Boletín de Análisis Técnico
N°2-2026

Embarazo adolescente en el Ecuador

GOBIERNO DEL ECUADOR
CONSEJO NACIONAL PARA LA IGUALDAD DE GÉNERO
UNFPA

Contenido

Antecedentes 1

Embarazo Adolescente en Ecuador 2

Análisis de Información 4

Madres adolescentes según lugar de residencia 6

Embarazo adolescente, matrimonios infantiles y uniones tempranas 7

Embarazo adolescente y muerte materna 8

Conclusiones 11

Bibliografía 12

Anexos 14

Créditos

Juana Catalina Fernández Muñoz
Secretaria Técnica
Nanci Tello
Directora Técnica

GOBIERNO DEL ECUADOR

Elaborado por: Eliana Muñoz Sotomayor
Aporte técnico UNFPA: Andrés Albán
Revisado por: Nanci Tello Torres

1. Antecedentes

Según la Organización Mundial de la Salud – OMS, el embarazo en la adolescencia constituye una problemática de alcance global, cuyas causas han sido ampliamente identificadas y cuyas repercusiones afectan de manera significativa la salud, el bienestar social y el desarrollo económico.

Aunque en las últimas décadas se ha observado una disminución de la tasa de fecundidad adolescente a nivel mundial, los avances no han sido homogéneos entre regiones, países e incluso dentro de los propios territorios nacionales. Esta situación se presenta con mayor frecuencia entre adolescentes con menores niveles educativos y en condiciones de vulnerabilidad socioeconómica (OMS, 2024).

Cada año, se estima que 21 millones de niñas de entre 15 y 19 años en las regiones en desarrollo quedan embarazadas y aproximadamente 12 millones de ellas dan a luz (Sully EA, Darocho J, 2020).

A nivel mundial, la tasa de natalidad anual (TNA) ha disminuido de 64,5 nacimientos por cada 1000 mujeres (de 15 a 19 años) en 2000 a 41,3 en 2023. Aunque la tasa de natalidad anual estimada a nivel mundial ha disminuido, el número real de nacimientos de adolescentes sigue siendo alto. El mayor número estimado de nacimientos de jóvenes de 15 a 19 años en 2021 se produjo en el África subsahariana (6 114 000), mientras que en Asia Central se registraron muchos menos nacimientos (68 000) (Ibid.).

La evidencia presentada por la OMS sobre los factores de riesgo y de protección asociados al embarazo adolescente en países de ingresos bajos y medianos muestra que esta problemática se concentra con mayor frecuencia entre adolescentes que presentan menores niveles de escolaridad y condiciones socioeconómicas desfavorables. Asimismo, los avances en la disminución de los primeros embarazos durante la adolescencia han sido más limitados en estos grupos poblacionales, lo que ha contribuido a profundizar las brechas de desigualdad existentes.

Diversos factores inciden en la ocurrencia de embarazos y nacimientos durante la adolescencia. Entre ellos, persisten normas sociales y culturales que ejercen presión sobre las niñas para contraer matrimonio y asumir tempranamente la maternidad. Se estima que, en 2021, alrededor de 650 millones de mujeres en el mundo habían contraído matrimonio siendo niñas.

Esta práctica incrementa significativamente la probabilidad de embarazo precoz, ya que las niñas casadas suelen tener escasa capacidad de decisión respecto al momento de tener hijos y al uso de métodos anticonceptivos. Adicionalmente, las limitadas oportunidades educativas y laborales, junto con la valoración social de la maternidad en determinados contextos, pueden influir en la decisión de algunas adolescentes de iniciar tempranamente la maternidad (OMS, 2024).

El acceso a métodos anticonceptivos continúa representando un desafío para gran parte de la población adolescente. Incluso cuando estos se encuentran disponibles, las y los adolescentes pueden

enfrentar restricciones relacionadas con la falta de autonomía, recursos económicos insuficientes, desconocimiento sobre los servicios existentes o dificultades para utilizarlos de manera adecuada.

A ello se suma el estigma social asociado a su búsqueda y uso, así como una mayor probabilidad de abandono de los métodos debido a efectos secundarios, cambios en sus circunstancias personales o modificaciones en sus proyectos reprodu eseados, especialmente en el caso de las adolescentes.

Según un informe de la OMS publicado en 2021, alrededor de 120 millones de niñas menores de 20 años habían sufrido violencia sexual ejercida por personas distintas a sus parejas. Este problema está estrechamente vinculado a las desigualdades de género y afecta con mayor frecuencia a las niñas, aunque también impacta a numerosos niños. (OMS, 2020)

De acuerdo con el informe de la OMS, Estimaciones de la prevalencia de la violencia contra las mujeres 2018, cerca del 24 % de las adolescentes de entre 15 y 19 años han experimentado al menos una vez en su vida violencia física y/o sexual ejercida por una pareja íntima. Asimismo, el estudio señala que el 16 % de las adolescentes y mujeres jóvenes de ese mismo grupo etario fueron víctimas de este tipo de violencia durante los doce meses previos a la medición. (OMS, 2018: 21)

Según la CEPAL, el embarazo y la maternidad en la adolescencia generan impactos significativos en el desarrollo pleno de niñas y adolescentes, restringiendo sus oportunidades y el ejercicio de su autonomía. Esta problemática persiste de manera generalizada en América Latina y el Caribe, lo que ha llevado a los Estados a asumir compromisos para diseñar e implementar políticas públicas efectivas que materialicen los acuerdos internacionales y regionales orientados a su prevención y reducción.

