DETERMINANTES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN COLOMBIA

Profamilia

PLAN INTERNATIONAL
Por la niñez colombiana

DETERMINANTES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN COLOMBIA

Explicando las causas de las causas

Un estudio a profundidad a partir de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS 2015.

Profamilia

PLAN INTERNATIONAL
Por la niñez colombiana

Determinantes del embarazo en adolescentes en Colombia:
Explicando las causas de las causas
ISBN: 978-958-8164-51-9

Asociación Probienestar de la Familia Colombiana – Profamilia
Marta Royo. Directora Ejecutiva
Luz Janeth Forero. Gerente de Proyectos e Investigaciones

Fundación PLAN
Alejandro Gamboa. Presidente Ejecutivo
Maribel Riaño. Asesora Técnica Nacional

Apoyo Técnico
Mary Luz Mejía
Maribel Riaño

Equipo de Investigación
Rocío Murad
Juan Carlos Rivillas
German Gómez
Jorge Sicachá
Victoria Vargas

Agradecimientos
Luz Janeth Forero
Natalia Acevedo
Juliana Ríos

La ENDS es producto de un esfuerzo intersectorial conducido
por el Ministerio de Salud y Protección social y la Asociación Probienestar
de la Familia Colombiana – Profamilia.

FOTOS:
©Fotógrafo Pieter Ten Hoopen, Iniciativa
Child Mothers, realizado por UNFPA y
Plan International; fotos páginas: Portada, 38, 79, 84 y 88

Bogotá, D.C. Junio de 2018

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN
INTRODUCCIÓN
OBJETIVOS
MARCO TEÓRICO
- Estereotipo de género
- Adolescencia
- Embarazo en adolescentes
- Modelo conceptual de los determinantes sociales

METODOLOGÍA
- Fuente de datos
- Variables dependiente
- Variables independientes
- Limitaciones del estudio
- Consideraciones éticas

RESULTADOS
- Embarazo en adolescentes
- Maternidad temprana
- Descomposición del embarazo en adolescentes según determinantes sociales
- Paternidad adolescente
- Contribuciones de los determinantes del embarazo en adolescentes
- Contribuciones de los determinantes de la paternidad temprana.

CONCLUSIONES
RECOMENDACIONES
BIBLIOGRAFÍA

LISTAS

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Embarazo y maternidad de mujeres de 13 a 19 años por quintil de riqueza ENDS 2015

Gráfico 2 Diferencia de edad con el padre al nacimiento del primer hijo. ENDS 2015

Gráfico 3 Entre las mujeres que tuvieron su primer hijo antes de los 20 años y el padre es mayor 6 o más años, porcentaje expuesto a alguna forma de violencia por parte de la pareja antes de unirse y antes del primer año de unión. ENDS 2015

Gráfico 4 Inicio sexual ENDS 1990-2015

Gráfico 5 Mujeres de 13 a 19 años que tuvieron su primera relación sexual antes de cumplir 14 años según diferencia de edad con su primera pareja sexual. ENDS 2015

Gráfico 6 Oportunidad de la educación para la sexualidad. ENDS 2015

Gráfico 7 Peso relativo de la tasa específica de fecundidad de mujeres de 10 a 14 años sobre la tasa total de fecundidad. EEVV 2000-2015

Gráfico 8 Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que tuvo su primer hijo antes de cumplir los 15 años según edad actual. ENDS 2015

Gráfico 9 Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que tuvo su primer hijo antes de cumplir los 15 años según etnia, tipo de familia, zona y región. ENDS 2015

Gráfico 10 Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que tuvo su primer hijo antes de los 20 años según quintil de riqueza, condición migratoria y zona de afectación. ENDS 2015

Gráfico 11 Entre las mujeres de 13 a 24 años que tuvieron su primer hijo antes de los 20 años,distribución porcentual de la edad que tenía la mamá cuando tuvo su primer hijo. ENDS 2015

Gráfico 12 Entre las mujeres de 13 a 24 años que tuvieron un hijo antes de cumplir 20 años, porcentaje que tiene hermanas mayores que tuvieron hijos antes de cumplir los 18 años. ENDS 2015

