



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

**TENDENCIAS DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE
CONSULTA DE PREVENCIÓN EN ADOLESCENTES DE LA
ZONA 6 DEL ECUADOR 2020-2024.**

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL

TÍTULO DE MAGISTER EN SALUD PÚBLICA

AUTORA: LCDA. SANDRA MARGARITA CAJAMARCA TIGRE

DIRECTORA: DRA. MARIA GABRIELA AGUINAGA ROMERO

CUENCA - ECUADOR

2025

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

**TENDENCIAS DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE
CONSULTA DE PREVENCIÓN EN ADOLESCENTES DE LA
ZONA 6 DEL ECUADOR 2020-2024.**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MAGISTER EN SALUD PÚBLICA**

AUTOR: LCDA. SANDRA MARGARITA CAJAMARCA TIGRE

DIRECTOR: DRA. MARIA GABRIELA AGUINAGA ROMERO

CUENCA- ECUADOR

2025

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

Sandra Margarita Cajamarca Tigre, portador(a) de la cédula de ciudadanía N.º 0105139810. Declaro ser el autor de la obra: Tendencias de las principales causas de consulta de prevención en adolescentes de la zona 6 del Ecuador 2020-2024, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 26 de noviembre de 2025

F:
Sandra Margarita Cajamarca Tigre

C.I. 0105139810

DEDICATORIA

A mi amado Dios, fuente infinita de sabiduría, fortaleza y amor. Gracias por ser mi guía constante en cada paso de este camino, por darme la claridad en los momentos de incertidumbre, la fuerza en los momentos de debilidad y la esperanza cuando todo parecía incierto. Este logro no habría sido posible sin su presencia en mi vida. A ti, que todo lo haces posible, mi gratitud eterna y mi corazón rendido.

A mis padres, que han sido el pilar fundamental en mi vida. Su amor incondicional, su ejemplo de fortaleza y sus oraciones constantes han sido la luz que me ha guiado en los momentos más difíciles. Sé que las respuestas que encontré en este camino son fruto de tus plegarias silenciosas.

A mi hermana y hermanos por el apoyo incondicional que siempre me han brindado, en especial a Freddy por su fuerza, su cariño y por convertirse en un pilar fundamental en los momentos más desafiantes en cada etapa de este camino. Su apoyo ha sido invaluable y siempre lo llevaré conmigo con profunda gratitud.

A mis sobrinas, por el cariño puro y su ternura infinita, que han llenado mis días de alegría y motivación. Ustedes, con sus sonrisas, me recordaron siempre lo valioso que es luchar por los sueños.

-Sandra Cajamarca

AGRADECIMIENTOS

Un enorme agradecimiento a Dios, mis padres, hermana y hermanos que estuvieron junto a mí en cada momento y por ser mi refugio, mi impulso y mi familia inquebrantable, a la Universidad Católica de Cuenca – Unidad académica de Posgrados por abrirme sus puertas, brindarme la oportunidad de adquirir conocimientos y haber conocido a diferentes personas a lo largo del trayecto con quienes he podido forjar lazos de amistad y apoyo, al igual a todos los docentes que me brindaron sus enseñanzas que atesoraré de aquí en adelante.

Un agradecimiento encarecido al Coordinador de la maestría Dr. Ebingen Villavicencio Caparó por brindarme su apoyo y conocimientos para culminar este trabajo de titulación.

-Sandra Cajamarca

Resumen:

Introducción: La adolescencia constituye una etapa crucial del desarrollo humano, caracterizada por cambios físicos, psicológicos y sociales que determinan el bienestar presente y futuro. En este contexto, los servicios de salud preventiva desempeñan un papel esencial para reducir riesgos biopsicosociales y promover estilos de vida saludables. En la Zona 6 del Ecuador conformada por las provincias de Azuay, Cañar y Morona Santiago persisten desigualdades territoriales, culturales y socioeconómicas que limitan el acceso equitativo a dichos servicios, situación agravada por la pandemia de COVID-19. **Objetivo:** Analizar las tendencias y principales causas de consulta preventiva en adolescentes de la Zona 6 del Ecuador entre 2020 y 2024, identificando variaciones temporales y territoriales que orienten la formulación de políticas públicas de salud. **Metodología:** Se aplicó un enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal, basado en datos secundarios obtenidos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. La población correspondió a adolescentes de 10 a 19 años, con un total de 632 796 registros de consultas preventivas durante el periodo 2020–2024. Se analizaron variables como sexo, tipo de consulta, año y provincia. **Resultados:** Las consultas más frecuentes correspondieron a exámenes médicos generales, control del crecimiento y desarrollo, y atención odontológica. Se observaron desigualdades significativas según sexo y territorio: las mujeres y la provincia de Azuay registraron mayores índices de atención, mientras Morona Santiago presentó la cobertura más baja. La pandemia ocasionó una reducción sustancial de consultas en 2020 y 2021, seguida de una recuperación parcial desde 2022. Destacaron incrementos en consultas por salud mental y una persistente baja cobertura en salud sexual y reproductiva. **Conclusión:** Pese a los avances normativos, persisten brechas estructurales que limitan el acceso equitativo a la atención preventiva adolescente. Se recomienda fortalecer la atención primaria, ampliar los servicios diferenciados, incorporar un enfoque territorial y garantizar estrategias sostenibles e inclusivas basadas en derechos

Palabras clave: Adolescentes, salud preventiva, tendencias.

ABSTRACT

Introduction: Adolescence constitutes a crucial stage of human development, characterized by physical, psychological, and social changes that determine present and future well-being. In this context, preventive health services play an essential role in reducing biopsychosocial risks and promoting healthy lifestyles. In Zone 6 of Ecuador, made up of the provinces of Azuay, Cañar, and Morona Santiago, territorial, cultural, and socioeconomic inequalities persist that limit equitable access to these services, a situation aggravated by the COVID-19 pandemic.

Objective: To analyze the trends and main causes of preventive consultation among adolescents in Zone 6 of Ecuador between 2020 and 2024, identifying temporal and territorial variations that guide the formulation of public health policies. **Methodology:** A quantitative, descriptive, and cross-sectional approach was applied, based on secondary data obtained from the Ministry of Public Health of Ecuador. The population consisted of adolescents aged 10 to 19 years, with a total of 632,796 preventive consultation records during the 2020–2024 period. Variables such as sex, type of consultation, year, and province were analyzed. **Results:** The most frequent consultations were for general medical exams, growth and development monitoring, and dental care. Significant inequalities were observed by sex and territory: women and the province of Azuay reported higher rates of care, while Morona Santiago had the lowest coverage. The pandemic caused a substantial reduction in consultations in 2020 and 2021, followed by a partial recovery since 2022. There were notable increases in mental health consultations and persistently low coverage in sexual and reproductive health. **Conclusion:** Despite regulatory advances, structural gaps persist that limit equitable access to preventive care for adolescents. It is recommended to strengthen primary care, expand differentiated services, incorporate a territorial approach, and guarantee sustainable and inclusive rights-based strategies.

Keywords: Adolescents, preventive health, trends

ÍNDICE DE CONTENIDO

ÍNDICE

Declaratoria de Autoría y Responsabilidad.....	I
DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTOS	III
Resumen:.....	IV
ABSTRACT.....	V
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Situación Problemática	4
1.2 Formulación del problema	5
Pregunta de investigación:	6
1.3 Justificación de la Investigación	7
1.4 Objetivos de la Investigación.....	10
1.4.1 Objetivo General.....	10
1.4.2 Objetivos Específicos.....	10
CAPÍTULO II.....	11
MARCO TEÓRICO.....	11
2.1 Antecedentes de la Investigación	12
2.2 Bases teóricas filosóficas:	14
2.3 Marco Conceptual.....	15
2.3.1. Adolescencia y salud integral:	15
2.3.2. Salud preventiva y promoción de la salud:	16
2.3.3. Atención primaria en salud y consulta preventiva:	16
2.3.4. Determinantes sociales de la salud en adolescentes:	17
2.3.5. Derecho a la salud y enfoque de equidad:	18
2.3.6. Servicios amigables para adolescentes:	18
2.3.7. Salud mental en la adolescencia:	19
2.3.8. Salud sexual y reproductiva en adolescentes:	20
2.3.9. Políticas públicas y modelo de atención ecuatoriano:	21
2.3.10. Brechas territoriales y desafíos pospandemia:	21

CAPÍTULO III.....	23
HIPÓTESIS Y VARIABLES	23
3.1. Hipótesis General.....	24
3.2. Hipótesis Específicas	24
3.3. Identificación de Variables	24
3.4. Operacionalización de Variables	24
3.5 Indicadores.....	25
3.6. Matriz de Consistencia.....	26
CAPÍTULO IV.....	27
METODOLOGÍA	27
4.1. Tipo y Diseño de Investigación.....	28
4.2. Unidad de análisis	28
4.3. Población de estudio	28
4.4. Selección de Muestra	28
4.4.1. Criterios de inclusión:	28
4.4.2. Criterios de exclusión:	28
4.5. Tamaño de la muestra:	28
4.6. Técnica de recolección de datos e información	29
4.6.1. Instrumentos documentales:.....	29
4.6.2. Instrumentos mecánicos:.....	29
4.6.3. Materiales:.....	29
4.6.4. Recursos:.....	29
4.7. Análisis e interpretación de la información	29
4.7.1. Ubicación espacial:	29
4.7.2. Ubicación temporal:.....	29
4.7.3. Procedimientos de la toma de datos:.....	29
4.7.4 Procedimientos para el análisis de datos:.....	30
CAPÍTULO V.....	31
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	31
5.1. RESULTADOS	32
5.2. DISCUSIÓN	43
PRESUPUESTO	48
CRONOGRAMA.....	49

BIBLIOGRAFÍA 50

INTRODUCCIÓN

La adolescencia constituye una etapa trascendental del desarrollo humano, caracterizada por profundos cambios biológicos, psicológicos y sociales. Durante este periodo, las y los adolescentes enfrentan una alta vulnerabilidad frente a riesgos asociados a la salud física y mental, lo que demanda una atención preventiva integral y oportuna (1). En el contexto ecuatoriano, y particularmente en la Zona 6, que comprende las provincias de Azuay, Cañar y Morona Santiago, esta población se enfrenta a múltiples limitaciones para acceder a los servicios de salud, entre ellas factores geográficos, culturales y estructurales que restringen su participación activa en el cuidado personal y comunitario de la salud.

La atención preventiva representa una de las estrategias más costo efectivas en salud pública, al permitir la detección temprana de riesgos, la disminución de la morbilidad y la promoción de estilos de vida saludables. Su correcta aplicación contribuye a prevenir enfermedades transmisibles y no transmisibles, reducir la incidencia de embarazos no planificados, fortalecer la salud mental y mejorar la nutrición, todos ellos aspectos esenciales para el desarrollo pleno de los adolescentes (2).

No obstante, diversos análisis evidencian que la población adolescente ecuatoriana acude con menor frecuencia a los servicios de prevención, debido a la falta de información, la persistencia de estigmas sociales y la escasez de espacios diferenciados y amigables. Problemáticas como el embarazo adolescente, la violencia intrafamiliar, las infecciones respiratorias y el consumo de sustancias psicoactivas continúan siendo motivos recurrentes de atención médica y preocupación social, reflejando brechas en la cobertura y eficacia de las acciones preventivas.

En el ámbito local, las infecciones respiratorias agudas siguen constituyendo una proporción significativa de las consultas pediátricas, especialmente en las zonas rurales, donde persisten bajas tasas de vacunación y limitaciones en el acceso a servicios básicos. Paralelamente, los casos de violencia física y psicológica hacia adolescentes, en gran parte ocurridos dentro del entorno familiar, han mostrado un incremento sostenido, generando secuelas emocionales y sociales de largo plazo.

Tras la pandemia de COVID-19, surgieron nuevas problemáticas asociadas a la salud mental como ansiedad, depresión y deserción escolar, así como un retroceso en los programas de educación sexual, nutrición y autocuidado implementados en instituciones educativas. Estos desafíos se ven agravados por factores estructurales como la pobreza, la desnutrición, la migración y la limitada disponibilidad de servicios integrales en salud, que impactan directamente en el bienestar de la población adolescente.

En este contexto, la presente investigación analiza las principales causas de consulta preventiva en adolescentes de la Zona 6 del Ecuador durante el período 2020–2024, a partir de fuentes estadísticas oficiales y literatura científica actual. Su propósito es identificar las tendencias y desigualdades territoriales y demográficas que inciden en el acceso a la atención preventiva, con el fin de generar evidencia que contribuya al diseño de políticas públicas más equitativas, efectivas y sostenibles en beneficio de la salud adolescente.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Situación Problemática

En los últimos años, los sistemas de salud pública de América Latina, entre ellos el ecuatoriano han enfrentado importantes desafíos para brindar atención integral y preventiva a la población adolescente. En la Zona 6, conformada por las provincias de Azuay, Cañar y Morona Santiago, el panorama juvenil se caracteriza por marcadas desigualdades territoriales, transformaciones sociales derivadas del contexto pospandemia y una histórica insuficiencia en la cobertura de los servicios preventivos.

El problema central abordado en esta investigación radica en la falta de estudios que caractericen y analicen de manera específica las causas de consulta preventiva en adolescentes durante el período 2020–2024. Esta ausencia de información limita la capacidad de respuesta de las instituciones sanitarias y obstaculiza la planificación de estrategias efectivas. Cabe destacar que este grupo etario representa alrededor del 18 % de la población ecuatoriana y atraviesa una etapa decisiva en su desarrollo físico, emocional y social.