En este contexto, la tasa de fecundidad adolescente en los grupos de 10 a 14 años y de 15 a 19 años constituye un indicador clave para el seguimiento de la meta 3.7 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que busca asegurar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva para el año 2030 (CEPAL, Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y El Caribe).

2. Embarazo adolescente en el Ecuador

Las niñas y adolescentes representan el 18,39 % de la población del Ecuador, lo que equivale a más de tres millones de personas. En este contexto, las desigualdades asociadas tanto a la edad como al género continúan marcando diferencias significativas en sus condiciones de vida.

Una muestra de ello es que la pobreza multidimensional afecta al 45,8 % de este grupo poblacional, constituyéndose en la tercera tasa más alta del país, solo superada por la de las mujeres indígenas y las mujeres montuvias.

De igual manera, el 38,4 % de las niñas y adolescentes reside en hogares que se

encuentran en situación de pobreza por ingresos (INEC, CENSO 2022).

Este peso poblacional tiene, además, un valor estratégico: Ecuador atraviesa desde 2004 su bono demográfico —una ventana de oportunidad que se extenderá más allá de 2050, en la que la población en edad de trabajar supera a la dependiente— y su aprovechamiento depende de invertir en la salud, la educación y el empleo de esta generación.

El embarazo en la adolescencia actúa en sentido contrario: interrumpe trayectorias educativas y laborales y transmite la desigualdad a la siguiente generación, erosionando ese dividendo. De ahí que convenga leerlo como una cadena —determinantes estructurales, ocurrencia del embarazo, consecuencias sociales y económicas, y desigualdades que se refuerzan— que evidencia la necesidad de fortalecer las políticas públicas de prevención y protección integral.[1]

De acuerdo con el Informe del Estado Mundial de la Población (2013), Ecuador ocupaba el tercer lugar en América Latina y el Caribe con la tasa más elevada de embarazo en adolescentes de 10 a 19 años, solo por detrás de Nicaragua y República Dominicana.

En Ecuador, el embarazo adolescente se mide principalmente a través de la tasa específica de fecundidad adolescente, un indicador que refleja el número de nacidos vivos registrados por cada 1.000 mujeres de un determinado grupo de edad durante un año. Este indicador se calcula para dos grupos etarios: niñas de 10 a 14 años y adolescentes de 15 a 19 años.[2]

La información utilizada proviene de los registros administrativos de nacimientos y de las proyecciones de población elaboradas por Instituto de Estadísticas y Censos. Este indicador permite conocer la magnitud del fenómeno, monitorear su evolución en el tiempo e identificar brechas territoriales y sociales que requieren atención prioritaria.

El Ecuador ha recibido varias recomendaciones de los órganos de tratados internacionales, para guiar al Estado en las actuaciones frente al embarazo en niñas y adolescentes. Entre estas recomendaciones, el Comité de los Derechos del Niño/a, en febrero de 2025, emite sus principales preocupaciones por la persistencia del embarazo en niñas y adolescentes y recomienda adoptar una política integral de salud sexual y reproductiva para adolescentes y entre otras, ampliar la Política Intersectorial para la Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes (2018-2025)[3] (Comité de los Derechos del Niño/a, 2025: párr.41).

Por su parte, el Comité de Derechos Humanos, en noviembre de 2024 emite recomendaciones al Estado para prevenir embarazos no deseados, especialmente entre adolescentes, garantizar el pleno acceso a servicios adecuados de salud sexual y reproductiva, desde un enfoque interseccional (Comité de Derechos Humanos, 2024: párr.22).

El Comité para le Eliminación de la Discriminación contra la Mujeres (CEDAW), también emitió recomendaciones en el año 2021, como resultado de la presentación del décimo informe periódico que defendió el Estado ecuatoriano. En el ámbito de la salud, el Comité hace referencia a la generación de programas de

concienciación para que mujeres y niñas puedan obtener de manera confidencial métodos anticonceptivos modernos e información sobre salud y derechos sexuales y reproductivos. (Comité de CEDAW, 2021: párr.34).

Las observaciones y recomendaciones emitidas por los órganos internacionales de derechos humanos evidencian que el embarazo en niñas y adolescentes continúa siendo un desafío prioritario para el Estado ecuatoriano, debido a sus profundas implicaciones en el ejercicio de derechos, la autonomía y los proyectos de vida de niñas y adolescentes.

Hacer frente a esta problemática requiere fortalecer las políticas públicas integrales de prevención, garantizar el acceso oportuno a educación integral en sexualidad, información y servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, así como abordar las desigualdades de género, la violencia sexual y las barreras que limitan el ejercicio de los derechos.

1 Análisis de Situación Poblacional del Ecuador (UNFPA/INEC/SNP, 2025).

2 Metodología de priorización territorial (MET) y base cantonal 2024 (UNFPA/INEC).

3 **La PLENA 2026-2035** fue expedida por Acuerdo Interinstitucional N.º 00002-2025 y publicada en el Registro Oficial, Suplemento N.º 191, del 24 de diciembre de 2025.

3. Análisis de información

Embarazo en niñas y adolescentes de 10-14 años y 15-19 años.

