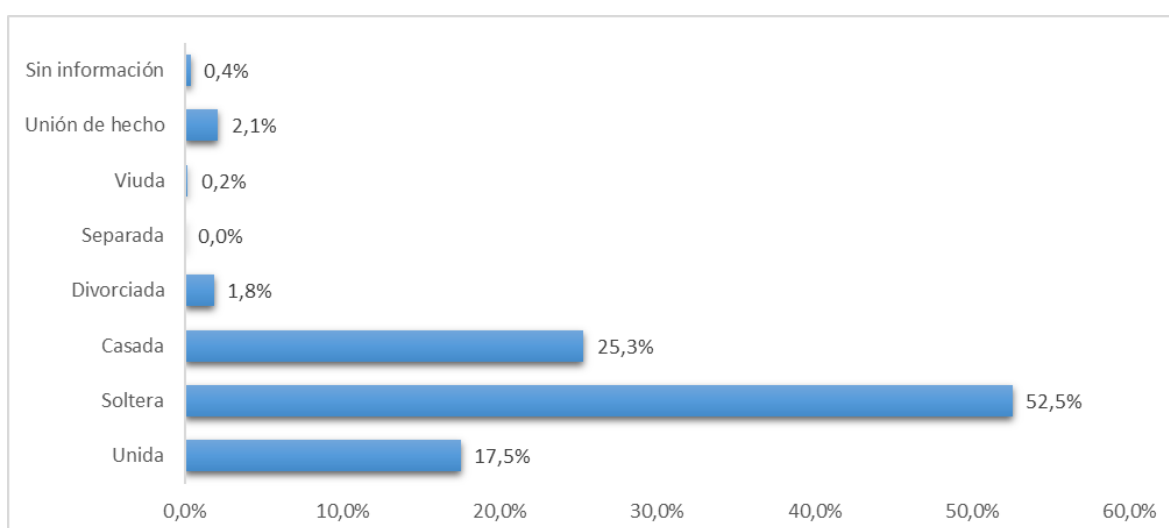
Fuente: INEC, Registro Estadístico de Nacidos Vivos, años 2018- 2024.

El gráfico con la serie del 2018 al 2024 entre 10–14 años documenta una trayectoria descendente hasta el año 2020 y un repunte desde el año 2021 (Pos-COVID), con leve corrección en el año 2023 y nuevo aumento en el año 2024. Esta dinámica sugiere que, tras un periodo inicial de reducción en los casos, persisten determinantes sociales y estructurales que mantienen la vulnerabilidad de este grupo. Teniendo en cuenta que la escolaridad es un factor de protección, una mayor concentración en niveles educativos bajos o incompletos dentro del grupo 10–14 años podría estar alineada con la dinámica de repunte pos-año 2021, en un contexto de interrupciones educativas y barreras de acceso en el sistema educativo.

Analizando el contexto político, el análisis del gráfico madres y nivel de instrucción educativa refuerza de forma categórica la idea de tres líneas de acción: Retención y reinserción escolar temprana: asegurando la continuidad educativa de niñas de 10–14 con programas de becas, apoyos estatales para su permanencia educativa, entornos seguros y sin discriminación y en conjunto con articulación entre sectores salud, educación, protección para casos de violencia sexual.

Ofrecer salud sexual y reproductiva con programas de anticoncepción amigables a la edad y libres de barreras, junto con acompañamiento psicosocial y familiar. Estas acciones deben ser prioridad en territorios con prevalencias más altas y mayor rezago educativo.

Figura 9. Estado civil de las madres en Ecuador % período 2018-2024



Fuente: INEC, Registro Estadístico de Nacidos Vivos, años 2018- 2024.

El gráfico muestra que, entre 2018 y 2024, la mayoría de las madres adolescentes en Ecuador se registran como solteras (52,5 %), además de aquellas que declaran estar unidas (17,5 %). Con el 25,3% se ubican las casadas, mientras que las categorías de unión de hecho, divorciada, viuda, separada o sin información representan proporciones muy bajas (<5 %). En conjunto, estos datos indican que la mayor parte de los embarazos en la adolescencia ocurre fuera del matrimonio civil, ya sea en ausencia de pareja declarada o en uniones consensuales no formalizadas.