Durante los años evaluados, la pandemia por COVID-19 afectó de manera notable la disponibilidad y continuidad de los servicios ambulatorios, especialmente aquellos destinados a la promoción y prevención de la salud. Esta situación provocó una reducción en los controles médicos rutinarios, en las actividades de orientación sobre salud sexual y reproductiva, en los programas de vacunación y en el acompañamiento psicosocial, generando consecuencias negativas en el bienestar integral de la población adolescente.

A la par, se observó un incremento notable en los trastornos de salud mental, especialmente entre mujeres jóvenes, con un predominio de cuadros depresivos. Este fenómeno, aunque emergente, aún no ha sido incorporado de manera efectiva en los programas de prevención ni en las políticas públicas de salud.

La salud sexual y reproductiva constituye otro ámbito crítico. Pese a los esfuerzos del Estado por implementar servicios amigables para adolescentes, el acceso a información confiable sobre anticoncepción, planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual continúa siendo limitado. En zonas rurales, el contacto con personal de salud fuera de las consultas programadas

es escaso, y la mayoría de adolescentes manifiesta requerir más información sobre temas sexuales y reproductivos.

Los entornos educativos tampoco están exentos de dificultades. Factores estructurales, violencia sexual y la falta de protocolos efectivos de protección vulneran los derechos de los adolescentes, incidiendo directamente en la persistencia del embarazo temprano y en la deserción escolar. Estas situaciones reflejan un déficit institucional en materia de prevención y acompañamiento.

Otro obstáculo relevante es la debilidad de los sistemas de información sanitaria sobre población adolescente. Los registros nacionales, como los del Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) y del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), presentan vacíos en la desagregación de datos y no permiten realizar análisis temporales exhaustivos. Como resultado, persiste un modelo de atención centrado en la enfermedad y no en la prevención.

El embarazo adolescente, por su parte, se mantiene como un problema estructural de salud pública. Ecuador presenta una de las tasas de fecundidad más altas de la región, especialmente en áreas rurales e indígenas como Morona Santiago, lo cual refleja deficiencias persistentes en educación sexual, acceso a anticonceptivos y atención integral.

En síntesis, la carencia de información sistematizada y de políticas basadas en evidencia científica dificulta la implementación de estrategias efectivas en salud preventiva para adolescentes. Analizar las tendencias en las causas de consulta permitirá dimensionar la magnitud del problema, identificar inequidades y orientar acciones públicas que garanticen el ejercicio pleno del derecho a la salud y el fortalecimiento de la atención primaria.

1.2 Formulación del problema

La adolescencia constituye una fase decisiva del desarrollo humano, en la que se consolidan hábitos, valores y conductas que determinarán el estado de salud en la adultez. La atención preventiva durante esta etapa resulta esencial, ya que permite fomentar estilos de vida saludables, detectar tempranamente enfermedades y evitar riesgos asociados a embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, consumo de sustancias psicoactivas y trastornos mentales.

En Ecuador, y particularmente en la Zona 6, el acceso a los servicios preventivos se encuentra limitado y distribuido de manera desigual. La pandemia de COVID-19 agravó esta situación, al provocar la suspensión de servicios diferenciados, el cierre temporal de espacios amigables y la

interrupción de programas educativos en salud y promoción del bienestar. Organismos internacionales reportaron una drástica reducción en la atención ambulatoria dirigida a adolescentes, especialmente en planificación familiar, salud mental y vacunación.

Asimismo, estudios recientes evidencian un incremento sostenido de los problemas de salud mental en este grupo etario, con mayor prevalencia en mujeres. Durante el período 2021–2022 se registró un notable aumento de hospitalizaciones por episodios depresivos, fenómeno también presente en las provincias de la Zona 6. A esto se suma la persistencia de elevadas tasas de embarazo adolescente y la limitada cobertura de programas de educación sexual integral, lo que refleja la existencia de brechas estructurales en la atención preventiva.

La falta de información desagregada y de análisis comparativos de tendencias impide comprender adecuadamente la dinámica de las causas de consulta y formular políticas de salud basadas en evidencia. En este contexto, surge la necesidad de realizar un estudio sistemático y contextualizado que permita identificar las principales causas de consulta preventiva en adolescentes de la Zona 6 del Ecuador durante el período 2020–2024, analizando su evolución temporal y territorial.

Pregunta de investigación:

¿Cuáles han sido las principales causas de consulta preventiva en adolescentes de la Zona 6 del Ecuador durante el período 2020–2024 y qué tendencias se observan en dicho lapso?

1.3 Justificación de la Investigación

La adolescencia es un periodo crítico para la consolidación de la salud futura. Garantizar acceso oportuno a servicios preventivos es una obligación de Estado y una condición para el ejercicio efectivo de derechos fundamentales: a la salud, a la información, a la educación y a la integridad. En contextos heterogéneos como la Zona 6, las desigualdades territoriales, culturales y socioeconómicas generan brechas de acceso que perpetúan vulnerabilidades embarazo precoz, violencia de género, deserción escolar, malnutrición y consumo de sustancias con consecuencias intergeneracionales. Documentar y entender las causas de consulta permitirá visibilizar estas desigualdades y fortalecer el enfoque de derechos en las políticas públicas.

Los sistemas sanitarios disponen de recursos limitados; por tanto, la identificación de patrones y tendencias en las consultas preventivas facilita una priorización informada de intervenciones, asignación presupuestaria y despliegue de recursos humanos y logísticos. Conocer qué motivos de consulta son más prevalentes por provincia, por sexo o por estrato socioeconómico posibilita diseñar intervenciones focalizadas, por ejemplo, fortalecimiento de salud mental en zonas afectadas, campañas de vacunación específicas o ampliación de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes rurales, optimizando impacto costo-efectividad.

La investigación se sostiene en el análisis de datos secundarios oficiales (Ministerio de Salud Pública), lo que garantiza la pertinencia, la estandarización y la trazabilidad de la información. Estas bases permiten realizar análisis temporales y comparativos, identificar rupturas de tendencia (por ejemplo, antes, durante y después de la pandemia) y validar hallazgos mediante técnicas estadísticas robustas. El uso de software libre para el procesamiento, añade transparencia metodológica y facilita la replicabilidad por parte de instituciones públicas y académicas.

A nivel nacional existen limitadas investigaciones que integren de manera simultánea la dimensión temporal y territorial de las causas de consulta preventiva en adolescentes. Este trabajo se distingue por su enfoque integrado que combina variables epidemiológicas, socioeconómicas y geográficas y por su periodización que contempla el choque sanitario de la pandemia de COVID-19. Así, aporta evidencia novedosa sobre cambios en patrones de demanda y en la oferta de servicios, enriqueciendo la literatura nacional y regional sobre salud adolescente.

Los resultados permitirán a autoridades locales y nacionales contar con información desagregada para formular, ajustar y monitorear políticas y programas: desde la reorientación de campañas de salud, hasta la implementación de servicios diferenciados y estrategias territoriales. Además, facilitarán la definición de indicadores de desempeño y metas de salud orientadas a reducir inequidades y mejorar la cobertura preventiva. El análisis realizado y las recomendaciones planteadas contribuirán al fortalecimiento de las capacidades del personal involucrado en salud pública dentro de la región. Del mismo modo, este estudio puede impulsar una mejor coordinación entre los servicios de salud, el sistema educativo y las entidades de protección social, promoviendo la elaboración o actualización de protocolos intersectoriales orientados a garantizar una atención integral para los adolescentes.

Al disponer de un diagnóstico claro, las comunidades incluyendo organizaciones juveniles, líderes indígenas, escuelas y municipalidades podrán participar más activamente en el diseño de respuestas contextualizadas. La investigación abre espacios para el diálogo entre actores locales y gestores de salud, y facilita el con diseño de intervenciones culturalmente pertinentes, especialmente en poblaciones indígenas y rurales donde las soluciones estandarizadas han mostrado limitaciones.

Las consultas preventivas constituyen puntos de entrada valiosos para la detección precoz de problemas emergentes, especialmente en salud mental y salud sexual y reproductiva. Al analizar las tendencias de consulta, el estudio identifica brechas en la detección temprana y permite proponer mecanismos de referencia y contrarreferencia eficientes, seguimiento psicosocial y estrategias de apoyo comunitario que reduzcan la progresión a problemas más graves y costosos.

Trabajar con datos secundarios oficiales disminuye riesgos asociados a la recolección primaria y permite enfoques agregados y desagregados sin revelar información personal identificable. Aun así, el proyecto incorpora protocolos éticos para manejo, almacenamiento y reporte de información, asegurando anonimato, respeto por la integridad de las poblaciones estudiadas y sensibilidad cultural en la interpretación de hallazgos.

Se reconoce que las bases de datos oficiales pueden presentar vacíos o diferencias en la calidad y grado de desagregación entre periodos y territorios. Para mitigar esto, la investigación combina fuentes, aplica técnicas de limpieza y verificación de datos, analiza la consistencia temporal y reporta con transparencia las limitaciones metodológicas. Además, se propondrán

recomendaciones para mejorar la sistematización y la captura de datos en futuros registros administrativos. Las metodologías y herramientas empleadas son replicables y escalables a otras zonas del país, lo que facilita la adopción de buenas prácticas y la armonización de indicadores a nivel nacional. La generación de conocimientos y la capacitación propuesta contribuyen a la sostenibilidad del impacto más allá del periodo del estudio, incentivando procesos de mejora continua en los sistemas de información y en la planificación de salud.

1.4 Objetivos de la Investigación

1.4.1 Objetivo General

Analizar las tendencias de las principales causas de consulta de prevención en adolescentes de la Zona 6 del Ecuador, durante el período 2020 a 2024, mediante la revisión de la base de datos del Ministerio de Salud Pública.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Determinar las consultas más frecuentes en adolescentes en la Zona 6 de Ecuador.
- Analizar la distribución estadística de las consultas frecuentes en la adolescencia en la Zona 6 de Ecuador mediante la mediana y los percentiles.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la crisis provocada por la COVID-19 generó una interrupción considerable en los servicios esenciales dirigidos a la población adolescente en América Latina, lo que derivó en una disminución marcada de los controles de salud, la atención en salud sexual y reproductiva, los programas de vacunación y los servicios vinculados al bienestar mental (3). Este impacto fue aún más evidente en áreas rurales, donde las limitaciones tecnológicas y la escasa conectividad impidieron compensar la ausencia de atención presencial (4).

En Ecuador, un estudio identificó una reducción significativa en la atención preventiva para adolescentes durante la pandemia. Esto incluyó la suspensión de consultas de crecimiento y desarrollo, consejería en anticoncepción y espacios amigables en centros de salud. La situación fue particularmente crítica en regiones como la Zona 6, con alta concentración de población rural, indígena y en condiciones de pobreza (5).

La limitada cobertura de servicios amigables para adolescentes ha sido documentada por el propio MSP. A pesar de la existencia del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS-FCI), su implementación ha sido dispareja en el territorio nacional. Esto ha dado lugar a inequidades territoriales en el acceso a consultas preventivas, especialmente en las provincias de Azuay, Cañar y Morona Santiago.

Un estudio realizado con adolescentes en Cumbayá y Lumbisí reveló que solo el 3.9% tenía acceso a profesionales de salud fuera de consultas programadas, y el 87.3% manifestó necesidad de más información sobre salud sexual y reproductiva (6). Esta brecha de información refleja un déficit estructural en el enfoque preventivo de la atención en salud adolescente.

Asimismo, el embarazo adolescente continúa siendo un problema persistente. Ecuador mantiene una de las tasas más altas de la región (UNFPA, 2020), y estudios realizados en Riobamba identificaron como factores de riesgo el inicio temprano de la vida sexual, baja escolaridad y desintegración familiar (7). Otro estudio de carácter regional confirmó que la falta de políticas públicas sostenidas y accesibles para adolescentes es uno de los principales determinantes de la alta fecundidad en este grupo etario (8).

Además, la Corte Interamericana de Derechos Humanos declaró al Estado ecuatoriano responsable de no prevenir ni sancionar adecuadamente la violencia sexual en escuelas, como en el caso Paola Guzmán Albarracín, exigiendo al país fortalecer los servicios de prevención y educación sexual (9).

Desde 2020, la salud mental adolescente ha tomado relevancia como una de las causas emergentes más frecuentes de consulta. Según Vargas et al. (2024), los ingresos hospitalarios por trastornos del estado de ánimo en adolescentes se incrementaron notablemente, con una predominancia de episodios depresivos en mujeres (66.5%) y un aumento continuo durante 2021–2022(10). Estas manifestaciones han sido agravadas por la violencia estructural, el deterioro de la seguridad ciudadana y la falta de espacios escolares seguros y protectores. La falta de políticas integradas de salud mental adolescente representa una brecha crítica, especialmente en el primer nivel de atención.

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) continúan siendo una de las principales causas de consulta en población pediátrica y adolescente. En Ecuador, representan entre el 50% y 70% de las consultas pediátricas, especialmente durante la temporada lluviosa (2).

Asimismo, la salud bucal ha sido históricamente descuidada en la planificación de servicios preventivos. En la parroquia Machalilla, el 68.5% de los niños atendidos por primera vez en consulta odontológica presentaba caries, lo que refleja una carencia de acciones educativas y preventivas (11).

Diversos autores han documentado que el acceso a consultas preventivas está fuertemente influenciado por factores como nivel de escolaridad, etnicidad y zona de residencia (12). En comunidades indígenas o rurales, como las de Morona Santiago, existen múltiples barreras geográficas, lingüísticas y culturales que limitan el uso de servicios sanitarios.