Tabla Nº 1

Número de nacidos vivos registrados (t+1) y tasa de
Periodo 2017- 2024

Años	Número de nacidos vivos registrados (t+1) 1/		Tasa específica 3/	
	10 -14 años	15 -19 años	10 -14 años	15 -19 años
2017	2.298	54.715	3,0	37,0
2018	2.099	54.168	2,7	36,0
2019	1.819	49.992	2,3	33,0
2020	1.653	43.619	2,1	29,0
2021	1.863	39.716	2,4	27,0
2022	1.937	38.276	2,4	26,0
2023	1.680	34.812	2,1	23,0
2024(p**)	1.621	30.580	2,0	21,0

Fuente: INEC (2026). Registro Estadístico de Nacidos Vivos, años 2010 - 2024.

1/ Nacidos vivos registrados (t+1): Desde 2010-2014 corresponden a los nacidos vivos ocurridos en el año d

2/ El INEC informa que las estimaciones utilizadas en los diferentes indicadores presentados en esta pub

3/ Tasa por 1.000 habitantes del grupo de edad

4/ La información no contiene los datos que corresponden a la categoría Sin Información de los grupos de

p**) cifras provisionales: corresponden a los datos o indicadores que se generan con información de los n

Los datos del Registro Estadístico de Nacidos Vivos muestran una tendencia sostenida de reducción de la fecundidad adolescente en Ecuador durante el período 2017-2024. Sin embargo, esta disminución no elimina las desigualdades estructurales que continúan afectando a niñas y adolescentes, especialmente aquellas que experimentan maternidades tempranas.
Entre 2017 y 2024, el número de nacidos vivos de madres de 10 a 14 años pasó de 2.298 a 1.621 casos, lo que representa una disminución del 29,5%. En el grupo

de 15 a 19 años, la reducción fue aún más significativa, pasando de 54.715 a 30.580 nacidos vivos, equivalente a una disminución del 44,1%.

De manera consistente, las tasas específicas de fecundidad también muestran una reducción:

•En niñas de 10 a 14 años, la tasa descendió de 3,0 a 2,0 nacidos vivos por cada mil niñas de ese grupo etario (reducción del 33,3%).

•En adolescentes de 15 a 19 años, la tasa pasó de 37,0 a 21,0 nacidos vivos por cada mil adolescentes (reducción del 43,2%).

Estos resultados sugieren avances en políticas de prevención del embarazo adolescente, acceso a información sobre salud sexual y reproductiva, y mayores oportunidades educativas para las adolescentes.

Ahora bien, esta baja protección no responde a un déficit de información. Según la ENSANUT, solo el 43,7 % de las mujeres de 12 a 24 años utilizó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual —cerca de 6 de cada 10 iniciaron su vida sexual sin protección, con mayor riesgo de embarazos no intencionales y de infecciones de transmisión sexual—, y ello ocurre pese a que el conocimiento de métodos supera el 90 % en casi todas las provincias (hasta 96,7 % en Pichincha).

La brecha se explica por barreras estructurales: la necesidad insatisfecha de anticoncepción alcanza el 15,1 % en Morona Santiago, el 12,4 % en Orellana y el 12,3 % en Napo, y la capacidad de tomar decisiones informadas en salud sexual y reproductiva cae por debajo del 50 % en la Amazonía (hasta el 46 % en Morona Santiago, Napo, Pastaza y Orellana), lo que demuestra que saber no equivale a poder decidir, cuando persisten barreras estructurales y normas de género desiguales. Como expresión directa de esa autonomía restringida, el 23,9 % de los embarazos vigentes en adolescentes de 10 a 19 años fue reportado como no deseado (INEC, ENSANUT, 2018).[4]

Este resultado también refleja las desigualdades de género que condicionan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de niñas y adolescentes. La posibilidad de utilizar un método anticonceptivo en la primera relación sexual no depende únicamente del conocimiento individual, sino de factores como el acceso a educación integral en sexualidad, la disponibilidad de servicios de salud amigables, la autonomía para tomar decisiones sobre el propio cuerpo y la capacidad para negociar el uso de métodos anticonceptivos con la pareja.

Estas condiciones suelen verse limitadas por normas sociales que reproducen relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres.

Por otro lado, a pesar de la tendencia descendente, preocupa que en 2024 todavía se registren 1.621 nacidos vivos de madres entre 10 y 14 años. Desde una perspectiva de derechos humanos e igualdad de género, los embarazos en este grupo etario constituyen una expresión extrema de desigualdad y vulneración de derechos.

Además, esta situación resulta especialmente alarmante debido a que,

según el Código Orgánico Integral Penal (COIP), las relaciones sexuales con personas menores de 14 años no pueden considerarse consentidas. En consecuencia, estos embarazos deben analizarse en el marco de la violencia sexual, relaciones desiguales de poder y limitaciones en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y constituyen una grave vulneración de los derechos de niñas y adolescentes (CNIG, 2025:84).

En cuanto al uso de anticonceptivos en niñas menores de 14 años (dato tomado de ENSANUT: 43,7 % de las mujeres de 12 a 24 años utilizó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual), es necesario realizar un análisis con atención particular.