Gráfico 13 Embarazo en la adolescencia según determinantes estructurales. ENDS 2015

Gráfico 14 Embarazo en la adolescencia según determinantes intermedios intrapersonales. ENDS 2015

Gráfico 15 Embarazo adolescente según determinantes intermedios relacionados con las percepciones de género. ENDS 2015

Gráfico 16 Embarazo adolescente según determinantes intermedios relacionados con la salud sexual y el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos. ENDS 2015

Gráfico 17 Embarazo adolescente según determinantes intermedios interpersonales. ENDS 2015

Gráfico 18 Porcentaje de hombres de 20 a 59 años que tuvo su primer hijo antes de los 20 años según edad actual. ENDS 2015

Gráfico 19 Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que tuvo su primer hijo antes de los 20 años según etnia, tipo de familia, zona y región. ENDS 2015

Gráfico 20 Porcentaje de hombres de 13 a 59 años que tuvo su primer hijo antes delos 20 años según según quintil de riqueza, condición migratoria y zona de afectación. ENDS 2015

Gráfico 21 Paternidad en la adolescencia según determinantes estructurales. ENDS 2015

Gráfico 22 Paternidad en la adolescencia según determinantes intermedios intrapersonales. ENDS 2015

Gráfico 23 Paternidad adolescente según determinantes intermedios relacionados con las percepciones de género. ENDS 2015

Gráfico 24 Paternidad adolescente según determinantes intermedios interpersonales. ENDS 2015

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Variables a considerar en el modelo de embarazo adolescente. Nombre, significado y categorías de respuesta

Tabla 2 Embarazo adolescente, pruebas de asociación para variables nominales

Tabla 3 Modelo para determinantes próximos del embarazo adolescente

Tabla 4 Modelo para determinantes intermedios del embarazo adolescente

Tabla 5 Modelo del embarazo adolescente en las mujeres actualmente unidas

Tabla 6 Modelo del embarazo adolescente en las mujeres actualmente unidas

Tabla 7 Modelo de determinantes del uso de métodos anticonceptivos modernos

Tabla 8 Variables a considerar en el modelo de paternidad adolescente. Nombre, significado y categoría de respuesta

Tabla 9 Paternidad adolescente, pruebas de asociación para variables nominales

Tabla 10 Paternidad adolescente, pruebas de asociación para variables categóricas

Tabla 11 Modelo de determinantes de la paternidad adolescente (13 a 19 años)

Tabla 12 Modelo de determinantes de la paternidad adolescente (13 a 59 años)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Resumen determinantes próximos y distales del embarazo adolescente

Figura 2 Contribución determinantes estructurales en el embarazo en la adolescencia en Colombia

Figura 3 Contribución determinantes intermedios en el embarazo en la adolescencia en Colombia (intrapersonales)

Figura 4 Contribución determinantes intermedios en el embarazo en la adolescencia en Colombia (interpersonales)

DETERMINANTES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN COLOMBIA

RESUMEN

Objetivo: El propósito de esta investigación fue realizar un análisis de los determinantes sociales con mayor contribución en la ocurrencia del embarazo en la adolescencia e identificar aquellos que aumentan el nivel de vulnerabilidad al riesgo de un embarazo, maternidad o paternidad en la adolescencia.

Métodos: a partir de la información recolectada en la ENDS de 2015 explicar el estado del embarazo, maternidad y paternidad en adolescentes en Colombia, aplicando un conjunto de modelos para estimar la contribución de los determinantes en la explicación del embarazo y la paternidad adolescente, respectivamente.

Resultados: La permanencia en el sistema educativo y la postergación del inicio de las relaciones sexuales son los principales factores protectores, mientras que los estereotipos de género y los patrones culturales que favorecen la violencia de género explican un importante segmento del riesgo de embarazo, la maternidad y la paternidad adolescentes.