Este patrón se corresponde con la evidencia nacional que vincula la maternidad adolescente con contextos de mayor vulnerabilidad social y desigualdades territoriales, educativas y de género, lo que refuerza la necesidad de fortalecer la educación sexual integral, el acceso efectivo a métodos anticonceptivos, las rutas de protección y estrategias diferenciadas de prevención del embarazo adolescente según las características de cada territorio.

CAPÍTULO V

5. PROPUESTA DEL PROYECTO

5.1 Objetivo de la propuesta

Diseñar estrategias integrales construidas a partir de los hallazgos del análisis de la prevalencia y tendencia del embarazo adolescente en Ecuador (2018–2024), orientadas a fortalecer las capacidades personales y sociales de las y los adolescentes. Mismas que buscan ampliar su acceso a una educación integral en sexualidad, a información confiable y a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, así como potenciar los mecanismos de protección y apoyo psicosocial.

Las acciones se plantean de manera diferenciada para los grupos etarios de 10–14 años y 15–19 años, con el fin de contribuir a su bienestar, garantizar el ejercicio de sus derechos y generar insumos que orienten intervenciones y políticas públicas sostenibles encaminadas a reducir de forma sostenida el embarazo adolescente en el país.

5.2 Elementos de la propuesta

Las estrategias propuestas se componen de intervenciones multicomponente, orientadas tanto a la prevención primaria como a la disminución de riesgos reproductivos y sociales asociados al embarazo adolescente. (Ver Tabla 3)

5.2.1 Estrategia: Educación Sexual Integral para acompañar la vida y decisiones de adolescentes

Busca fortalecer el conocimiento sobre el propio cuerpo, el consentimiento, la toma de decisiones y el proyecto de vida, contribuyendo al desarrollo de habilidades para la prevención de violencia sexual y el acceso a métodos anticonceptivos. Esta estrategia promueve la permanencia en el sistema educativo y una transición más segura hacia la vida adulta.

5.2.2 Estrategia: Servicios de salud amigables, seguros y sin prejuicios

Pretende eliminar barreras de acceso, garantizar la confidencialidad y promover atención continua con disponibilidad efectiva de métodos anticonceptivos modernos, especialmente para adolescentes que ya han iniciado vida sexual.

5.2.3 Estrategia: Protección real frente a la violencia sexual

Implica actuar de manera inmediata ante señales de abuso sexual, particularmente en niñas de 10–14 años, quienes presentan un riesgo elevado de embarazo por agresión.

5.2.4 Estrategia: Prevención basada en la cultura y las realidades de cada territorio

Busca asegurar intervenciones pertinentes a los contextos culturales, lingüísticos y socio comunitarios, priorizando zonas con mayor vulnerabilidad social.

5.2.5 Estrategia: Transformación de las masculinidades y corresponsabilidad masculina

Cuestiona las normas sociales que naturalizan la violencia y la sexualización temprana de niñas, incorporando a los varones como actores fundamentales de prevención.

5.2.6 Estrategia: Oportunidades educativas y laborales para romper ciclos de pobreza

Orienta esfuerzos para romper ciclos intergeneracionales de pobreza que se profundizan cuando el embarazo interrumpe la trayectoria educativa de adolescentes, afectando su integración laboral.

5.2.7 Estrategia: Fortalecer políticas existentes y mejorar las leyes

Refuerza la institucionalidad pública para garantizar continuidad y expansión de la respuesta frente al embarazo adolescente.

5.2.8 Estrategia: Coordinación entre instituciones

Promueve la cooperación técnica y operativa entre salud, educación, protección social y justicia para asegurar la continuidad del cuidado y seguimiento de casos.