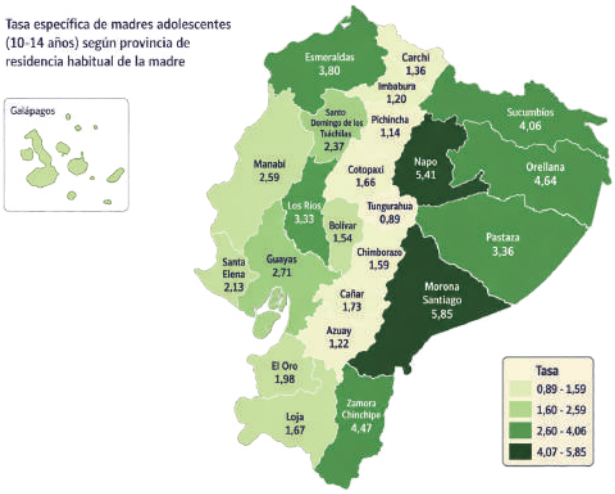
De acuerdo con el marco jurídico ecuatoriano ya mencionado, toda relación sexual con una persona menor de 14 años constituye un delito y no pueden interpretarse como resultado de decisiones libres e informadas.

En estos casos, la ausencia de uso de anticonceptivos responde, con frecuencia, a contextos de coerción, abuso o imposibilidad de ejercer autonomía sobre su cuerpo, más que a una elección individual.

4 "Cuando decidir no es posible..." (ENSANUT 2018 – INEC).

Madres adolescentes según lugar de residencia

Gráfico N° 1



Fuente: INEC, Registro Estadístico de Nacidos Vivos, años 1990 - 2024.

Por otro lado, la mayor tasa de maternidad adolescente en niñas de 10 a 14 años, según provincia de residencia habitual, se registra en varias provincias de la Región Amazónica, siendo Morona Santiago la que presenta el valor más alto. Esta situación puede analizarse en relación con los patrones de violencia de género que afectan a niñas y mujeres en estos territorios.

De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres 2019, Morona Santiago ocupa el segundo lugar a nivel nacional, después de Azuay, en prevalencia de violencia contra las mujeres a lo largo de la vida. En esta provincia, cerca de ocho de cada diez mujeres (78,9 %) declararon haber experimentado algún tipo de violencia (INEC, ENVIGMU, 2019).

Considerando que el embarazo en niñas menores de 15 años constituye una grave vulneración de derechos y está asociado a situaciones de violencia sexual[5], es posible identificar una convergencia territorial entre las provincias con mayores niveles de violencia de género y aquellas que registran las tasas más elevadas de maternidad infantil y adolescente temprana. Este patrón es particularmente visible en provincias como Morona Santiago, Napo y Azuay, donde coinciden altos niveles de violencia contra las mujeres y elevadas tasas de embarazo en niñas y adolescentes.

Estas brechas territoriales son cuantificables y estructurales. En niñas de 10 a 14 años las tasas específicas más altas se registran en Morona Santiago (5,85 por mil), Napo (5,41), Orellana (4,64), Sucumbíos (4,06) y Pastaza (3,36); y en adolescentes de 15 a 19 años, en Napo (85,64), Morona Santiago (72,65), Pastaza (67,81), Sucumbíos (61,51) y Esmeraldas (61,41). Son las mismas provincias que concentran la mayor pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas (Orellana 68,7 %, Morona Santiago 65,4 %, Esmeraldas 63,0 %, Napo 61,7 %), una fuerte presencia de pueblos indígenas y afroecuatorianos —cuyas mujeres tienen su primer hijo a edades más tempranas (afroecuatorianas 19,5 y montubias 19,8 años, frente a 20,5 a escala nacional)— y las que ingresan más tarde al bono demográfico, con menor cobertura educativa. Reconociendo esta convergencia, la Política PLENA 2026-2035 focaliza su intervención, mediante un Índice de Vulnerabilidad territorial, en cantones como Taisha, Huamboya y Tiwintza (Morona Santiago), Nangaritza (Zamora Chinchipe), Arajuno (Pastaza), Archidona (Napo) y Loreto (Orellana). El Índice ha clasificado 46 cantones como Prioridad 1, en los que se concentrarán los recursos iniciales de la intervención.

Adicional al análisis de violencia, es importante considerar los factores estructurales de desigualdad que llevan a las niñas y adolescentes a interrumpir su plan de vida. Esta problemática social constituye uno de los principales factores que limitan la permanencia y continuidad educativa de niñas y adolescentes.

Con frecuencia, el embarazo y la maternidad temprana se traducen en interrupciones de la trayectoria escolar debido a la falta de redes de cuidado, la discriminación, el estigma y las dificultades para conciliar las responsabilidades de crianza con la asistencia a los centros educativos. Como resultado, muchas adolescentes abandonan el sistema educativo, lo que reduce sus oportunidades de acceder a educación superior, empleo digno y autonomía económica.

Según la información disponible para 2024, 1.30% de niñas de entre 10 y 14 años, que fueron madres no registraban ningún nivel de instrucción educativa[6]. Este dato evidencia que el embarazo temprano no solo interrumpe el proyecto de vida de niñas y adolescentes, sino que también se encuentra estrechamente relacionado con desigualdades preexistentes en el acceso a la educación.

La exclusión educativa incrementa las condiciones de vulnerabilidad, al limitar el acceso a información, habilidades y herramientas para el ejercicio de los de-

rechos sexuales y reproductivos, así como para la prevención del embarazo temprano.