Carvajal señala que numerosos establecimientos de salud ubicados en zonas rurales no cuentan con profesionales formados en atención diferenciada para adolescentes, lo que limita la confianza de esta población para acudir a servicios preventivos. A ello se suma la limitada asignación presupuestaria para el primer nivel de atención y la falta de mecanismos permanentes de evaluación de la calidad del servicio (13).

2.2 Bases teóricas filosóficas:

Esta investigación entiende la realidad desde la perspectiva de la epidemiología social, la cual reconoce que los problemas de salud no se explican solo por factores biológicos o individuales, sino también por determinantes estructurales: pobreza, educación, desigualdad de género, racismo, violencia, acceso a servicios y políticas públicas. Según este enfoque, los patrones de salud en adolescentes no son aleatorios, sino el reflejo de condiciones sociales profundamente arraigadas.

En Portoviejo (Ecuador), demuestra cómo la falta de apoyo familiar y económico afecta el acceso de adolescentes embarazadas a servicios de prevención, lo que confirma la importancia del análisis de contexto y no solo de síntomas o diagnósticos clínicos (14),

Asimismo, el trabajo de Goicolea (2010) analiza el embarazo adolescente desde un enfoque de derechos y género, destacando cómo las relaciones de poder y el acceso desigual a la información y servicios de salud reproducen inequidades estructurales en la Amazonía ecuatoriana (15).

Este trabajo adopta un enfoque positivista, partiendo del supuesto de que la realidad puede ser medida, registrada y explicada mediante datos verificables. La utilización de estadísticas del Ministerio de Salud Pública (MSP), informes del INEC y encuestas estructuradas permite observar objetivamente las causas más frecuentes de consulta preventiva en adolescentes.

El estudio busca patrones, correlaciones y tendencias a partir de evidencias cuantificables. Esto lo sitúa dentro del paradigma empírico-analítico, donde el conocimiento se construye a través de la observación sistemática, el análisis de datos y la verificación de hipótesis. En otras palabras, se parte de datos reales (consultas médicas, estadísticas epidemiológicas, registros administrativos) para interpretar el fenómeno de estudio.

La investigación asume que la salud no es un bien privado, sino un derecho humano fundamental. En consecuencia, los Estados tienen la obligación de garantizar el acceso universal, equitativo y de calidad a los servicios de salud, incluyendo la atención preventiva para adolescentes.

Este enfoque se alinea con el principio del bienestar colectivo, donde la salud es concebida como una condición indispensable para la dignidad humana y el desarrollo social. La ausencia de servicios preventivos adecuados para adolescentes vulnera este derecho y perpetúa las desigualdades.

En ese sentido, el fallo de la Corte Interamericana en el caso Guzmán Albarracín vs. Ecuador exige que se implementen medidas estructurales para garantizar el derecho a la salud sexual y reproductiva de las adolescentes, lo que implica una mirada de justicia social (9).

El paradigma empírico no solo se limita a describir fenómenos, sino que propone intervenir sobre ellos. Al identificar las causas más comunes de consulta en adolescentes, esta investigación busca generar recomendaciones para mejorar el diseño de políticas preventivas.

López-Cevallos, mostraron que la densidad de personal sanitario público está asociada con un mayor uso de servicios preventivos en áreas rurales, lo que refuerza la necesidad de una planificación basada en evidencia espacial y social (12).

2.3 Marco Conceptual

La adolescencia constituye una etapa decisiva del desarrollo humano, caracterizada por transformaciones biológicas, psicológicas y sociales que configuran la identidad, los valores y los comportamientos relacionados con la salud (16). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), comprende el rango etario de 10 a 19 años y representa un grupo poblacional con necesidades específicas en materia de prevención y atención médica (17).

Durante esta etapa se consolidan los hábitos de vida y las conductas que determinarán la salud en la adultez. Por ello, la atención preventiva adquiere una importancia estratégica, al permitir la detección oportuna de riesgos y la promoción de factores protectores que influyen en el bienestar integral (18).

2.3.1. Adolescencia y salud integral:

La adolescencia no debe entenderse únicamente como una fase biológica, sino como un proceso de construcción social. La OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) subrayan que el entorno familiar, la escuela, los pares y las condiciones socioeconómicas influyen de forma decisiva en el estado de salud de los adolescentes (19)(20).

En Ecuador, este grupo representa aproximadamente el 18 % de la población nacional, y enfrenta riesgos diferenciados según el contexto territorial, étnico y económico. Estudios demuestran que la falta de servicios diferenciados, la desinformación y los estigmas culturales constituyen las principales barreras para el acceso a la atención preventiva (21).

2.3.2. Salud preventiva y promoción de la salud:

La salud preventiva se define como el conjunto de acciones destinadas a evitar la aparición, el progreso o las complicaciones de enfermedades, mediante intervenciones de promoción, protección y detección temprana (22). Estas acciones incluyen vacunación, tamizajes, controles médicos, educación sanitaria y consejería en salud mental, sexual y reproductiva.

De acuerdo con Curtis, la prevención en salud depende no solo de la oferta institucional, sino también de factores sociales como la educación, el entorno familiar y las condiciones de vida, los cuales determinan la eficacia de las políticas preventivas (23).

La promoción de la salud, según la Carta de Ottawa (OMS, 1986), se basa en el fortalecimiento de las capacidades individuales y colectivas para ejercer control sobre los determinantes de la salud (24). En adolescentes, esta estrategia resulta particularmente efectiva cuando se implementa en contextos escolares y comunitarios, pues favorece la participación activa y el aprendizaje sobre autocuidado (25).

En Ecuador, investigaciones recientes muestran que los programas escolares de actividad física y alimentación saludable han mejorado las conductas preventivas en zonas rurales, especialmente en comunidades indígenas (26).

2.3.3. Atención primaria en salud y consulta preventiva:

La atención primaria en salud (APS) constituye el eje central de los sistemas de salud modernos y representa el primer nivel de contacto entre las personas y el sistema sanitario. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la APS tiene como propósito proporcionar atención integral, continua y accesible, centrada en la persona, la familia y la comunidad, priorizando la promoción, prevención y detección temprana de enfermedades (27).

En el caso de la población adolescente, la atención primaria cumple una función estratégica en la reducción de inequidades, al permitir intervenciones preventivas adaptadas al contexto sociocultural. Estas consultas no solo identifican riesgos, sino que fortalecen la educación sanitaria, la confianza institucional y la detección temprana de factores de vulnerabilidad (15).

La consulta preventiva es una instancia planificada del modelo de atención primaria destinada a promover el autocuidado y detectar oportunamente riesgos físicos, mentales o sociales. Incluye

actividades como controles de crecimiento y desarrollo, vacunación, evaluación nutricional, salud bucal, educación sexual, salud mental y prevención de adicciones (28).

En Ecuador, el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural (MAIS-FCI) promueve un enfoque territorial y participativo que reconoce la diversidad cultural y la equidad de género como principios fundamentales. Sin embargo, su implementación enfrenta dificultades debido a la limitada asignación presupuestaria, falta de capacitación del personal y ausencia de indicadores de seguimiento diferenciados por edad (29).

Goicolea, subrayan que la efectividad de las consultas preventivas depende en gran medida de la sensibilidad del personal de salud hacia las particularidades de la adolescencia, como la confidencialidad, el respeto y la comunicación empática (30). Asimismo, estudios nacionales destacan que los adolescentes que perciben un trato respetuoso y confidencial son más propensos a acudir a controles preventivos regulares (31).

2.3.4. Determinantes sociales de la salud en adolescentes:

El enfoque de los determinantes sociales de la salud (DSS) plantea que los problemas de salud no aparecen de manera independiente, sino que se originan a partir de las condiciones sociales, económicas y ambientales que influyen en la vida de las personas desde su nacimiento y a lo largo de su desarrollo (32). Entre los determinantes más relevantes se incluyen la educación, el empleo, la vivienda, la alimentación, la violencia, el entorno familiar y la participación comunitaria.

En la adolescencia, estos factores adquieren un peso decisivo, ya que influyen directamente en la adquisición de hábitos de salud, la percepción del riesgo y el acceso a los servicios médicos. La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2008) advirtió que la desigualdad social es uno de los principales predictores del estado de salud y que las políticas públicas deben orientarse hacia la equidad, no solo a la cobertura (33).

En Ecuador, las diferencias entre zonas urbanas y rurales, la pertenencia étnica y el nivel educativo son los determinantes que más condicionan el uso de servicios preventivos. Por ejemplo, los adolescentes indígenas o rurales enfrentan múltiples barreras: infraestructura deficiente, lejanía geográfica, escasez de transporte, desconocimiento del idioma oficial o estigmas culturales que limitan su acceso a la atención médica (34) (35).

El contexto pospandemia ha acentuado las desigualdades. La pérdida de ingresos familiares, el cierre temporal de escuelas y la suspensión de servicios comunitarios generaron un aumento de problemas de salud mental y abandono de los programas preventivos, especialmente en adolescentes de zonas marginales (36).

Por lo tanto, abordar las causas de las desigualdades sanitarias requiere un enfoque intersectorial que integre salud, educación, trabajo, desarrollo social y justicia. La perspectiva de determinantes sociales permite analizar la salud adolescente como un fenómeno multidimensional y sistémico, no limitado a factores individuales o clínicos.

2.3.5. Derecho a la salud y enfoque de equidad:

El derecho a la salud está consagrado en la Constitución de la República del Ecuador (2008) y en instrumentos internacionales como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Este derecho implica la garantía de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios para toda la población, sin discriminación de ningún tipo. Para los adolescentes, este derecho se materializa en políticas públicas que aseguren servicios de salud amigables, confidenciales, con enfoque de género, interculturalidad y participación juvenil. No obstante, diversos estudios han evidenciado que en Ecuador persiste una subvaloración del componente emocional y social dentro de los servicios de salud, lo que impide un abordaje integral del bienestar adolescente (37)(10).

El fallo de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso Paola Guzmán Albarracín vs. Ecuador (2020) refuerza la obligación del Estado ecuatoriano de implementar políticas estructurales que garanticen el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva seguros, confidenciales y culturalmente adecuados para las adolescentes (38).

El enfoque de equidad exige reconocer las desigualdades existentes entre adolescentes de distintos territorios y grupos étnicos, incorporando estrategias diferenciadas. Ello implica priorizar recursos hacia las zonas rurales y fortalecer los servicios de atención primaria en salud mental, sexual y reproductiva (39).

2.3.6. Servicios amigables para adolescentes:

Los servicios de salud amigables para adolescentes (SAA) son espacios diseñados para ofrecer atención integral, confidencial y adaptada a las necesidades juveniles. La OPS/OMS, establece que estos servicios deben basarse en principios de accesibilidad, respeto, privacidad, confidencialidad

y participación activa de los adolescentes en la toma de decisiones. En Ecuador, el Ministerio de Salud Pública implementó los SAA como parte del MAIS-FCI, pero su cobertura sigue siendo limitada. La falta de personal especializado, la alta rotación y la escasa sensibilización del equipo de salud son obstáculos recurrentes (40)(41).

Investigaciones demuestran que los adolescentes que acceden a servicios amigables muestran mayor adherencia a controles preventivos, reducción en el inicio temprano de relaciones sexuales y mejor conocimiento sobre métodos anticonceptivos (42). Estrada comprobaron que la implementación de programas escolares como Familias Unidas en Guayaquil mejoró la comunicación familiar y redujo las conductas de riesgo en adolescentes, destacando la efectividad de las estrategias integrales de prevención (43).

Además, la participación juvenil en el diseño y evaluación de los servicios es clave para su sostenibilidad. La OPS enfatiza que los adolescentes deben ser considerados actores sociales y no solo beneficiarios de los programas, promoviendo espacios de diálogo, liderazgo y corresponsabilidad (12).

El fortalecimiento de los servicios amigables implica no solo aumentar su cobertura, sino también garantizar la calidad del trato, la formación continua del personal en salud adolescente y la articulación intersectorial con instituciones educativas y comunitarias. En la Zona 6 del Ecuador, estos servicios son esenciales para abordar las brechas estructurales y culturales que afectan el acceso a la prevención.

2.3.7. Salud mental en la adolescencia:

La salud mental es un componente esencial del bienestar integral y constituye uno de los principales desafíos de salud pública en la adolescencia. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), uno de cada siete adolescentes en el mundo padece algún trastorno mental diagnosticable, siendo los más comunes la depresión, la ansiedad y los trastornos de la conducta (44).

Durante la pandemia de COVID-19, la interrupción de la vida escolar, el aislamiento social y la pérdida de vínculos afectivos profundizaron los síntomas de estrés y depresión en la población joven. En Ecuador, los ingresos hospitalarios por trastornos del estado de ánimo en adolescentes aumentaron un 66,5 % entre 2021 y 2022, afectando principalmente a mujeres adolescentes (45).

Vargas y Gómez, destacan que los síntomas de angustia psicológica y la ideación suicida en adolescentes ecuatorianos se incrementaron significativamente durante el confinamiento (46,47). Además, la falta de servicios de salud mental en el primer nivel de atención y el estigma asociado a la búsqueda de ayuda profesional representan barreras estructurales que limitan la detección temprana y el tratamiento oportuno (12).

La OPS recomienda que los servicios de salud adolescente incluyan la evaluación sistemática de la salud mental dentro de las consultas preventivas, integrando estrategias de promoción del bienestar emocional, orientación psicológica, apoyo familiar y seguimiento comunitario (48).

La salud mental, por tanto, debe considerarse como un eje transversal en todas las políticas públicas dirigidas a adolescentes. El fortalecimiento de capacidades locales, la formación de profesionales en salud emocional y la articulación con el sistema educativo son componentes indispensables para la prevención de trastornos y la promoción de entornos saludables.