Tabla 3. Propuesta de Estrategias para la prevención del Embarazo Adolescente

Estrategia	Objetivo específico	Acciones propuestas	Adaptación etaria (10–14 / 15–19)	Problema identificado	Indicadores	Responsables
1. Fortalecimiento de la Educación Sexual Integral (ESI)	Garantizar acceso universal, continuo y contextualizado a la ESI	Inclusión curricular transversal Tutorías y proyecto de vida Participación familiar y comunitaria	10–14: formación temprana en autocuidado, consentimiento, reconocimiento del abuso 15–19: planificación reproductiva, prevención de ITS, habilidades socioemocionales	Baja escolaridad en madres adolescentes y vacíos en educación sexual	% instituciones con ESI implementada Permanencia escolar de estudiantes embarazadas	MINEDUC MSP MIES
2. Servicios de SSR amigables para adolescentes	Reducir barreras de acceso a métodos anticonceptivos y consejería	Consultorios diferenciados Confidencialidad garantizada Disponibilidad de métodos modernos	10–14: enfoque de protección y acompañamiento psicosocial 15–19: autonomía reproductiva y elección informada	Miedo, prejuicios y desinformación como barreras de acceso	% uso de anticoncepción moderna Tiempo de espera para atención adolescente	MSP GAD
3. Protección integral frente a violencia sexual	Prevenir, detectar y atender situaciones de abuso	Rutas de denuncia en centros educativos y salud Casas de acogida y apoyo legal Capacitación docente obligatoria	10–14: actuación inmediata, judicialización del delito 15–19: prevención de violencia en relaciones de pareja	8 de cada 10 embarazos <14 son producto de violencia sexual	% casos notificados y atendidos en menos de 72 h	Fiscalía MIES MSP MINEDUC
4. Interculturalidad y adecuación territorial	Garantizar atención culturalmente pertinente	Material educativo en lenguas originarias Participación de parteras	En ambos grupos: adaptación cultural y territorial de contenidos y	Mayor prevalencia en zonas rurales e indígenas; barreras	Cobertura SSR rural vs urbana • % material adaptado a lenguas	MSP MINEDUC Autoridades territoriales

		certificadas Brigadas SSR rurales	servicios	sociocultural es	locales	
5. Corresponsabilidad masculina y nuevas masculinidades	Disminuir la reproducción de roles de género desiguales	Talleres para varones Campañas de paternidad responsable Sanciones contra adultos que embarazan niñas	10–14: enfoque preventivo en educación primaria 15–19: promoción de relaciones equitativas	Roles de género y normalización de coerción sexual	% adolescentes varones participantes en actividades SSR	MSP MINEDUC Ministerio de Justicia
6. Oportunidades educativas y laborales	Romper ciclos intergeneracionales de pobreza	Becas permanencia escolar Formación técnica y emprendimiento Alianzas público–privadas	10–14: permanencia escolar obligatoria 15–19: inserción laboral segura	Asociación entre embarazo adolescente y rezago económico	% jóvenes reintegradas al sistema educativo % empleabilidad juvenil formal	MIES MINEDUC Ministerio del Trabajo
7. Gobernanza, financiamiento y cumplimiento normativo	Consolidar sostenibilidad de la prevención	Financiamiento multianual Metas diferenciadas por edades Monitoreo público de indicadores	Igual enfoque diferenciado por edad para seguimiento	Políticas vigentes con brechas de sostenibilidad y cobertura	% ejecución presupuestaria preventiva Informes anuales publicados	MEF MSP Asamblea Nacional
8. Coordinación intersectorial operativa	Evitar fragmentación institucional	Mesas locales intersectoriales Rutas integrales de atención Brigadas móviles en zonas críticas	Ambas edades según territorio prioritario	Falta de articulación entre Educación, Salud y Protección	% GAD con mesa activa SSR % continuidad en seguimiento de casos	MSP Educación MIES Fiscalía GAD

5.3 Resultados esperados

- Disminución sostenida del embarazo en adolescentes de 10 a 15 años y de 15 a 19 años.
- Aumento en el uso de métodos anticonceptivos modernos.
- Incremento de la permanencia y conclusión de estudios secundarios.
- Mayor acceso a servicios de SSR con enfoque intercultural.

6. CONCLUSIONES

En el análisis se evidenció que, a pesar una tendencia decreciente de la prevalencia del embarazo adolescente en Ecuador, aún se mantienen cifras significativas especialmente en zonas rurales y contextos vulnerables. La información por grupos etarios mostró que el grupo de adolescentes de 10 a 14 años tiene mayor incidencia, lo que confirma la necesidad de intervenciones específicas adaptadas a su edad, que incluyan educación sexual temprana, apoyo familiar y prevención de riesgos.

Se identificaron factores determinantes como la escolaridad, la pobreza, la limitada autonomía de las adolescentes, los roles de género restrictivos y el acceso insuficiente a información sobre sexualidad y métodos anticonceptivos. Estos elementos exponen que el embarazo adolescente es un fenómeno multifactorial que requiere un abordaje integral, aspectos socioculturales y educativas de cada región del país.