Además, estas condiciones pueden aumentar la exposición a situaciones de violencia, abuso y otras formas de vulneración de derechos, perpetuando ciclos de desigualdad y exclusión social.

A esta transmisión intergeneracional de la desigualdad se suma un efecto directo sobre la salud de la niñez: los hijos e hijas de madres que fueron adolescentes tienen una probabilidad 21,5 puntos porcentuales mayor de sufrir desnutrición crónica infantil (DCI) que los de mujeres que postergaron la maternidad, y la mayor prevalencia de DCI del país se concentra en madres de 10 a 19 años (22,8 %).

Se estima que evitar 100 embarazos en niñas y adolescentes previene alrededor de 23 casos de DCI. Esta vulnerabilidad se agrava por factores étnicos: cuando la madre adolescente se autoidentifica como indígena, la probabilidad de que su hijo o hija presente DCI aumenta en 39,4 %, lo que justifica intervenciones con pertinencia cultural. Prevenir la maternidad temprana es, por tanto, también una estrategia de desarrollo infantil.[7]

En el grupo de adolescentes de 15 a 19 años que fueron madres, el 26,9% alcanzó un nivel de instrucción media. Si bien este dato refleja que una parte de las adolescentes logró permanecer en el sistema educativo hasta ese nivel, también evidencia que una proporción significativa no alcanzó o no concluyó la educación media, lo que puede estar asociado a la interrupción de sus trayectorias educativas como consecuencia del embarazo y la maternidad temprana. Esta situación limita sus oportunidades de continuar hacia la educación superior, acceder a empleos de calidad y fortalecer su autonomía económica.

Por ello, la persistencia de estos casos evidencia que continúan existiendo brechas en la protección integral de niñas y adolescentes, así como desafíos en la prevención y sanción de la violencia basada en género.

Embarazo adolescente, matrimonios infantiles y uniones tempranas

Además, es importante considerar que los matrimonios infantiles y las uniones tempranas mantienen una estrecha relación con el embarazo adolescente. Por un lado, los matrimonios y uniones infantiles, tempranos y forzados (MUITF) suelen incrementar la probabilidad de embarazos a edades tempranas; por otro, en muchos casos, la ocurrencia de un embarazo conduce al establecimiento de una unión o matrimonio. Esta relación bidireccional evidencia la necesidad de abordar ambos fenómenos de manera integral (CEPAL, UNFPA, 2023: 14-16).

Asimismo, en el boletín de Igualdad de Género emitido por la CEPAL y UNFPA, se señala que la situación conyugal de niñas y adolescentes guarda una estrecha relación con la interrupción de sus trayectorias educativas, ya sea por abandono o exclusión del sistema escolar. De acuerdo con encuestas de hogares realizadas en seis países de la región, la mayoría de las menores de 18 años que han estado unidas no asiste a un establecimiento educativo.

Esta situación alcanza niveles especialmente elevados en México, donde el 87,8% de las adolescentes alguna vez unidas se encuentran fuera de la escuela, y en Bolivia, con el 74,2%, mientras que en Ecuador esta proporción se aproxima al 50%. Estos datos reflejan cómo las uniones tempranas constituyen un factor que limita el ejercicio del derecho a la educación y reduce las oportunidades de desarrollo de niñas y adolescentes (Ibid.).

A este análisis se suma el hecho de que Ecuador es el único país de América del Sur que ha prohibido de manera absoluta el matrimonio infantil. Si bien países como Argentina, Bolivia y Brasil han impulsado reformas legales en los últimos años para restringir esta práctica, aún contemplan excepciones que permiten el matrimonio de personas menores de edad mediante autorización judicial o con el consentimiento de madres, padres o representantes legales (Lud, 2019: 6). Esta diferencia posiciona a Ecuador como un referente regional en la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes frente a las uniones tempranas.

Embarazo adolescente y muerte materna

Tabla N°2

Defunciones maternas, por causa de defunción y edad de la mujer (14-19 años) (Tabla completa en Anexo N°1) - Año 2024 (p**)'

Lista internacional detallada (Décima revisión CIE - 10)	Total	Edad al fallecer				
		14	16	17	18	19
Total	**12**	**1**	**1**	**2**	**4**	**4**
006 Aborto no especificado	1	-	-	1	-	-
014 Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] con proteinuria significativa	1	-	-	1	-	-
015 Eclampsia	2	-	-	-	1	1
062 Anormalidades de la dinámica del trabajo de parto	1	-	-	-	-	1
085 Sepsis puerperal	2	-	-	-	1	1
098 Enfermedades maternas infecciosas y parasitarias clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo	1	1	-	-	-	-
099 Otras enfermedades maternas clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio	4	-	1	-	2	1

31 de diciembre de 2024.
p) cifras provisionales:** corresponden a los datos o indicadores que se generan con información de las defunciones generales ocurridas en el año 2024, las mismas que están sujetos a ajustes por registros posteriores y porque aún no ha finalizado el proceso de Búsqueda Intencionada y Reclasificación de Muerte Materna - BIRMM, entre el INEC e MSP.