2.3.8. Salud sexual y reproductiva en adolescentes:

La salud sexual y reproductiva representa un componente fundamental dentro de las acciones preventivas dirigidas a la población adolescente. El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) señala que América Latina presenta una de las cifras más elevadas de embarazo adolescente a nivel mundial, registrando 61 nacimientos por cada 1 000 jóvenes mujeres entre 15 y 19 años (49). En el caso de Ecuador, aunque se han implementado mejoras en el marco normativo, la incidencia continúa siendo de las más altas de la región, con mayor prevalencia en comunidades rurales e indígenas (50).

La educación sexual integral (ESI) es una herramienta esencial para reducir el embarazo temprano y las infecciones de transmisión sexual. Sin embargo, su aplicación ha sido irregular y enfrenta resistencia cultural y política en algunos contextos. Campuzano Amat y Velasco Muñoz, destacan que la falta de formación docente y de programas educativos estructurados limita la efectividad de la ESI, perpetuando la vulnerabilidad de las adolescentes (51).

En estudios realizados en comunidades rurales ecuatorianas, solo el 3,9 % de los adolescentes reportó tener acceso a consejería médica fuera de las consultas programadas, y el 87 % manifestó necesitar más información sobre salud sexual y reproductiva (52). Esto refleja la falta de continuidad en las estrategias de educación y prevención a nivel comunitario.

La SSR adolescente no se limita al control de la fertilidad, sino que abarca aspectos de identidad, afectividad y derechos. En este sentido, la integración de servicios amigables, la consejería confidencial y la articulación entre el sistema de salud y el educativo son indispensables para asegurar un abordaje integral y sostenible (53).

2.3.9. Políticas públicas y modelo de atención ecuatoriano:

En Ecuador se han implementado varias políticas destinadas a fortalecer la atención en salud dirigida a los adolescentes. Tanto el Plan Nacional de Salud Integral para Adolescentes (2018–2025) como el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural (MAIS-FCI) destacan la importancia de priorizar las acciones preventivas dentro del primer nivel de atención (54).

El MAIS-FCI busca integrar acciones intersectoriales, considerando la diversidad cultural, la participación comunitaria y la equidad territorial. Sin embargo, evaluaciones recientes del Ministerio de Salud Pública (MSP) revelan que su implementación ha sido desigual entre provincias, debido a la falta de recursos humanos y materiales, así como a la escasa formación del personal en salud adolescente (55).

El Plan Decenal de Salud, también incorpora metas específicas para reducir el embarazo adolescente, fortalecer la salud mental y mejorar la cobertura de vacunación en adolescentes. Aun así, persiste la necesidad de un sistema de monitoreo que permita evaluar el impacto de las políticas en el tiempo y garantizar la continuidad de los programas más allá de los periodos gubernamentales (56).

Desde una perspectiva ética y filosófica, el sistema de salud ecuatoriano enfrenta el desafío de equilibrar la equidad territorial, la eficiencia institucional y la participación social. Las políticas deben orientarse hacia un modelo de atención integral centrado en la persona y sustentado en evidencia científica, con mecanismos de rendición de cuentas y evaluación de resultados.

2.3.10. Brechas territoriales y desafíos pospandemia:

La pandemia de COVID-19 puso en evidencia las profundas desigualdades estructurales del sistema de salud ecuatoriano. En la Zona 6, las limitaciones en conectividad, transporte,

infraestructura y personal especializado redujeron drásticamente el acceso a los servicios preventivos.

En la etapa pospandemia, los principales retos incluyen la reconstrucción del sistema de atención primaria, la recuperación de programas preventivos escolares y la incorporación de tecnología digital en salud comunitaria. La OPS propone fortalecer los sistemas de información locales, la telemedicina y las campañas de promoción de salud como estrategias sostenibles para enfrentar los efectos post-COVID-19 (57).

Asimismo, la creación de redes territoriales de salud adolescente, integradas por centros educativos, municipios y organizaciones comunitarias, puede favorecer el acceso a servicios diferenciados y el seguimiento continuo. Este enfoque colaborativo permite no solo ampliar la cobertura, sino también promover la autonomía juvenil y la participación activa en la toma de decisiones.

En síntesis, el futuro de la salud preventiva adolescente en Ecuador dependerá de la capacidad del sistema para combinar innovación tecnológica, enfoque de derechos y sensibilidad intercultural, garantizando la sostenibilidad de las políticas públicas en el tiempo.

CAPÍTULO III
HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis General

Dado que el presente estudio es descriptivo, no se plantea hipótesis de investigación. En este tipo de estudios, la validez interna se garantiza a través de la definición clara y la comprobación se centra en el cumplimiento de los objetivos planteados.

3.2. Hipótesis Específicas

La ausencia de hipótesis no limita la validez del estudio, ya que las variables se encuentran claramente definidas y se miden a través de registros oficiales del Ministerio de Salud Pública. Esto asegura la consistencia y confiabilidad de los resultados.

3.3. Identification de Variables

- Variable dependiente:

Causa de consulta

Frecuencias

- Variable independiente:

Sexo del paciente.

3.4. Operacionalización de Variables

Variable	Definición teórica	Definición operativa	Dimensiones	Indicador	Tipo estadístico	Escala	Dato	Instrumento
Consulta de prevención en adolescentes	Atención planificada en el sistema de salud que tiene como objetivo prevenir enfermedades o riesgos en la población adolescente	Registro de motivos de consulta en adolescentes entre 10 y 19 años en establecimientos del MSP.	-Tipo de consulta -Motivo principal -Frecuencia de uso	- Tipo de consulta recibida (nutrición, salud sexual, salud mental, etc.) - Número de consultas por año	Cualitativo	Ordinal	Datos recolectados reportados por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador	Base de datos del MSP / de libre acceso
Sexo	Categoría biológica que distingue a los seres humanos	Clasificación biológica registrada en la cédula	Masculino Femenino	-número total de consultas - prevalencia de la	Cualitativo	Nominal (dicotómico)	Registro Secundarios del MSP (base de datos)	Base de datos del MSP / de libre acceso

	como masculino y femenino.	de identidad.		consulta más frecuente -ranking de las 5 enfermedades más frecuentes por año				
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento o de un ser vivo, generalmente medidos en años.	Niños y niñas entre 1 y 4 años según fecha de nacimiento registrada en la plataforma	Unidimensional	Años y meses cumplidos	cualitativa	Ordinal	Registro del MSP / de libre acceso	Base de datos del MSP / de libre acceso
Mes del año	Periodo calendario de registro	Mes en el que se realiza la consulta (enero – diciembre)	Tiempo/estacional	Enero, febrero, marzo, abril, mayo, junio, julio, agosto, septiembre, octubre, noviembre, diciembre.	Cualitativa	Ordinal	Registro del MSP / de libre acceso	Base de datos del MSP / de libre acceso

3.5 Indicadores

Variable: Consulta preventiva en adolescentes

- Número total de consultas preventivas registradas.
- Tasa de consultas preventivas por cada 100 adolescentes.
- Frecuencia de consultas según tipo de motivo de atención.
- Promedio de consultas preventivas por adolescente.

Variable: Sexo

- Distribución porcentual de las consultas preventivas según sexo.
- Tasa de consultas preventivas diferenciada por sexo.
- Tipo de consulta preventiva más frecuente de acuerdo con el sexo.

3.6. Matriz de Consistencia

Problema	Objetivos	Hipótesis	Marco teórico	Técnica	Instrumento	Estadística
¿Cuáles han sido las principales causas de consulta de prevención en adolescentes de la Zona 6 del Ecuador durante el período 2020 a 2024 y cuáles son las tendencias observadas en ese período?	Analizar las tendencias de las principales causas de consulta de prevención en adolescentes de la Zona 6 del Ecuador, durante el período 2020 a 2024.		Categoría biológica que distingue a los seres humanos como masculino y femenino.	Análisis de datos secundarios	Documento de identidad	Estadística descriptiva (frecuencia por sexo, porcentajes, tendencias por año)

CAPÍTULO IV
METODOLOGÍA

4.1. Tipo y Diseño de Investigación

Enfoque: Cuantitativo

Diseño de Investigación: Descriptivo.

Nivel de investigación: Descriptivo.

Tipo de Investigación:

- **Por el ámbito:** Documental.
- **Por la técnica:** Observacional
- **Por la temporalidad:** Transversal actual

4.2. Unidad de análisis

Adolescentes 15-19 años

4.3. Población de estudio

La población de estudio en la presente investigación son los adolescentes de la Zona 6.

4.4. Selección de Muestra

4.4.1. Criterios de inclusión:

Se empleó información extraída de la base de datos de libre acceso del Ministerio de Salud Pública (MSP), considerando únicamente los registros correspondientes a adolescentes de 15 a 19 años con motivos de consulta clasificados dentro del componente de prevención.

4.4.2. Criterios de exclusión:

- Datos no incluidos en la base de datos pública del Ministerio de Salud Pública (MSP).
- Registros de usuarios cuya edad sea inferior a 15 años o superior a 19 años.

4.5. Tamaño de la muestra:

El presente estudio utilizó como base el total de registros disponibles en las bases de datos de libre acceso del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). En consecuencia, no se aplicó un proceso de muestreo probabilístico, ya que se trabajó con la totalidad de la población reportada para el periodo de estudio. Por lo tanto, el tamaño de la muestra correspondiente al tema,

“Tendencias de las principales causas de consulta de prevención en adolescentes de la Zona 6 del Ecuador, 2020–2024” fue de 632 796 registros.

4.6. Técnica de recolección de datos e información

4.6.1. Instrumentos documentales:

Se utilizó la base de datos del MSP de libre acceso para la recolección de información. (Anexo 1).

4.6.2. Instrumentos mecánicos:

Para la toma de datos se utilizó una laptop portátil de marca HP procesador Core 5.

4.6.3. Materiales:

Se utilizó únicamente materiales de escritorio.

4.6.4. Recursos:

Para llevar a cabo el estudio se utilizará recursos institucionales (UCACUE), recursos humanos, (Estudiante y Tutor) y recursos financieros (autofinanciados).

4.7. Análisis e interpretación de la información

4.7.1. Ubicación espacial:

Al ser un estudio de tipo documental los datos fueron extraídos de la base de datos de acceso libre del MSP desde nuestro lugar de estudio, La Estancia Luis Cordero "El Grande" Calle Camino a Patamarca y Cojimies Sector La Uncovía. Cuenca Ecuador.

4.7.2. Ubicación temporal:

La investigación y la recolección de datos se realizó entre los meses de enero a julio del año 2025

4.7.3. Procedimientos de la toma de datos:

Para el registro de los datos, se procedió, a ingresar al apartado de base de datos del MSP <https://www.salud.gob.ec/produccion-de-salud>, se ingresó al apartado producción y se descargó la información con respecto al tema de investigación: Tendencias de las principales causas de consulta de prevención en adolescentes de la Zona 6 del Ecuador 2020 a 2024.

- **Método de examen**

Para recolectar los datos no fue necesario, ya que los datos estuvieron expuestos en una base de datos de acceso libre. Pero los datos utilizados pasaran un control de calidad para comprobar que no haya errores.

- **Criterios de registro de hallazgos**

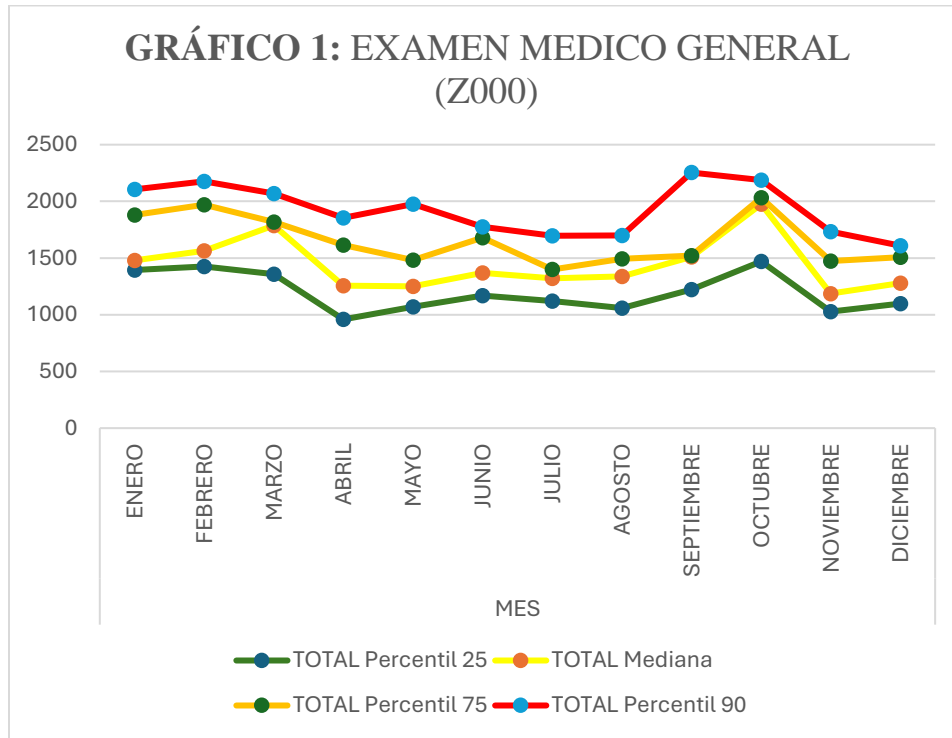
Los datos obtenidos mediante la base de datos del MSP, serán procesados en el programa Microsoft Excel, donde se creará una base de datos digital.