Conclusiones y recomendaciones: Conocidas las acciones que deben ser implementadas para prevenir el embarazo y la paternidad en adolescentes, el siguiente paso debe concentrarse en diseñar e implementar políticas y programas de intervención sociales integrales que permitan actuar sobre esos determinantes sociales y en especial durante momentos sensitivos del curso de vida de los adolescentes, en particular entre los 10 y 14 años de edad. A partir de los resultados del estudio fue posible identificar cinco estrategias: i) reforzar e implementar leyes que protejan las niñas y adolescentes; ii) mitigar el daño y efectos negativos de largo plazo ocasionados por los estereotipos de género, a través de la acción colectiva interinstitucional; iii) construir ambientes seguros para los niños y niñas de 10 a 14 años de edad, desde el reconocimiento de sus principales vulnera-

bilidades; iv) Capitalizar el alto potencial de la tecnología y la comunicación para construir sociedad; y v) Fortalecer la coordinación intersectorial y crear sinergias entre los presupuestos para amplificar el impacto de las intervenciones. Para lograrlo, se requiere entonces fortalecer la acción interinstitucional para alcanzar las metas del Plan Decenal de Salud Pública PDSP-2012-2021, la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos y, los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud sexual y la salud reproductiva al 2030.

INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescencia es considerado un problema de salud pública, con marcadas consecuencias sociales y económicas, ya que está relacionado con la reproducción intergeneracional de la pobreza, el bajo logro escolar y la falta de oportunidades; así como con profundas consecuencias para la salud: el embarazo en la adolescencia afecta la salud física, mental y social de las mujeres más jóvenes y continúa siendo uno de los principales factores de mortalidad materna e infantil. (Flórez C., 2006).

El carácter multidimensional del embarazo en la adolescencia requiere un abordaje desde el modelo de determinantes sociales, a partir del cual crear estrategias intersectoriales que se interconecten y sean orientadas a su prevención y a la postergación de la maternidad y la paternidad (MSPS, Observatorio Nacional e Intersectorial del Embarazo Adolescente, 2013). A partir de la información recolectada en la ENDS de 2015 para las mujeres de 13 a 49 años y para los hombres de 13 a 59 años entrevistados, fue posible desarrollar un modelo explicativo de los determinantes sociales del embarazo en adolescentes sobre los cuales se requiere actuar. La encuesta aporta información relacionada con los siguientes determinantes: pobreza, desplazamiento, zona, etnia, tipo de familia, inicio de las relaciones sexuales, edad de la pareja, patrones de nupcialidad, acceso a información sobre sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, acceso a servicios en salud sexual y salud reproductiva, percepción sobre roles y estereotipos de género, y violencia de género.

El carácter multidimensional del embarazo en la adolescencia requiere un abordaje desde el modelo de determinantes sociales

Profamilia y Fundación PLAN, acordaron aunar esfuerzos con el propósito de profundizar en la información sobre el embarazo en la adolescencia recolectada en la ENDS 2015 para mujeres y hombres de 13 a 19 años. A través de técnicas multivariadas la investigación abordó el examen de los determinantes próximos y comportamentales, los intermedios y los estructurales según el modelo de De-

terminantes Sociales de la Salud de la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2007), los cuales fue posible obtener de la Encuesta y que están directamente relacionados con el embarazo y la maternidad en la adolescencia.

El informe se estructura en siete (7) capítulos. En el primero se presentan los objetivos generales y específicos de la investigación. El capítulo 2 se concentra en las consideraciones teóricas necesarias para el abordaje de la investigación. En el capítulo 3 se presenta la metodología empleada para su desarrollo. En el capítulo 4 se encuentran los resultados a partir de un estado del embarazo, maternidad y paternidad temprana, y del análisis de los modelos de determinantes sociales del embarazo en adolescentes. En el capítulo 5 se sintetizan las conclusiones y hallazgos más destacables. En el capítulo 6 se emiten las recomendaciones a partir de los hallazgos de la investigación. Finalmente, el capítulo 7 corresponde a las referencias bibliográficas consultadas y que soportan este estudio.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Realizar un análisis de los determinantes de mayor contribución en el embarazo, la maternidad, y la paternidad en adolescentes utilizando la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2015, con el fin de aportar evidencias y recomendaciones para actuar sobre los determinantes desde la estrategia nacional de prevención de embarazo adolescente en el marco de la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar el embarazo en adolescentes y el embarazo temprano (antes de los 15 años).
- Analizar la paternidad en la adolescencia.
- Identificar los determinantes sociales de mayor contribución en el embarazo y la maternidad en la adolescencia.
- Identificar los determinantes sociales de mayor contribución en la paternidad en la adolescencia.