Se toma en cuenta muertes maternas en rango de **edad 14-19 años para interés de este boletín**

Fuente: INEC, Registro Estadístico de Defunciones Generales 2024

A partir del cuadro de defunciones maternas en niñas y adolescentes de 14 a 19 años en Ecuador (2024)[8], se registran un total de 12 muertes maternas en este grupo etario en el año 2024. Esta cifra, aunque menor en términos absolutos, mantiene una alta relevancia desde el enfoque de derechos humanos, ya que evidencia la persistencia de muertes evitables asociadas al embarazo en edades tempranas del ciclo de vida.[9]

En cuanto a la distribución por edad, las defunciones se concentran principalmente en adolescentes de 17, 18 y 19 años, con menor presencia en edades de 14 y 16 años. Este patrón refleja que la mortalidad materna se incrementa en la adolescencia tardía, cuando los embarazos son más frecuentes, aunque también evidencia la existencia de riesgos graves incluso en etapas más tempranas del desarrollo. La presencia de muertes en todas las edades del rango analizado confirma la vulnerabilidad persistente de las adolescentes frente a complicaciones obstétricas.

Respecto a las causas de defunción, se observa una concentración en complicaciones asociadas al embarazo, parto y puerperio. Entre las principales se encuentran la sepsis puerperal (O85), con 2 casos; la eclampsia (O15), con 2 casos; la hipertensión gestacional con proteinuria significativa (O14), con 1 caso; el aborto no especificado (O06), con 1 caso; las enfermedades maternas infecciosas y parasitarias que complican el embarazo (O98), con 1 caso; y otras enfermedades maternas clasificables en otra parte (O99), que concentran 4 casos. Adicionalmente, se registra una muerte asociada a anormalidades de la dinámica del trabajo de parto (O62).

Este perfil de mortalidad evidencia que la mayoría de las defunciones están relacionadas con complicaciones obstétricas graves, muchas de ellas potencialmente prevenibles mediante atención prenatal integral y oportuna, identificación temprana de factores de riesgo, seguimiento adecuado del embarazo y respuesta inmediata y especializada frente a las emergencias obstétricas. Sin embargo, en el caso de niñas y adolescentes, esta problemática debe analizarse desde una perspectiva más amplia, reconociendo que un embarazo a estas edades puede constituir una manifestación de violencia sexual infantil, particularmente en niñas menores de 14 años. Por tanto, no se trata únicamente de una problemática de salud materna, sino de una grave vulneración de derechos y una expresión de violencia que puede tener consecuencias físicas, psicológicas y sociales de largo plazo.

En conjunto, la información confirma que la mortalidad materna en adolescentes sigue siendo un problema evitable y estrechamente vinculado a desigualdades sociales y de género, lo que exige fortalecer las políticas de prevención del embarazo adolescente y asegurar el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos. Además, la reducción de estas muertes requiere fortalecer simultáneamente las acciones de prevención de la violencia sexual, la protección integral de niñas y adolescentes y la capacidad del sistema de salud para identificar y atender oportunamente las complicaciones obstétricas, evitando desenlaces que, en numerosos casos, pueden ser prevenibles.

Desde una perspectiva de costos evitables, la metodología MILENA estimó que las 8 muertes maternas en adolescentes de 10 a 19 años de 2023 representaron la pérdida de 504 años potenciales de vida y 344 años de vida productiva, con un costo social cercano a USD 1,4 millones. A escala nacional, la razón de mortalidad materna se redujo de 60,7 (2010) a 35,6 por 100.000 nacidos vivos

(2023), lo que confirma que se trata de muertes evitables cuando existe atención oportuna y de calidad.

En el ámbito de la salud, en 2023 el sistema público atendió a 1.837 adolescentes de 10 a 19 años por abortos, con un gasto directo de USD 822.094. Este dato evidencia una problemática de salud pública vinculada a factores estructurales, entre ellos la violencia sexual, que afecta de manera particular a niñas y adolescentes. Frente a esta realidad, la Política Intersectorial para el Abordaje Integral del Embarazo en Adolescentes (PLENA) 2026–2035 incorpora entre sus líneas estratégicas acciones dirigidas a fortalecer la respuesta estatal, incluyendo el mejoramiento de los servicios de interrupción voluntaria del embarazo para adolescentes víctimas de violación, mediante personal sensibilizado y rutas de derivación conocidas y disponibles. De este modo, la política plantea una respuesta integral, oportuna y articulada que busca garantizar el acceso a servicios de salud y fortalecer la protección de los derechos de las adolescentes, especialmente ante situaciones de violencia sexual que pueden afectar su salud, bienestar y desarrollo integral.

La PLENA constituye el principal instrumento intersectorial del Estado ecuatoriano para prevenir y abordar integralmente el embarazo en niñas y adolescentes. Su formulación involucra al Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Educación, Ministerio de Trabajo y Desarrollo Humano y Ministerio de Gobierno, con articulación de otras instituciones y actores sociales. Traza metas claras a largo plazo, orientadas a garantizar que las niñas y adolescentes permanezcan en el sistema educativo y ejerzan de manera plena sus derechos sexuales y reproductivos. Entre sus principales objetivos se destacan la reducción sostenida de la tasa de fecundidad en la próxima década, el aseguramiento de un crecimiento equitativo y la ruptura de la transmisión intergeneracional de la pobreza que afecta a las madres tempranas.