4.7.4 Procedimientos para el análisis de datos:

Una vez recolectados los datos estos serán procesados en el programa estadístico SPSS IBM SPSS Statistics 27.0.1, donde se realizará estadística descriptiva y se aplicó una codificación para asociar la variable principal de estudio con las covariable.

CAPÍTULO V
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

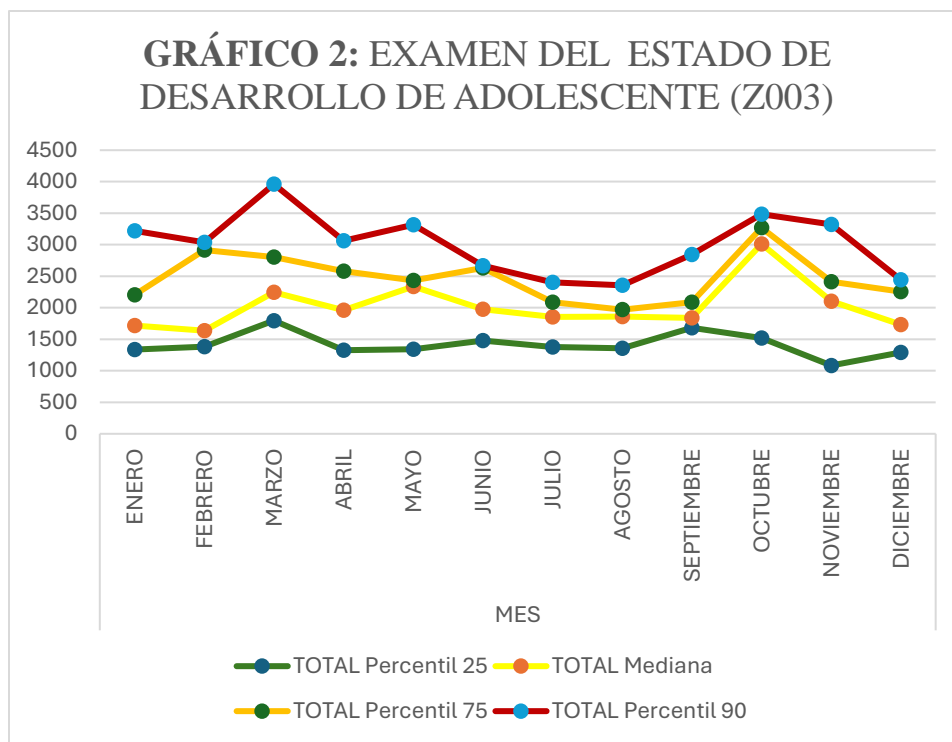
5.1. RESULTADOS



FUENTE: S. Cajamarca y M. Aguinaga

Año: 2020 – 2024.

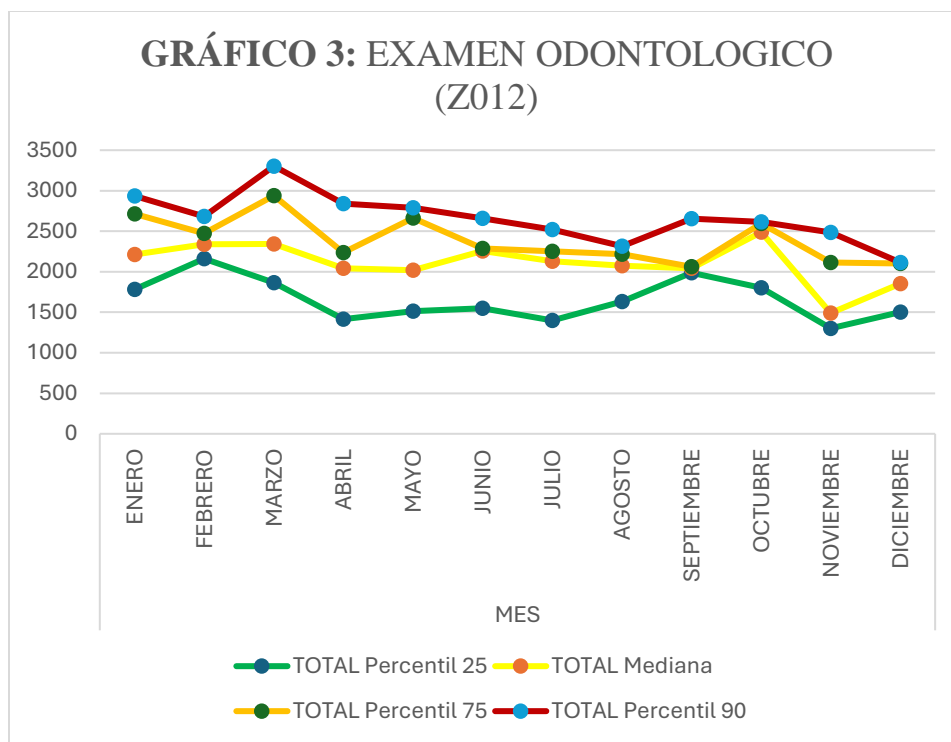
El gráfico representa la distribución mensual de consultas de exámenes médicos generales (código Z000), mostrando percentiles del total atendido. Se observa una tendencia decreciente entre marzo y junio, seguida de un repunte marcado en septiembre, donde el percentil 90 supera los 2.200 casos. La mediana se mantiene entre 1.400 y 1.700 consultas la mayor parte del año, lo que indica una demanda relativamente estable, aunque con variabilidad. Estas fluctuaciones podrían relacionarse con campañas de control escolar, factores estacionales o disponibilidad de personal en el sistema de salud.



FUENTE: S. Cajamarca y M. Aguinaga

Año: 2020 – 2024.

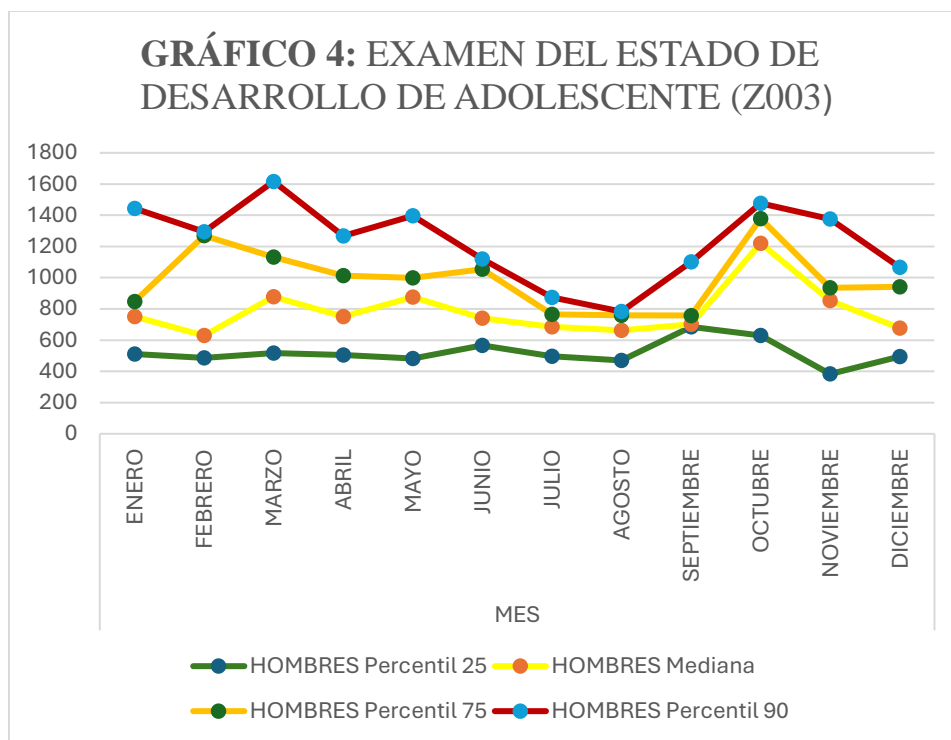
Este gráfico muestra la supervisión mensual de exámenes del estado de desarrollo en adolescentes (código Z003) durante el año, distribuidos por percentiles. El percentil 90 alcanza su punto más alto en marzo (alrededor de 4.000 casos), seguido por una tendencia descendente hasta julio, con una recuperación leve en octubre. La mediana se mantiene relativamente estable entre 2.000 y 2.500, lo que sugiere cobertura constante. Sin embargo, la brecha entre percentiles evidencia variabilidad entre establecimientos, posiblemente por diferencias en acceso, capacidad operativa o cobertura territorial.



FUENTE: S. Cajamarca y M. Aguinaga

Año: 2020 – 2024.

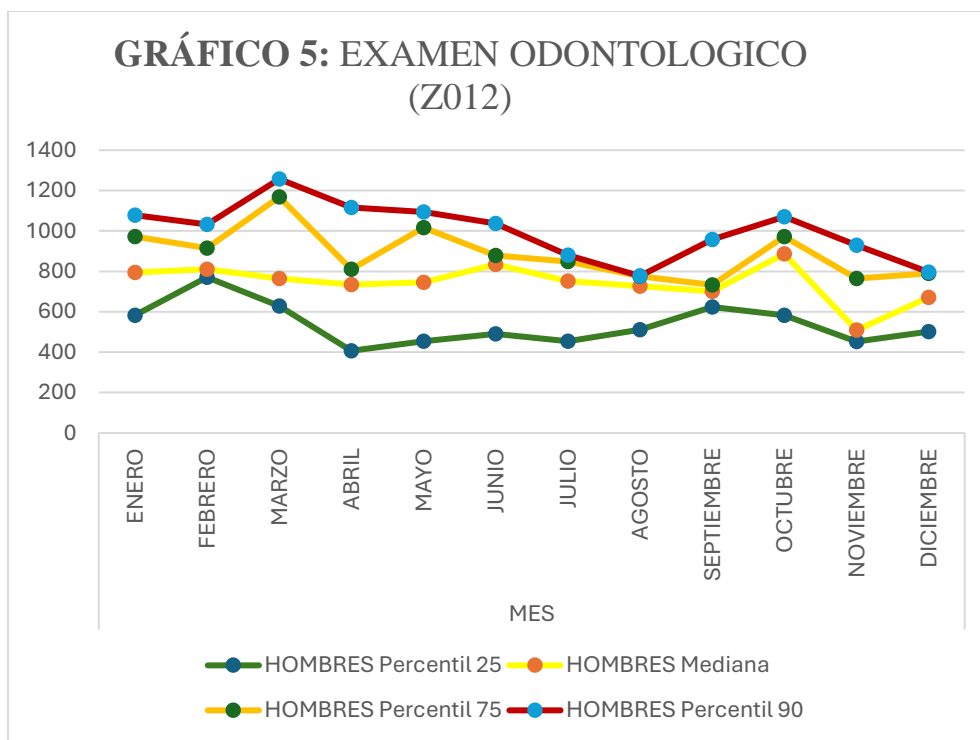
La gráfica muestra la distribución mensual del total de exámenes odontológicos (código Z012) durante el año, según percentiles. El percentil 90 es consistentemente el más alto, destacando un grupo de alto uso. Hay un pico en marzo y una disminución general hacia fin de año. La mediana y los percentiles 25 y 75 mantienen una tendencia más estable, aunque decreciente. Esto sugiere una reducción general en la demanda, posiblemente por factores estacionales, administrativos o de acceso a servicios.



FUENTE: S. Cajamarca y M. Aguinaga

Año: 2020 – 2024.

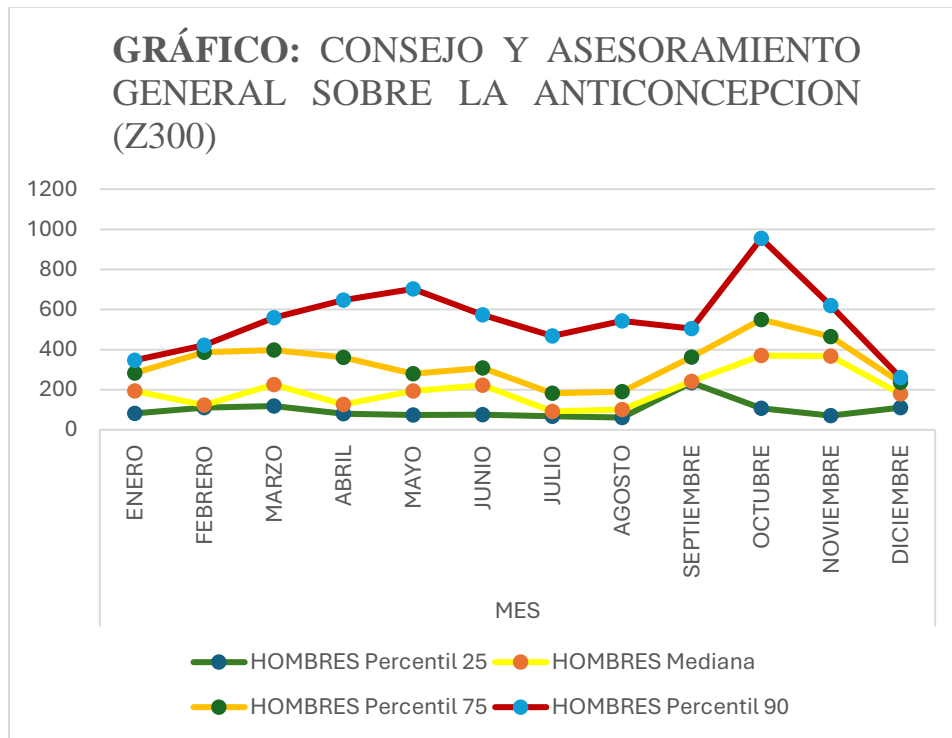
La gráfica muestra la variación mensual en el número de exámenes del estado de desarrollo de adolescentes hombres (código Z003) en 2003, segmentados por percentiles (25, mediana, 75 y 90). Se observa un aumento significativo en marzo, mayo y octubre, posiblemente asociado a campañas escolares o controles sistemáticos. La mediana se mantiene estable, lo que indica consistencia en la atención. Las fluctuaciones en los percentiles extremos sugieren desigualdades en el acceso o registro. Se recomienda investigar factores estacionales o administrativos que influyen en estos patrones.