MARCO TEÓRICO

ESTEREOTIPO DE GÉNERO

De acuerdo con el planteamiento de Roberta Cook (2010), "un estereotipo es una visión generalizada o una preconcepción sobre los atributos o características de los miembros de un grupo particular o sobre los roles que tales miembros deben cumplir, […] no importa si dichos atributos o características son o no comunes a las personas que conforman el grupo o si sus miembros de hecho, poseen o no tales roles. […] En la medida en que ignoran las necesidades, habilidades, circunstancias y los deseos individuales, estos generan un impacto significativo en la capacidad que tienen las personas para crear o formar sus propias identidades de acuerdo con sus valores y deseos" (Cook, 2010).

Los estereotipos de género son la construcción social y cultural de hombres y mujeres, en razón de sus diferentes funciones físicas, biológicas, sexuales y sociales. Incluyen: los estereotipos de sexo según los cuales los hombres y mujeres poseen características físicas diferenciadas; los estereotipos sexuales que determinan las formas aceptables de interacción sexual entre hombres y mujeres; los estereotipos sobre los roles sexuales que determinan los comportamientos que se atribuyen y se esperan de hombres y mujeres (Cook, 2010).

La socialización de los géneros y de los estereotipos de género constituye un proceso de aprendizaje cultural de los papeles asignados a cada uno según su sexo que inicia desde el embarazo cuando se expresan diferentes expectativas según sea niño o niña; durante la primera infancia los niños y niñas aprenden las diferencias que existen a través del trato y atención diferenciados que reciben por parte de los integrantes de su entorno familiar y social (UNICEF, 2008). Continúa durante toda la vida pero la adolescencia temprana (entre los 10 y los 14 años), es

Los estereotipos de género son **la construcción social y cultural de hombres y mujeres,** en razón de sus diferentes funciones físicas, biológicas, sexuales y sociales.

un momento crítico en el que las nociones preconcebidas sobre los roles y comportamientos que deben adoptar hombres y mujeres se intensifican: cambian las expectativas propias y las de los demás sobre los roles de género que se tenía en la infancia (Venkatraman Chandra-Mouli, 2017).

En la adolescencia temprana las normas y actitudes no equitativas de género son reforzadas por compañeros y padres; entre sus pares los adolescentes encuentran apoyo emocional así como protección social pero también control y presión para cumplir con las normas de género prevalecientes, a través de burlas, intimidación y exclusión social. La adolescencia temprana trae también una disminución en la tolerancia social para las amistades del sexo opuesto, provocada por el temor de los padres al inicio de las relaciones sexuales así como una fuerte presión para que sus hijos asuman roles que se ajusten a la normas de género prevalecientes en su cultura que protegen la reputación de sus hijos y familias del "perjuicio" que producirían conductas no convencionales. A su vez, los medios sociales y de masas, que facilitan la comunicación de los adolescentes a través de redes sociales y mensajes de texto, también están siendo utilizados para transmitir mensajes que reflejan actitudes desiguales de género así como para el acoso cibernético (Venkatraman Chandra-Mouli, 2017).

ADOLESCENCIA

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce entre los 10 y los 19 años, edades que representan el fin de la niñez y la etapa inmediatamente anterior a la adultez (OMS, 2011); en esta etapa los hombres y mujeres experimentan cambios físicos, emocionales y sociales a través de los cuales adquieren los recursos que sentarán las bases para que puedan disfrutar posteriormente de una vida sana y de bienestar (UNFPA, 2016). En la adolescencia temprana (10-14 años) inician el crecimiento y los cambios de la composición corporal; emocionalmente aún perciben su entorno en términos concretos e inmediatos y es incipiente el desarrollo de la capacidad de considerar las consecuencias que sus acciones tendrán a largo plazo; socialmente transitan entre la necesidad de afirmar su independencia y el temor de abandonar la seguridad, entre la necesidad de construir su propia identidad y la necesidad de adaptarse, de ser aceptado y de ampliar su círculo social (OMS, 2011) (UNFPA, 2016) (Rodríguez, Reproducción en la adolescencia en Chile, 2017).