En coherencia con las políticas orientadas a la prevención y erradicación del embarazo en niñas y adolescentes, resulta pertinente señalar que, en 2024, el Estado ecuatoriano formuló la Política Pública de Erradicación de la Violencia Sexual en el Sistema Educativo, considerando que la violencia sexual constituye uno de los factores asociados al embarazo temprano, particularmente en niñas y adolescentes. Esta política tiene como objetivo prevenir, detectar, atender y erradicar las situaciones de violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes en el Sistema Nacional de Educación, mediante una respuesta articulada entre el Ministerio de Educación y las demás instituciones competentes del Estado.

Su implementación se sustenta en diversos instrumentos y mecanismos de actuación, entre ellos los “Protocolos y rutas de actuación frente a situaciones de violencia detectadas o cometidas en el sistema educativo”, que establecen procedimientos para la prevención, detección, atención, denuncia, derivación y seguimiento de los casos de violencia. Estos mecanismos resultan fundamentales para garantizar una respuesta oportuna y articulada, así como para fortalecer la protección integral y la restitución de derechos de niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia sexual.

Por otro lado, el Ministerio de Salud

Pública presentó, el 17 de septiembre de 2026, la Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2026–2030, como instrumento rector orientado a garantizar el acceso equitativo, digno y de calidad a servicios de salud sexual y reproductiva y al ejercicio de estos derechos durante todo el curso de vida.

La política busca reducir las brechas de acceso asociadas a desigualdades socioeconómicas, de género, culturales y territoriales, y prioriza la prevención de riesgos obstétricos, la protección de la salud materna, la reducción del embarazo en adolescentes y la disminución de la mortalidad materna evitable.

5 MILENA 1.0 (UNFPA, 2024) y estudio de aborto (ENDI 2024 – INEC).

6 INEC, Defunciones Generales 2024; MILENA 1.0 (UNFPA, 2024).

7 MILENA 1.0 (UNFPA, 2024) y PLENA 2026-2035 (línea estratégica 2.3).

8 UNFPA. Ecuador presenta Plan intersectorial PLENA 2026-2035 para prevenir el embarazo en niñas y adolescentes https://ecuador.unfpa.org/es/news/ecuador-presenta-plan-intersectorial-plena-2entity26-2entity35-para-prevenir-el-embarazo-en

4. Conclusiones

La maternidad temprana afecta de manera desproporcionada a las mujeres y reproduce ciclos de desigualdad de género. Es evidente que las adolescentes que enfrentan embarazos tempranos suelen experimentar interrupción o abandono de sus estudios, menores oportunidades de inserción laboral futura, incremento de la dependencia económica, mayor exposición a situaciones de pobreza y exclusión social, sobrecarga de trabajo doméstico y de cuidados no remunerados.

Estas condiciones limitan el ejercicio pleno de sus derechos y su autonomía económica, con un costo que trasciende lo individual. Las mujeres que fueron madres en la adolescencia completan con menor frecuencia la educación (1,6 % menos la primaria y secundaria y 5,5 % menos la superior), perciben ingresos laborales un 18,4 % inferiores y enfrentan mayor desempleo que quienes postergaron la maternidad. En conjunto, la metodología MILENA estimó que en 2023 el embarazo adolescente y la maternidad temprana implicaron para el país una pérdida de productividad de USD 111,56 millones y un impacto económico total del orden de USD 219,56 millones, además de reproducir la pobreza en la siguiente generación —los hijos de madres adolescentes registran 21,5 puntos porcentuales más de probabilidad de desnutrición crónica—.

En el plano fiscal, la menor participación laboral y la precariedad de las madres adolescentes hacen que el Estado deje de percibir alrededor de USD 3 millones anuales en impuestos. Prevenir el embarazo adolescente es, por tanto, una inversión social, económica y fiscal.

El embarazo adolescente no puede analizarse únicamente como un fenómeno demográfico o sanitario. Constituye también una manifestación de desigualdades estructurales de género que se intersectan con otras condiciones de vulnerabilidad, tales como: pobreza, pertenencia étnica, ruralidad, limitado acceso a educación integral en

sexualidad, barreras para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva.

La disminución observada entre 2017 y 2024 constituye un avance relevante para la igualdad de género y el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos. No obstante, el hecho de que en 2024 aún se registren más de 32.000 nacidos vivos de madres menores de 20 años (1.621 en niñas de 10-14 años y 30.580 en adolescentes de 15-19 años) evidencia que el embarazo adolescente continúa siendo un problema de desarrollo, salud pública y derechos humanos.

En este contexto, resulta fundamental fortalecer:

•La educación integral en sexualidad con enfoque de derechos y género.

•El acceso oportuno a servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes.

•Los mecanismos de prevención, detección y atención de la violencia sexual.

•Las estrategias de permanencia y reinserción educativa para madres adolescentes.

•La corresponsabilidad social y estatal en las tareas de cuidado.

•Las acciones dirigidas a transformar normas socioculturales que perpetúan desigualdades de género.

Estas prioridades coinciden con los seis objetivos de la Política Intersectorial para el Abordaje Integral del Embarazo en Adolescentes (PLENA) 2026-2035 —educación integral de la sexualidad; servicios de salud amigables con acceso a anticoncepción moderna; cambio de patrones socioculturales; permanencia y reinserción educativa; protección frente a la violencia y las uniones tempranas; y sostenibilidad intersectorial—, para cuyo seguimiento territorial este boletín aporta evidencia.