FUENTE: S. Cajamarca y M. Aguinaga

Año: 2020 – 2024.

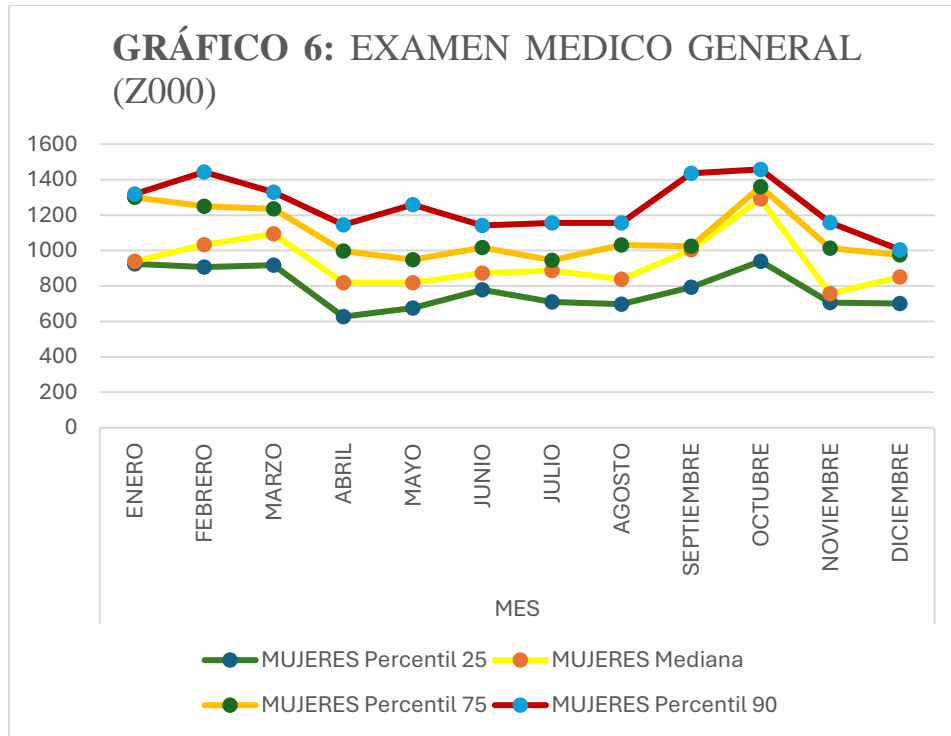
La gráfica muestra los exámenes odontológicos realizados a hombres en 2012 (código Z012), segmentados por percentiles. Se observa un pico en marzo y otro en octubre, lo que sugiere influencia de campañas escolares o programaciones semestrales. La mediana se mantiene constante, reflejando estabilidad general en la atención. Sin embargo, la brecha entre percentil 25 y 90 indica desigualdad en el acceso. El descenso a mitad de año podría deberse a vacaciones escolares. Se recomienda reforzar la cobertura en meses de menor actividad.



FUENTE: S. Cajamarca y M. Aguinaga

Año: 2020 – 2024.

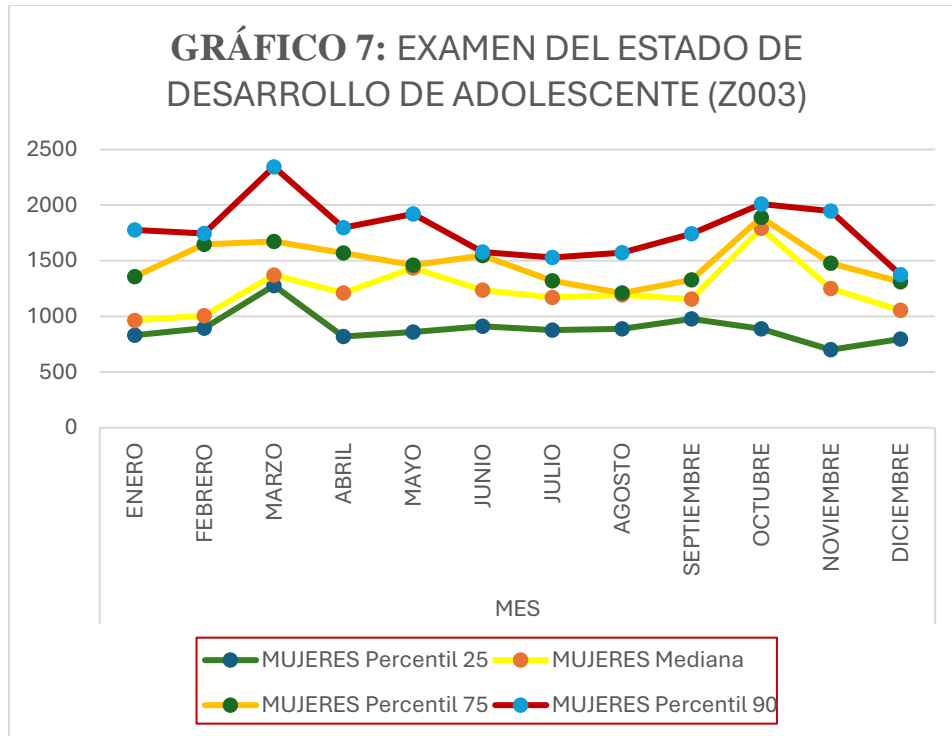
La gráfica muestra la entrega de consejo y asesoramiento sobre anticoncepción a hombres (Z300) en 2012. Se observa un incremento progresivo de enero a mayo y un pico importante en octubre, posiblemente por campañas educativas. La mediana y percentiles superiores reflejan una tendencia positiva, aunque los valores bajos en el percentil 25 indican brechas en el acceso. La caída en diciembre puede deberse al cierre anual de actividades. Es recomendable fortalecer estrategias de educación sexual continua, especialmente en los grupos con menor cobertura.



FUENTE: S. Cajamarca y M. Aguinaga

Año: 2020 – 2024.

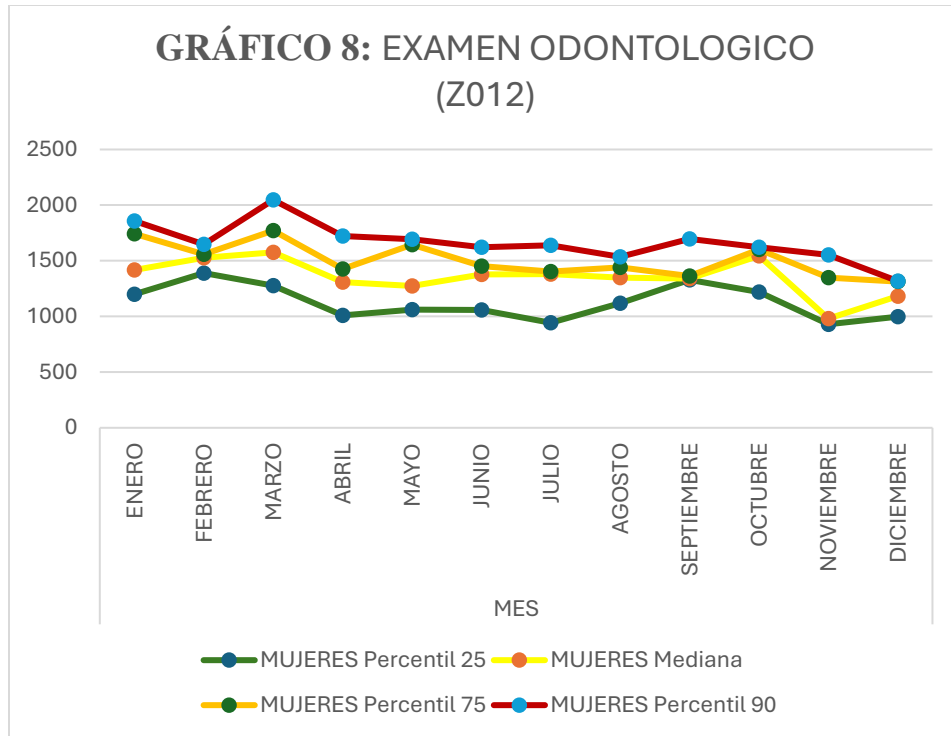
La gráfica muestra los exámenes médicos generales realizados a mujeres (Z000) durante el año. Se observa alta demanda en febrero, octubre y septiembre, probablemente vinculada a controles escolares o laborales. La mediana se mantiene relativamente estable, lo que indica una atención constante. Sin embargo, la distancia entre percentiles revela desigualdades en el acceso. La baja en abril y diciembre puede deberse a periodos vacacionales. Es recomendable reforzar la equidad en la atención, especialmente en los grupos representados por el percentil 25.



FUENTE: S. Cajamarca y M. Aguinaga

Año: 2020 – 2024.

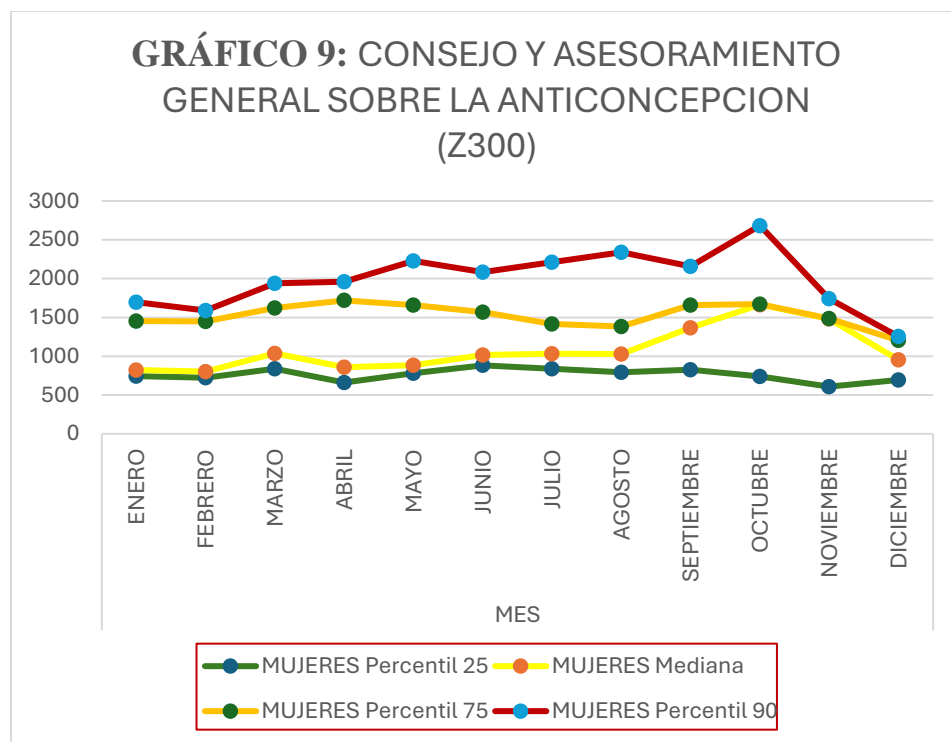
La gráfica muestra los exámenes del estado de desarrollo en adolescentes mujeres (Z003). Se identifican picos en marzo y octubre, probablemente asociados a revisiones escolares. La mediana se mantiene estable, lo que refleja continuidad en la atención. La diferencia entre percentiles evidencia desigualdad, con menor acceso en el percentil 25. La caída en abril y diciembre puede relacionarse con vacaciones. Se recomienda fortalecer estrategias equitativas y sostenidas durante todo el año, asegurando cobertura en meses de baja asistencia.



FUENTE: S. Cajamarca y M. Aguinaga

Año: 2020 – 2024.