El análisis demostró que las políticas públicas y programas ejecutados, como la PIPENA y las acciones educativas y comunitarias, han contribuido a la disminución parcial de la incidencia del embarazo en adolescentes. Aun así, persisten limitaciones en cobertura, vigilancia y articulación interinstitucional, lo que indica la necesidad de potenciar la operatividad y análisis de estas políticas con el fin de incrementar su eficacia.

Las estrategias diseñadas integran educación sexual integral, acceso a servicios de salud adecuados, anticoncepción, potenciación de ambientes escolares y locales, involucramiento y desarrollo de liderazgo de las adolescentes. Este enfoque integral permite reducir determinantes de riesgo, promover la toma de decisiones conscientes y contribuir a la formulación de proyectos de vida, proporcionando un esquema efectivo para la prevención del embarazo adolescente en Ecuador.

7. RECOMENDACIONES

Promover el uso de plataformas virtuales accesibles y seguras, que se mantengan siempre actualizadas y brinden a las y los adolescentes información clara, confiable y adaptada a su realidad sobre salud sexual y reproductiva. Además, es fundamental que estén disponibles en idiomas locales para que lleguen también a jóvenes de comunidades rurales e indígenas.

Incentivar investigaciones desagregadas por provincia, que permitan identificar con mayor precisión las particularidades territoriales del embarazo adolescente y sus determinantes. Estos estudios focalizados facilitarán intervenciones más efectivas y servirán como base para futuras investigaciones, complementando el análisis nacional realizado y fortaleciendo la planificación de políticas públicas adaptadas a cada realidad local.

Desarrollar plataformas abiertas y de fácil acceso que reúnan información confiable, actualizada y organizada sobre embarazo adolescente, permitiendo consultar datos por provincia, tendencias y documentos clave. Estas herramientas facilitarían el trabajo de investigadores, estudiantes y profesionales, al brindar un espacio centralizado donde encontrar evidencia para futuros estudios y para la toma de decisiones informadas en salud pública.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Embarazo en la adolescencia [Internet]. OMS; 2023 [citado 2024 ago 9]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
2. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Estado de la Población Mundial 2023. Nueva York: UNFPA; 2023.
3. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Nacidos vivos y defunciones fatales 2022 [Internet]. Quito: INEC; 2023 [citado 2024 ago 9]. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacidos-vivos-y-defunciones-2022/>
4. Organización Panamericana de la Salud. Determinantes sociales de la salud [Internet]. OPS; [citado 2025 ago 9]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
5. Arcgis.com. ArcGIS Dashboards [Internet]. [citado 2025 ago 9]. Disponible en: <https://www.arcgis.com/apps/dashboards/45ff3231dc204c1b93782d4553c16846>
6. UNICEF Ecuador. Embarazo adolescente en Ecuador: análisis y recomendaciones. Quito: UNICEF; 2022.
7. Ministerio de Salud Pública del Ecuador; Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017–2021 [Internet]. Quito: MSP; 2017 [citado 2025 ago 9]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/promocion-de-la-salud-sexual-y-reproductiva/>
8. Secretaría Nacional de Planificación. Evaluación de políticas públicas en salud sexual y reproductiva. Quito: SENPLADES; 2021.
9. Naciones Unidas en Ecuador. Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. [citado 2025 ago 9]. Disponible en: <https://ecuador.un.org/es/sdgs>
10. Organización Panamericana de la Salud. Salud del adolescente [Internet]. OPS; [citado 2025 ago 9]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-adolescente>
11. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Igualdad de género y salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: CEPAL; 2022.
12. República del Ecuador. Código de la Niñez y Adolescencia. Registro Oficial 737. Quito: Congreso Nacional del Ecuador; 2003.
13. Organización Panamericana de la Salud. La salud de los adolescentes y jóvenes en la Región de las Américas: hoja de ruta 2018–2030. Washington, DC: OPS; 2018.
14. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: WHO; 2010.