9 UNFPA. Ecuador presentó la nueva Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2026-2030. Disponible en: https://ecuador.unfpa.org/es/news/ecuador-presenta-la-nueva-pol%C3%ADtica-nacional-de-salud-sexual-y-reproductiva-2entity26

Bibliografía

CEPAL (s/n). Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe: Fecundidad de las Adolescentes. Disponible en: https://oig.cepal.org/es/indicadores?id=2276 **EPAL – UNFPA (2023).** Boletín Igualdad de Género. No1. Matrimonios Infantiles y Uniones Tempranas. Desigualdad y pobreza en mujeres, niñas y adolescentes de América Latina y el Caribe. Disponible en: https://www.cepal.org/es/publicaciones/68723-matrimonios-infantiles-uniones-tempranas-desigualdad-pobreza-mujeres-ninas

Comité de los Derechos del Niño (2025). Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico del Ecuador (CRC/C/ECU/CO/7). Disponible en: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/-

Download.aspx?symbolno=CRC%2FC%2FECU%2FCO%2F7&Lang=en

Comité de Derechos Humanos – Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (2024). Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico del Ecuador (CCPR/C/ECU/CO/7). Disponible: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CCPR%2FC%2FECU%2FCO%2F7&Lang=en.

Comité sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (2021). Observaciones finales sobre el décimo informe periódico del Ecuador (CEDAW/C/ECU/CO/10). Disponible en: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW%2FC%2FECU%2FCO%2F10&Lang=en

Consejo Nacional para la Igualdad de Género (2025). Agenda Nacional para la Igualdad de Género 2025-2029. Disponible en: https://www.igualdadgenero.gob.ec/agenda-nacional-2025-2029/
INEC, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/ENSANUT_2018/Principales%20resultados%20ENSANUT_2018.pdf

INEC, Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres – ENVIGMU – 2019. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Violencia_de_genero_2019/Principales%20resultados%20ENVIGMU%202019.pdf

Lud, A. (2019), Adecuación normativa a la Convención sobre los Derechos del Niño en América Latina. Avances y deudas con la niñez, UNICEF, Panamá. https://www.unicef.org/lac/informes/la-adecuacion-normativa-la-convencion-sobre-los-derechos-del-nino-en-america-latin

OMS, 2018. Violencie Against Women Prevalence Estimates 2018. Disponible en: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/145c0488-87d1-4d3f-a562-f98f9bd5dac2/content

OMS - UNICEF, 2020. Global status report on preventing violence against children 2020. Disponible en: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/d8ebcb72-a9ad-4ca9-9979-45f04b374e65/content

OMS, 2024. Embarazo Adolesdente. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy

Sully EA, Biddlecom A, Daroch J, Riley T, Ashford L, Lince-Deroche N et al. (2020) Sumando todo: Invertir en salud sexual y reproductiva 2019. Nueva York: Instituto Guttmacher. Disponible en: https://www.guttmacher.org/report/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019

Anexo 1

Defunciones maternas, por causa de defunción y edad de la mujer (14-19 años) Año 2024 (p**)'

Lista internacional detallada (Décima revisión CIE - 10)		Total	Edad al fallecer				
			14	16	17	18	19
Total		**12**	**1**	**1**	**2**	**4**	**4**
O00	Embarazo ectópico		-	-	-	-	-
O02	Otros productos anormales de la concepción		-	-	-	-	-
O03	Aborto espontáneo		-	-	-	-	-
O04	Aborto médico		-	-	-	-	-
O06	Aborto no especificado	1	-	-	1	-	-
O14	Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] con proteinuria significativa	1	-	-	1	-	-
O15	Eclampsia	2	-	-	-	1	1
O20	Hemorragia precoz del embarazo		-	-	-	-	-
O26	Atención a la madre por otras complicaciones principalmente relacionadas con el embarazo		-	-	-	-	-
O32	Atención materna por presentación anormal del feto, conocida o presunta		-	-	-	-	-
O43	Trastornos placentarios		-	-	-	-	-
O44	Placenta previa		-	-	-	-	-
O45	Desprendimiento prematuro de la placenta [Abruptio placentae]		-	-	-	-	-
O62	Anormalidades de la dinámica del trabajo de parto	1	-	-	-	-	1
O63	Trabajo de parto prolongado		-	-	-	-	-
O68	Trabajo de parto y parto complicados por sufrimiento fetal		-	-	-	-	-
O72	Hemorragia postparto		-	-	-	-	-
O73	Retención de la placenta o de las membranas, sin hemorragia		-	-	-	-	-
O75	Otras complicaciones del trabajo de parto y del parto, no clasificadas en otra parte		-	-	-	-	-
O85	Sepsis puerperal	2	-	-	-	1	1
O88	Embolia obstétrica		-	-	-	-	-
O90	Complicaciones del puerperio, no clasificadas en otra parte		-	-	-	-	-
O95	Muerte obstétrica de causa no especificada		-	-	-	-	-

10 **Fuente:** PLENA 2026-2035 (Registro Oficial Supl. N.º 191, 24-dic-2025) y su Plan de Implementación. Motivo: anclar las recomendaciones en el marco de política pública vigente.



GOBIERNO DEL
ECUADOR

CONSEJO NACIONAL PARA LA IGUALDAD DE GÉNERO