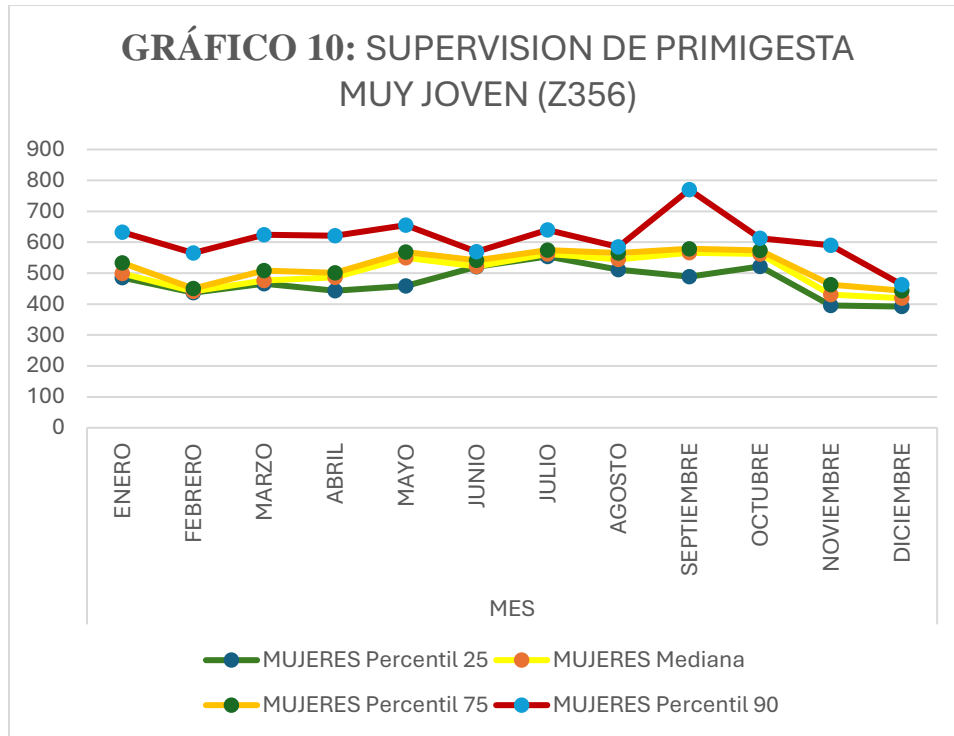
La gráfica de exámenes odontológicos (Z12) en mujeres muestra una mayor actividad en marzo, donde el percentil 90 supera los 2000 casos, posiblemente debido a campañas escolares o controles post-vacacionales. A partir de abril se observa un descenso progresivo hasta julio, seguido de un leve repunte en agosto y septiembre, y una caída significativa en noviembre, especialmente en los percentiles más bajos, lo que podría relacionarse con el cierre del año escolar o menor demanda de servicios. La constante disparidad entre el percentil 25 y el 90 sugiere diferencias de acceso o cobertura, lo que plantea la necesidad de fortalecer estrategias en los meses de menor actividad (abril-julio, noviembre) mediante campañas móviles o escolares, así como reducir las brechas de atención enfocándose en mujeres de menor acceso, especialmente las representadas en el percentil 25.



FUENTE: S. Cajamarca y M. Aguinaga

Año: 2020 – 2024.

La gráfica de "Consejo y Asesoramiento General sobre la Anticoncepción (Z300)" para mujeres muestra una tendencia general al alza desde enero hasta octubre, con un pico significativo en ese mes, donde el percentil 90 alcanza su punto más alto, superando los 2600 casos, lo que podría estar relacionado con campañas intensivas de planificación familiar o incremento en la demanda previa al cierre de año; sin embargo, tras este máximo, se observa una caída abrupta en noviembre y diciembre. A lo largo del año se mantiene una brecha constante entre los percentiles, especialmente entre el 25 y el 90, lo que refleja desigualdades en el acceso o uso de estos servicios. Esta variabilidad sugiere la necesidad de fortalecer la cobertura en los grupos con menor acceso (percentil 25), mantener el impulso observado entre mayo y octubre, y desarrollar estrategias focalizadas en los meses de menor actividad como enero, abril y diciembre.



FUENTE: S. Cajamarca y M. Aguinaga

Año: 2020 – 2024.

El gráfico muestra la supervisión mensual de primigestas muy jóvenes en la Zona 6, utilizando percentiles (25, 50, 75 y 90) para representar la variabilidad. Se observa una mayor supervisión en septiembre (percentil 90 alcanza casi 800 casos), con un descenso notable en diciembre. La mediana se mantiene relativamente estable, lo que indica un seguimiento constante, pero la dispersión entre percentiles sugiere desigualdades en la cobertura mensual, posiblemente por factores estacionales o barreras de acceso a los servicios de salud preventiva.

5.2. DISCUSIÓN

La presente investigación permitió analizar de manera integral las tendencias de las principales causas de consulta preventiva en adolescentes de la Zona 6 del Ecuador durante el período 2020–2024, evidenciando un panorama complejo marcado por desigualdades territoriales, transformaciones sociales pospandemia y limitaciones estructurales en el sistema de salud. Los hallazgos se corresponden parcialmente con investigaciones previas realizadas en el país y la región, las cuales destacan que la atención preventiva en la adolescencia continúa siendo una de las áreas más rezagadas dentro de la salud pública latinoamericana (58)(59).

Los resultados muestran que las consultas preventivas más frecuentes correspondieron a control del crecimiento y desarrollo, exámenes médicos generales y atención odontológica. Este patrón es coherente con los datos nacionales reportados por el Ministerio de Salud Pública (MSP), que señalan estas áreas como las más demandadas por la población adolescente entre 10 y 19 años (60). Sin embargo, la proporción de consultas en salud mental y salud sexual y reproductiva resultó marcadamente inferior, lo que evidencia una brecha entre las necesidades reales de los adolescentes y la oferta efectiva de servicios (61)(62).

El impacto de la pandemia de COVID-19 tuvo efectos directos sobre la continuidad de los programas de salud preventiva. Durante 2020 y 2021, se produjo una reducción sustancial de consultas en control de crecimiento, vacunación y salud sexual, fenómeno que coincide con el señalado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para la región andina (63). En Ecuador, el cierre temporal de los servicios ambulatorios y la reasignación del personal sanitario hacia la atención hospitalaria del COVID-19 afectaron de forma desproporcionada a los adolescentes, grupo que generalmente accede a servicios preventivos a través del sistema educativo (64).

Los hallazgos también ponen en evidencia diferencias por sexo y territorio. Las mujeres adolescentes acudieron con mayor frecuencia a consultas preventivas, lo cual refleja una mayor participación en controles ginecológicos o de salud reproductiva. En contraste, los varones mostraron una menor asistencia, fenómeno descrito previamente en la literatura como consecuencia de estigmas culturales y barreras de género en la búsqueda de atención médica (37). En cuanto a las provincias, Azuay concentró la mayor cantidad de consultas preventivas, mientras

que Morona Santiago presentó la menor cobertura, resultado atribuible a su dispersión geográfica, alta población rural e indígena y menor infraestructura sanitaria (12).

En el análisis de tendencias temporales, se observa una recuperación progresiva de los servicios preventivos a partir del año 2022, aunque sin alcanzar los niveles prepandemia. Este comportamiento sugiere que las estrategias de reactivación implementadas por el MSP como la reapertura de espacios amigables y campañas de vacunación escolar tuvieron impacto positivo, pero aún insuficiente para cubrir la demanda acumulada. Estudios similares realizados en Perú y Colombia también reportan un retraso sostenido en los programas de salud adolescente pospandemia (65)(66).

Un hallazgo relevante es el incremento de las consultas relacionadas con salud mental, que, aunque siguen representando un porcentaje menor respecto a otras áreas, muestran una tendencia ascendente. Esto confirma la creciente preocupación por el bienestar emocional de los adolescentes ecuatorianos, especialmente tras la pandemia. Vargas et al. (2024) reportaron un aumento del 66,5 % en hospitalizaciones por trastornos del estado de ánimo en este grupo etario, lo cual concuerda con las observaciones de este estudio (49). La falta de servicios especializados en salud mental en el primer nivel de atención limita la detección temprana y el manejo adecuado, constituyendo una brecha crítica en la red sanitaria.

Asimismo, la salud sexual y reproductiva sigue siendo un área con profundas desigualdades. Aunque la normativa nacional reconoce el derecho a servicios amigables, su cobertura sigue siendo insuficiente. Solo un pequeño porcentaje de adolescentes reporta acceso a consejería médica fuera de las citas programadas, y la mayoría manifiesta necesidad de mayor información sobre métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual (67). Esta carencia repercute directamente en las altas tasas de embarazo adolescente, que se mantienen por encima del promedio regional, especialmente en zonas rurales e indígenas (52).

El análisis de los determinantes sociales permite comprender que los patrones de consulta preventiva no dependen únicamente de la oferta de servicios, sino también de factores estructurales como el nivel educativo, la pobreza y la violencia de género. Diversos autores señalan que las desigualdades en salud se reproducen por las brechas socioeconómicas, el limitado capital cultural y las diferencias étnicas (68)(69). En la Zona 6, donde convergen contextos urbanos desarrollados y comunidades rurales amazónicas, estas diferencias son particularmente evidentes.

En este sentido, el estudio confirma que la atención preventiva en adolescentes continúa enfrentando una fragmentación institucional. La falta de articulación entre el sistema de salud, el sector educativo y los gobiernos locales dificulta la continuidad de los programas y el seguimiento de los adolescentes más vulnerables. Tal como señalan Torres y López-Cevallos (2018), la ausencia de coordinación intersectorial limita la efectividad de las políticas públicas y perpetúa inequidades estructurales (70).

Desde el punto de vista filosófico y de derechos, los resultados reafirman la necesidad de consolidar un enfoque integral e inclusivo de salud adolescente. El paradigma de la epidemiología social indica que las causas de la enfermedad y la falta de prevención son expresión de desigualdades estructurales. Por tanto, las políticas públicas deben orientarse no solo a la oferta de servicios, sino a la transformación de las condiciones sociales que determinan el bienestar juvenil (71).

Los hallazgos del presente estudio también destacan la importancia de fortalecer la educación sexual integral (ESI) en los espacios educativos, dado que constituye un factor protector frente a embarazos no deseados, violencia sexual y desinformación. Sin embargo, su aplicación en Ecuador continúa siendo parcial y sujeta a resistencia cultural, especialmente en comunidades rurales e indígenas (54). La evidencia internacional demuestra que los programas de ESI implementados de forma sistemática reducen significativamente los riesgos sexuales y mejoran las conductas preventivas (72).

Finalmente, la investigación pone de relieve la necesidad de modernizar los sistemas de información en salud. La falta de registros actualizados, desagregados y comparables impide un seguimiento efectivo de las tendencias en la atención preventiva adolescente. La OPS (2023) recomienda fortalecer las bases de datos regionales y el uso de tecnologías digitales para mejorar la vigilancia epidemiológica y la toma de decisiones basada en evidencia (73).

5.3. CONCLUSIONES

Las consultas preventivas en adolescentes de la Zona 6 del Ecuador muestran una tendencia marcada por desigualdades territoriales y sociales. Los resultados demuestran que, entre 2020 y 2024, las causas más frecuentes de consulta fueron los controles médicos generales, el seguimiento del crecimiento y desarrollo, y la atención odontológica. Sin embargo, existe una distribución inequitativa entre provincias: Azuay presenta la mayor cobertura, mientras que Morona Santiago registra los niveles más bajos de atención, evidenciando brechas asociadas a la dispersión geográfica, la ruralidad y la escasez de recursos humanos en salud.

La pandemia de COVID-19 tuvo un impacto negativo y duradero sobre los servicios de salud preventiva. Durante 2020 y 2021, la cobertura de consultas preventivas disminuyó drásticamente, especialmente en áreas como salud sexual, mental y vacunación. A pesar de una recuperación parcial desde 2022, los niveles de atención no alcanzaron los valores prepandemia, lo cual coincide con los informes regionales de la OPS y estudios nacionales que señalan la pérdida de continuidad en programas esenciales.

La salud mental emergió como un problema prioritario en la etapa pospandemia. El aumento de consultas y hospitalizaciones por trastornos del estado de ánimo, ansiedad y depresión entre adolescentes evidencia la creciente carga de morbilidad mental juvenil. No obstante, el acceso a servicios psicológicos y psiquiátricos sigue siendo limitado en el primer nivel de atención, lo que requiere una respuesta institucional integral y sostenida.

La salud sexual y reproductiva continúa siendo un área con profundas brechas estructurales. Persisten altas tasas de embarazo adolescente, escasa información sobre anticoncepción y barreras socioculturales que dificultan la atención oportuna. Las adolescentes rurales e indígenas son las más afectadas, lo que refleja la falta de implementación efectiva de servicios amigables y educación sexual integral en los entornos escolares.

Los determinantes sociales influyen de manera significativa en las conductas preventivas de los adolescentes. Factores como pobreza, desigualdad de género, nivel educativo y violencia intrafamiliar condicionan el acceso a servicios de salud. Estos determinantes reproducen inequidades históricas y limitan el ejercicio del derecho a la salud. La evidencia sugiere que las intervenciones basadas únicamente en la oferta institucional son insuficientes sin un abordaje integral de las causas sociales y culturales subyacentes.

El sistema de salud ecuatoriano requiere fortalecer su capacidad institucional y técnica para garantizar la atención preventiva adolescente. Si bien existen políticas y modelos como el MAIS-FCI y el Plan Nacional de Salud Integral para Adolescentes, su implementación sigue siendo desigual. La falta de seguimiento, evaluación y financiamiento adecuado impide la sostenibilidad de los programas preventivos, especialmente en zonas rurales y fronterizas.

El fortalecimiento de la atención primaria en salud es esencial para garantizar la equidad. Los resultados confirman que el primer nivel de atención debe consolidarse como el eje central de las estrategias preventivas. La incorporación de personal capacitado, la participación comunitaria y la integración de tecnologías digitales (telemedicina, sistemas de información locales) son acciones prioritarias para mejorar la cobertura y la calidad de la atención.

La educación sexual integral y la promoción de la salud deben institucionalizarse como pilares del sistema educativo. La coordinación entre los ministerios de Salud y Educación es clave para generar entornos seguros y fortalecer las competencias de autocuidado y toma de decisiones en adolescentes. Programas de educación continua, comunicación familiar y consejería escolar han demostrado efectividad en reducir conductas de riesgo y mejorar la salud integral juvenil.

La evidencia obtenida reafirma la necesidad de políticas públicas con enfoque de derechos, equidad y territorialidad. Las intervenciones deben adaptarse a las características socioculturales de cada provincia y promover la participación activa de los adolescentes en la planificación y evaluación de servicios. Un enfoque basado en justicia social y equidad permitirá avanzar hacia un modelo de salud adolescente más inclusivo, sostenible y sensible a las necesidades locales

En síntesis, la salud preventiva en adolescentes de la Zona 6 del Ecuador exige una respuesta multisectorial, sostenida y contextualizada. El estudio confirma que la adolescencia continúa siendo una etapa de alta vulnerabilidad sanitaria. Superar las brechas identificadas requiere fortalecer la gobernanza sanitaria, garantizar recursos estables, impulsar la formación del talento humano en salud adolescente y consolidar sistemas de información actualizados. Solo así será posible cumplir con el derecho constitucional a la salud integral, con enfoque de género, equidad y diversidad cultural.