Según el contexto social en el que se encuentren y los procesos de adaptación que vivan, los adolescentes podrán desarrollar patrones de conducta que tendrán efectos positivos o negativos duraderos en su salud y bienestar futuros como el consumo o no consumo de drogas o alcohol, el inicio o postergación de las relaciones sexuales, la adopción de conductas riesgosas o el uso de protección en relación con las prácticas sexuales (OMS, 2011) (UNFPA, 2016) (Rodríguez, Reproducción en la adolescencia en Chile, 2017).

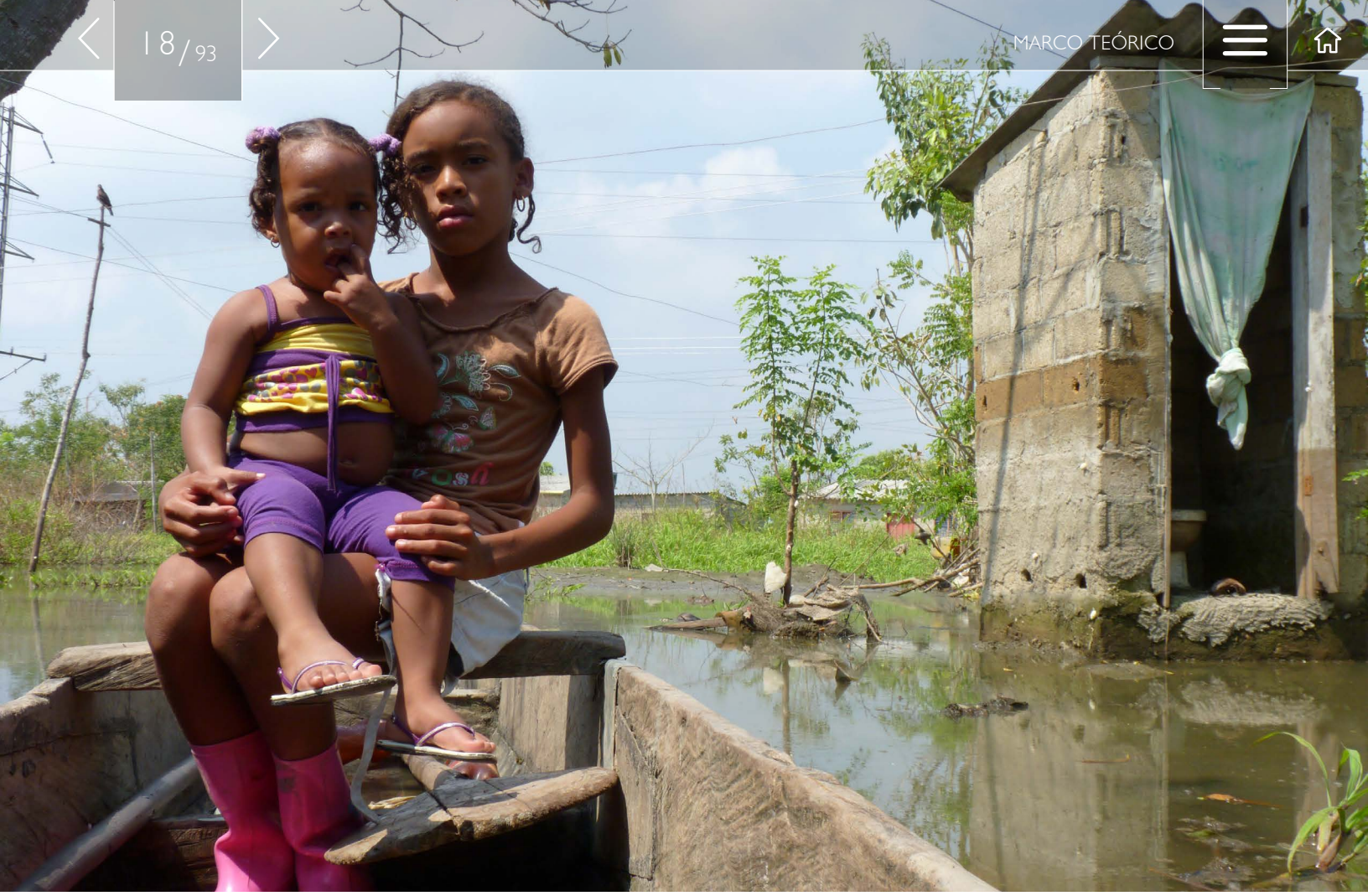
EMBARAZO EN ADOLESCENTES

El embarazo en adolescentes se ha explicado como un problema de salud, socioeconómico y demográfico. Hay un relativo consenso en torno a los efectos negativos del embarazo en la adolescencia sobre la vida de las niñas, sus familias y comunidades. Al respecto, Reyes y González (2014) destacan que el embarazo a temprana edad tiene consecuencias biológicas tanto para la madre como para el niño. Dichas consecuencias se evidencian como riesgos derivados de las condiciones de salud previas al embarazo (malnutrición, bajo peso y talla, necesidades básicas insatisfechas en el control prenatal) y las condiciones socioeconómicas de las adolescentes (pobreza, bajo logro escolar, necesidades básicas insatisfechas). En síntesis, el embarazo en adolescentes es resultado de la desigualdad social y la falta de oportunidades en la educación y el empleo, lo cual a menudo perpetúa el ciclo de la pobreza, causas que a su vez determinan la mortalidad y morbilidad explicada desde el embarazo en la adolescencia, en particular entre niñas y mujeres jóvenes de grupos más vulnerables y desfavorecidos (Reyes & González, 2014, pág. 105).

El embarazo puede tener consecuencias devastadoras para la salud de las niñas. Muchas adolescentes todavía no están físicamente preparadas para el embarazo o el parto y son, por lo tanto, más vulnerables frente a complicaciones. (Fondo de Población de las Naciones Unidas). Adicionalmente, las adolescentes y jóvenes en embarazo tienen mayor posibilidad de abandonar sus estudios, volver a quedar en embarazo y con ello menor posibilidad de acceder a trabajos bien remunerados cayendo en una de las llamadas "trampas de la pobreza" (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2016). Es así como en el análisis