15. Starrs AM, Ezech AC, Barker G, Basu A, Bertrand JT, Blum R, et al. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *Lancet*. 2018;391(10140):2642-92.
16. Rebelión. El país con la tasa más alta de embarazos de adolescentes podría quedarse sin presupuesto para prevenirlo. *rebelion.org*; 2019.
17. Primicias. Unicef: Embarazo adolescente, alto costo social y financiero para el Estado. *primicias.ec*; 2020 oct 10.
18. El Comercio. Médicos y mujeres rechazan reducción de presupuesto en prevención de embarazo adolescente y violencia de género. *elcomercio.com*; 2019 dic 3.
19. Expreso. El gran costo del embarazo adolescente. *expreso.ec*; 2020 nov 20.
20. UNFPA; Secretaría Nacional de Planificación (SNP); Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC); Universidad San Francisco de Quito (USFQ). Análisis de situación poblacional del Ecuador 2024–2025 [Internet]. Quito: UNFPA Ecuador; 2025 jul 11 [citado 2025 ago 25]. Disponible en: <https://ecuador.unfpa.org/es/publications/an%C3%A1lisis-de-situaci%C3%B3n-poblacional-del-ecuador-2024-2025>
21. Mendoza Tascón LA, Claros Benítez DI, Peñaranda Ospina CB. Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2016 jun [citado 2025 ago 28];81(3):243-53. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000300012&lng=es doi:10.4067/S0717-75262016000300012
22. Embarazo en adolescentes: factores psico-sociales. *Rev Embarazo Adolesc Fact Psico-Soc* [Internet]. 2018 [citado 2025 ago 29]. Disponible en: <https://mail.reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/94/95>
23. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Base de datos – Censo de Población y Vivienda 2010 [Internet]. [citado 2025 ago 29]. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/base-de-datos-censo-de-poblacion-y-vivienda-2010/>
24. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Proyecto de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes [Internet]. [citado 2025 ago 29]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/proyecto-de-prevencion-del-embarazo-en-ninas-y-adolescentes-2/>
25. World Health Organization. Adolescent pregnancy. Geneva: WHO; 2024.
26. Welch C, et al. Adolescent pregnancy is associated with child undernutrition: systematic review and meta-analysis. *Matern Child Nutr*. 2023;19(3):e13490.
27. Lesinskienė S, et al. Adolescent pregnancies and perinatal mental health: a comprehensive review. 2025.

28. Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional. 30 267 adolescentes abandonaron el sistema educativo en 2023 por embarazo o cuidado de los hijos; 2024.
29. Sanhueza A, Costa JC, Mujica OJ, et al. Trends and inequities in adolescent childbearing in Latin America and the Caribbean. *Lancet Reg Health Am*. 2023;18:100427.
30. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA); Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en Ecuador. Quito: UNFPA/UNICEF; 2020.
31. Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional. Nacidos vivos en madres niñas y adolescentes 10–19 años en Ecuador. Boletín estadístico; 2024.
32. World Health Organization. Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation. 2nd ed. Geneva: WHO; 2025.
33. UNESCO; UNFPA; World Health Organization. International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach. Paris: UNESCO; 2018.
34. Mason-Jones AJ, Sinclair D, Mathews C, Kagee A, Hillman A, Lombard C. School-based interventions for preventing HIV, sexually transmitted infections, and pregnancy in adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;(11):CD006417.
35. Ministerio de Salud Pública del Ecuador; Ministerio de Educación; Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos; Ministerio de Inclusión Económica y Social. Política Intersectorial de prevención del embarazo en niñas y adolescentes 2018–2025. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador; 2018.
36. World Health Organization. INSPIRE: seven strategies for ending violence against children. Geneva: WHO; 2016.
37. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Instructivo de implementación del Acuerdo Ministerial 2490: acceso a métodos anticonceptivos. Quito: MSP; 2014.
38. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. ¿Qué es un servicio amigable para adolescentes? Quito: MSP; s. f.
39. Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional. Boletín estadístico temático: Nacidos vivos en madres niñas y adolescentes (10–19), Ecuador 2017–2023. Quito; 2024.
40. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Nacidos vivos y defunciones fetales 2023. Quito; 2024.
41. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC); Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT). Estudio sobre fecundidad – ENSANUT. Quito; 2023.

42. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Nacidos vivos y defunciones fatales – resumen 2024. Quito; 2025.
43. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución de la República del Ecuador [Internet]. Montecristi: Registro Oficial; 2008 [última modif. 2021 ene 25; citado 2025 ago 25]. Disponible en: https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/02/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador_act_ene-2021.pdf
44. Asamblea Nacional del Ecuador. Ley Orgánica de Salud [Internet]. Suplemento del Registro Oficial N° 423, 22 de diciembre de 2006. Quito: Asamblea Nacional del Ecuador; 2006 [citado 2025 ago 25]. Disponible en: <https://www.igualdadgenero.gob.ec/wp-content/uploads/2022/10/LEY-ORGANICA-DE-SALUD-LOS.pdf>
45. Almeida E, Cajas D, Amaru Chimba J. Aspectos relevantes de la cosmovisión andina mediante narrativas para el fortalecimiento de la identidad y el orgullo cultural de las comunidades kichwa del norte del Ecuador. *Estud Desarro Soc* [Internet]. 2021 [citado 2025 ago 25];9(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-01322021000200012
46. Sarmiento MPS, Castro CLA. Fundamentos éticos de la cosmovisión de los pueblos indígenas ecuatorianos sobre su territorio ancestral. *Killkana Social* [Internet]. 2023 [citado 2025 ago 25];7(0):31-40. Disponible en: <https://doi.org/10.26871/killkanasocial.v7iespecial.1221>
47. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Informe resumen de la participación de los pueblos y nacionalidades en el VIII Censo de Población y VII de Vivienda [Internet]. Quito: INEC; 2024 [citado 2025 ago 25]. Disponible en: <https://www.censoecuador.gob.ec/wp-content/uploads/2024/10/Informe-Resumen-de-la-participacion-de-los-pueblos-y-nacionalidades-en-el-VIII-Censo-de-Poblacion-y-VII-de-Vivienda.pdf>
48. Betancourt-Constante MV, Moya-Vásquez DR, Zavala-Calahorrano A. Prácticas ancestrales de planificación familiar en el Ecuador: mitos y realidades. *Dom Cien* [Internet]. 2020 nov [citado 2025 ago 26];6(4):3-20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v6i4.1542>
49. López-Villacís NK, Aveiga-Flores ME, Castro-Acosta NC. Conocimiento sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes. *Dom Cien* [Internet]. 2020 nov [citado 2025 ago 26];6(4):35-49. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v6i4.1544>
50. Organización Panamericana de la Salud; Fondo de Población de las Naciones Unidas; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2018 [citado 2025 sep 1]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34853>

51. Secretaría de Derechos Humanos del Ecuador. Informe de seguimiento y monitoreo de la Política de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes [Internet]. Quito: Secretaría de Derechos Humanos; 2024 [citado 2025 sep 1]. Disponible en: <https://www.derechoshumanos.gob.ec/wp-content/uploads/2024/02/Informe-PIPENA-2023.pdf>
52. Aguirre Bastidas FD. El parto domiciliario relacionado con factores socioculturales, Lita 2021 [tesis de maestría en Internet]. Ibarra: Universidad Técnica del Norte; 2022 [citado 2025 sep 1]. Disponible en: <https://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/12212>
53. Organización Panamericana de la Salud. La salud de los pueblos indígenas en el Ecuador: análisis de la situación de salud [Internet]. Quito: OPS/OMS Ecuador; 2021 [citado 2025 sep 1]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54955>
54. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres (ENVIGMU) – Boletín Técnico N.º 03-2019 [Internet]. Quito: INEC; 2019 [citado 2025 sep 1]. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Violencia_de_genero_2019/Boletin_Tecnico_ENVIGMU.pdf
55. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. MSP combina la medicina y conocimientos ancestrales para certificar a 1351 parteras [Internet]. Quito: MSP; 2020 [citado 2025 sep 1]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/msp-combina-la-medicina-y-conocimientos-ancestrales-para-certificar-a-1351-parteras/>
56. Bernis C, Schwarz A, Varea C, Terán JM. Parteras kichwa del Alto Napo (Ecuador): salud intercultural, partería tradicional y ODS. Rev Esp Desarro Coop [Internet]. 2017 [citado 2025 sep 1];(41):189-199. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/REDC/article/view/85968>
57. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) Ecuador; Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual de buenas prácticas para la prevención de la violencia gineco-obstétrica en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Quito: UNFPA; 2024 [citado 2025 sep 1]. Disponible en: <https://ecuador.unfpa.org/es/publications/manual-de-buenas-pr%C3%A1cticas-para-la-prevenci%C3%B3n-de-la-violencia-gineco-obst%C3%A9trica-en-los>
58. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Documento del programa de país de UNFPA para el Ecuador (2023–2026). DP/FPA/CPD/ECU/8 [Internet]. Nueva York: UNFPA; 2023 [citado 2025 sep 1]. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/portal-document/DP.FPA_.CPD_.ECU_.8%20-%20Ecuador%20CPD%20-%20ES.pdf
59. Organización Panamericana de la Salud. Ecuador fortalece integración de saberes ancestrales y medicina tradicional al presentar el manual de articulación [Internet]. Quito: OPS/OMS Ecuador; 2023 [citado 2025 sep 1]. Disponible en:

<https://www.paho.org/es/noticias/11-10-2023-ecuador-fortalece-integracion-saberes-ancestrales-medicina-tradicional-al>

60. UNFPA Ecuador [Internet]. Quito: UNFPA Ecuador; 2025 [citado 2025 sep 6]. Disponible en: <https://ecuador.unfpa.org/es>
61. Secretaría Nacional de Planificación. ODS 3 – Salud y bienestar. ODS Ecuador [Internet]. 2025 [citado 2025 sep 6]. Disponible en: <https://www.odsecuador.ec/?p=500>
62. UNESCO. Educación integral en sexualidad: para educandos sanos, informados y empoderados [Internet]. París: UNESCO; [última actualización 2023 sep 27; citado 2025 sep 7]. Disponible en: <https://www.unesco.org/es/health-education/cse>
63. Calderón León RA, Sánchez Mata ME. Repercusión de factores socioculturales en la salud reproductiva de las mujeres de la Universidad de Guayaquil. MEDISAN. 2020;24(1):101-16 [citado 2025 sep 6]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3684/368462717010/html>
64. Organización Panamericana de la Salud. En Ecuador, proyecto regional mejora la salud de mujeres y adolescentes [Internet]. 2024 dic 13 [citado 2025 sep 7]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/13-12-2024-ecuador-proyecto-regional-mejora-salud-mujeres-adolescente>
65. Teleamazonas. Embarazo adolescente se redujo en Ecuador, según cifras del Ministerio de Salud Pública [Internet]. Teleamazonas.com; 2025 oct 17 [citado 2025 oct 21]. Disponible en: <https://www.teleamazonas.com/actualidad/noticias/ecuador/embarazo-adolescente-redujo-ecuador-cifras-ministerio-salud-publica-104637>
66. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Panorama social de América Latina 2006 [Internet]. Santiago de Chile: CEPAL; 2007 [citado 2025 nov 7]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/1225-panorama-social-america-latina-2006>
67. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). ECUADOR CRECIÓ EN 2.5 MILLONES DE PERSONAS ENTRE 2010 Y 2022 [Internet]. Quito: INEC; 2023 sep 13 [citado 2025 nov 7]. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/ecuador-crecio-en-2-5-millones-de-personas-entre-2010-y-2022/>
68. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Una mirada desde el Censo 2022 [Internet]. Quito: INEC; 2025 sep [citado 2025 nov 7]. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Censo2022/Documento_NBI_24.09.25.pdf
69. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). ECUADOR CRECIÓ EN 2.5 MILLONES DE PERSONAS ENTRE 2010 Y 2022 [Internet]. Quito: INEC;

- 2023 sep 13 [citado 2025 nov 7]. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/ecuador-crecio-en-2-5-millones-de-personas-entre-2010-y-2022/>
70. Salinas-Castro RV, Garcia-Guerrero JE. Autoidentificação no censo equatoriano de 2022: dinâmica demográfica e barreiras estruturais. *Rev Bras Estud Popul.* 2024;41. doi:10.20947/S0102-3098a0282
71. Protección de Derechos – Quito. Caracterización sobre Pueblos y Nacionalidades [Internet]. Quito: Secretaría de Protección de Derechos del Distrito Metropolitano de Quito; 2024 ago [citado 2025 nov 7]. Disponible en: <https://proteccionderechosquito.gob.ec/wp-content/uploads/2024/08/Caracterizacion-Pueblos-y-Nacionalidades.pdf>
72. Hernández M. La etnicidad cuestionada: ancestralidad en las hijas e hijos de inmigrantes indígenas oaxaqueños en Estados Unidos. *Migraciones Internacionales.* 2015;8(2):133-63.
73. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). ECUADOR CRECIÓ EN 2.5 MILLONES DE PERSONAS ENTRE 2010 Y 2022 [Internet]. Quito: INEC; 2023 sep 13 [citado 2025 nov 7]. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/ecuador-crecio-en-2-5-millones-de-personas-entre-2010-y-2022/>