PRESUPUESTO

TENDENCIAS DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA DE PREVENCIÓN EN ADOLESCENTES DE LA ZONA 6 DEL ECUADOR 2020-2024.

Nombre: Sandra Margarita Cajamarca Tigre

Fecha elaboración:

RUBRO	DETALLE	UNIDAD	COSTO
Adquisición de software	Licencia temporal del programa estadístico SPSS (instalación y activación)	1	20\$
Acceso a bases de datos	Descarga de información secundaria del Ministerio de salud Pública (sin costo)	0	0,0\$
Conectividad	Traslados o conectividad a internet para acceso y análisis de datos.	1	25\$
TOTAL			45\$

CRONOGRAMA

	Actividades	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Responsable
1	Presentación de protocolo del tema de tesis.	x							Investigador
2	Aprobación del Comité de Bioética		x						Investigador
3	Descarga de información de los datos de la plataforma			x					Investigador
4	Desarrollo del documento				x	X			Investigador
5	Revisión y corrección del documento						X		Investigador
6	Presentación final del documento								Investigador

BIBLIOGRAFÍA

1. Silva TV, Orellana MEM, Loja WFS, Villa MHB, Molina BEG, Yáñez NSC. Factores de riesgo que inciden en la recurrencia de la violencia en niños, niñas y adolescentes en Cuenca, en Ecuador. Período 2009-2016. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar* [Internet]. 2021 Mar 9 [cited 2025 Jul 25];5(2):1267–90. Available from: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/327/431>
2. Silva-Guayasamín LG, Callejas D, Silva-Sarabia CA, Silva-Orozco GS. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN ECUADOR. *Enfermería Investiga* [Internet]. 2022 Apr 3 [cited 2025 Jul 25];7(2):87–92. Available from: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/1620>
3. Jones DE, Ariza L, Alonso JP, Durán P, Serpa LA de F, Serruya SJ. Estrategias de servicios de salud en mujeres, recién nacidos/as, niños/as y adolescentes durante la pandemia de COVID-19 en países de las Américas. *Cad Saude Publica*. 2023 Jan 13;38(12):e00120222.
4. Washington D. La COVID-19 afectó el funcionamiento de los servicios de salud para enfermedades no transmisibles en las Américas - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2020 [cited 2025 Aug 5]. Available from: <https://www.paho.org/es/noticias/17-6-2020-covid-19-afecto-funcionamiento-servicios-salud-para-enfermedades-no>
5. Jazmany G, Verdesoto Z, Guisela K, Mora R, Humberto L, Torres G. ANÁLISIS DE LA DESERCIÓN ESTUDIANTIL EN LAS UNIVERSIDADES DEL ECUADOR Y AMÉRICA LATINA. *Revista Pertinencia Académica* ISSN 2588-1019 [Internet]. 2018 Sep 28 [cited 2025 Jul 25];(8):01–28. Available from: <https://revistas.utb.edu.ec/index.php/rpa/article/view/2451>
6. Reynolds C, Sutherland MA, Palacios I. Exploring the use of technology for sexual health risk-reduction among ecuadorean adolescents. *Ann Glob Health* [Internet]. 2019 [cited 2025 Jul 25];85(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30993955/>
7. Haus KM, House HR, Martínez P, Schuette A, Kneese GS. Factors Influencing high adolescent pregnancy rate in Riobamba, Ecuador. *Proceedings in Obstetrics and Gynecology* [Internet]. 2023 Jun 27 [cited 2025 Jul 25];12(1). Available from: <https://doi.org/10.17077/2154-4751.31968>
8. Núñez-Naranjo AF, Morales-Urrutia X, Palacios H. Multidimensional Analysis of Adolescent Fertility in Latin America: Trends and Determinants. *Academic Journal of Interdisciplinary Studies* [Internet]. 2024 May 5 [cited 2025 Jul 25];13(3):159–159. Available from: <https://www.richtmann.org/journal/index.php/ajis/article/view/13776>
9. Martínez Coral C, Martínez CC. Sexual violence against girls in schools as a public health issue: a commentary on the case Paola Guzmán Albarracín v. Ecuador. *Sex Reprod Health*

- Matters [Internet]. 2021 [cited 2025 Jul 25];29(1):1893147. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8009021/>
10. Vargas A, Gallegos C, Moreno K. Atrapados en el fuego cruzado: el impacto de la crisis de seguridad de Ecuador en la salud mental de adolescentes y adultos jóvenes. *Metro Ciencia* [Internet]. 2024 Sep 15 [cited 2025 Jul 25];32(3):8–14. Available from: <https://revistametrociencia.com.ec/index.php/revista/article/view/694/731>
 11. Sanhueza A, Costa JC, Mújica OJ, Carvajal-Velez L, Caffè S, Victora C, et al. Trends and inequities in adolescent childbearing in Latin American and Caribbean countries across generations and over time: a population-based study. *Lancet Child Adolesc Health* [Internet]. 2023 Jun 1 [cited 2025 Jul 25];7(6):392–404. Available from: [https://doi.org/10.1016/s2352-4642\(23\)00077-9](https://doi.org/10.1016/s2352-4642(23)00077-9)
 12. Torres I, López-Cevallos DF. Institutional challenges to achieving health equity in Ecuador. *Lancet Glob Health* [Internet]. 2018 Aug 1 [cited 2025 Jul 25];6(8):e832–3. Available from: <https://www.thelancet.com/action/showFullText?pii=S2214109X18302456>
 13. Privado P, Magister en Microbiología EV, en Ciencias Biológicas L, Profesional Privado E, Kevin Jair Moreno-Indio EI, Josefina Valero-Cedeño III N, et al. Embarazo precoz en adolescentes de edades de 13 a 17 años de edad en Ecuador. *Polo del Conocimiento* [Internet]. 2020 Jul 26 [cited 2025 Jul 25];5(6):982–96. Available from: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/2389>
 14. José MVD, Menéndez FGM, Azúa IMS, Saltos MFL. Models of intervention and social support given to pregnant adolescents: a sociological study applied in the city of Portoviejo, Ecuador. *Journal of Ecohumanism* [Internet]. 2024 Aug 3 [cited 2025 Jul 25];3(4):3503–14. Available from: <https://doi.org/10.62754/joe.v3i4.3865>
 15. Goicolea I. Adolescent pregnancies in the Amazon Basin of Ecuador: a rights and gender approach to adolescents' sexual and reproductive health. *Glob Health Action* [Internet]. 2010 Dec [cited 2025 Jul 25];3(1):5280. Available from: <https://doi.org/10.3402/gha.v3i0.5280>
 16. Organización Mundial de la Salud. Health for the world's adolescents: A second chance in the second decade. Geneva: OMS; 2014.
 17. Organización Mundial de la Salud. Adolescent health and development. Geneva: OMS; 2020.
 18. López-Cevallos DF, Chi C. Health care utilization in Ecuador: A multilevel analysis of socio-economic determinants. *Int J Equity Health*. 2010;9(1):12.
 19. UNICEF. La salud de los adolescentes: Un reto global. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2022.
 20. OPS. Salud de los adolescentes y jóvenes en las Américas. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2021.
 21. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Informe sobre la atención integral a adolescentes 2020–2023. Quito: MSP; 2024.
 22. Chamorro-Valencia J, et al. Salud preventiva en adolescentes ecuatorianos: desafíos y oportunidades. *Rev Salud Pública Ecuador*. 2024;18(2):45–52.

23. Curtis S. Social determinants of health: A global perspective. Oxford: Routledge; 2016.
24. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: WHO; 1986.
25. Tenesaca F. Impacto de programas escolares en la promoción de la salud adolescente en Ecuador. *Rev Educ Salud*. 2015;12(1):33–40.
26. Sanhueza A, et al. Factores protectores en la salud adolescente: evidencias en América Latina. *Rev Panam Salud Pública*. 2023;47:e101.
27. Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas. Washington, DC: OPS; 2018.
28. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guía técnica de atención integral a adolescentes en el primer nivel de atención. Quito: MSP; 2022.
29. MSP. Evaluación de la implementación del MAIS-FCI en Ecuador 2019–2023. Quito; 2023.
30. Goicolea I, et al. Quality of care in adolescent preventive services: Latin American perspectives. *Rev Panam Salud Pública*. 2012;31(4):293–300.
31. Save the Children. Salud adolescente y pandemia en Ecuador. Quito; 2022.
32. Organización Mundial de la Salud. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: WHO; 2008.
33. OPS. Determinantes sociales de la salud en las Américas. Washington, DC; 2021.
34. Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. Informe final sobre desigualdades sanitarias globales. Geneva: WHO; 2008.
35. INEC. Encuesta nacional de salud y condiciones de vida 2023. Quito: INEC; 2024.
36. Carvajal J, Enríquez M. Barreras culturales en el acceso a servicios de salud en adolescentes indígenas de Morona Santiago. *Rev Salud Comunitaria*. 2020;5(1):12–20.
37. López-Cevallos DF, Chi C. Health care utilization in Ecuador: A multilevel analysis of socio-economic determinants. *Int J Equity Health*. 2019;18(1):12.
38. República del Ecuador. Constitución de la República del Ecuador. Quito: Registro Oficial; 2008.
39. MSP. Informe de cumplimiento del derecho a la salud adolescente 2023. Quito; 2023.
40. Aguilar Fuentes D, Torres Izurieta M. El derecho a la salud y la equidad social en Ecuador. *Rev Salud Pública Lat Am*. 2017;7(1):9–18.
41. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: WHO Europe; 2000.
42. Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Paola Guzmán Albarracín vs. Ecuador. San José: CIDH; 2020.
43. OPS/OMS. Estándares globales para servicios de salud de calidad para adolescentes. Washington, DC; 2018.
44. MSP. Evaluación de los Servicios Amigables para Adolescentes 2020–2023. Quito; 2023.
45. UNFPA. Salud sexual y reproductiva en adolescentes latinoamericanos. Panamá: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2022.
46. Estrada L, et al. Impacto de programas escolares integrales en la prevención de conductas de riesgo en adolescentes de Guayaquil. *Rev Salud Educ*. 2023;14(2):71–8.

47. OPS. Participación juvenil en salud: experiencias latinoamericanas. Washington, DC; 2021.
48. Organización Mundial de la Salud. Adolescent mental health: fact sheet. Geneva: WHO; 2022.
49. Vargas M, et al. Hospitalizaciones por trastornos del estado de ánimo en adolescentes ecuatorianos, 2021–2022. *Rev Salud Pública Ecuador*. 2024;18(2):45–52.
50. Gómez-Salgado J, et al. Mental health and COVID-19 confinement: youth perspectives in Latin America. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(12):6483.
51. OPS. Salud mental de adolescentes y jóvenes en las Américas. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2022.
52. UNFPA. Estado de la población mundial 2023: Mi cuerpo me pertenece. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2023.
53. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Informe nacional sobre embarazo adolescente 2023. Quito: MSP; 2024.
54. Campuzano Amat R, Velasco Muñoz A. Educación sexual integral y prevención del embarazo adolescente en Ecuador. *Rev Enferm Lat Am*. 2019;7(2):44–58.
55. Reynolds L, et al. Adolescent reproductive health barriers in Ecuador. *J Adolesc Health*. 2019;64(3):321–329.
56. OPS. Estándares de calidad para servicios de salud sexual y reproductiva en adolescentes. Washington DC; 2022.
57. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Plan Nacional de Salud Integral para Adolescentes 2018–2025. Quito: MSP; 2018.
58. OPS. Informe regional sobre salud adolescente en América Latina. Washington DC: OPS; 2021.
59. OMS. Adolescent health and wellbeing. Geneva: WHO; 2022.
60. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Base de datos nacional de morbilidad adolescente 2020–2024. Quito: MSP; 2024.
61. Save the Children. Salud adolescente y pandemia en Ecuador. Quito; 2022.
62. MSP. Evaluación del MAIS-FCI 2019–2023. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2023.
63. OPS. Impacto del COVID-19 en los servicios de salud esenciales en la Región Andina. Washington DC; 2022.
64. INEC. Anuario de estadísticas de salud 2023. Quito: INEC; 2024.
65. MINSALUD Perú. Evaluación pospandemia de programas de salud adolescente. Lima; 2023.
66. Ministerio de Salud de Colombia. Informe sobre recuperación de servicios preventivos post-COVID-19. Bogotá; 2023.
67. Reynolds L, et al. Adolescent reproductive health barriers in Ecuador. *J Adolesc Health*. 2019;64(3):321–329.
68. Goicolea I. Adolescent health inequalities in Latin America: the role of social determinants. *Health Policy*. 2010;97(1):31–38.

69. Mendoza C, et al. Desigualdades estructurales y acceso a servicios preventivos en Ecuador. *Rev Salud Soc.* 2024;10(1):45–59.
70. Torres DF, López-Cevallos D. Descentralización sanitaria y equidad en el acceso a la atención preventiva en Ecuador. Quito: FLACSO; 2018.
71. Felizzola Bohórquez A. Políticas de salud y planificación basada en evidencia en Ecuador. Quito: UCE; 2016.
72. UNESCO. Revisión mundial sobre educación sexual integral. París; 2023.
73. OPS. Transformar los sistemas de salud en el contexto post-COVID-19 en América Latina. Washington DC: OPS; 2023.