de la relación entre embarazo en la adolescencia y pobreza se hace necesario considerar que en estas edades, la maternidad y la paternidad limitan la permanencia en el sistema escolar lo que disminuye la oportunidad de acceder a trabajo calificado y que, a su vez, la condición de pobreza en muchas ocasiones representa la ausencia de oportunidades y barreras para construir proyectos de vida distintos a la maternidad como destino principal de la mujer (IPPF, 2017); en los dos sentidos, el embarazo en la adolescencia contribuye a la reproducción intergeneracional de la pobreza.

El embarazo en adolescentes es un fenómeno social; los rasgos culturales de cada sociedad imponen diferentes niveles de sanción social al hecho de que una adolescente que va a ser madre sea excluida de diversos escenarios y del proyecto de vida que pudiese tener. El entorno del adolescente suele sancionar su condición de madre a temprana edad y no las circunstancias de violencia de género o de desigualdad social que pudieran estar ocasionando dicha situación. De esta manera, el embarazo en la adolescencia, que en algunos casos es producto de asimetrías de poder que ponen a la mujer en una situación de desventaja social, son aceptados por la familia de la joven, y podrían llegar a ser un aliciente para

El embarazo en adolescentes **refuerza las trampas de la pobreza:** aumenta la posibilidad del abandono escolar y disminuye la posibilidad de acceder a trabajos bien remunerados.



que un presunto abusador pueda convertirse en esposo (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2017).

De este modo, las diversas situaciones de violencia de género que se expresan y evidencian en el momento de un embarazo en adolescentes, son el resultado de procesos de violencia estructural contra la mujer, puesto que el embarazo en sí mismo refleja una problemática multidimensional de exclusión, desigualdad y vulnerabilidad que enfrentan las adolescentes (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2017). Así por ejemplo, las vidas de muchas niñas y mujeres jóvenes podrían haber sido diferentes, si ellas hubiesen tenido herramientas educativas para empoderarse y denunciar o discernir situaciones de riesgo y optar evitando dejar al azar decisiones sobre su vida (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2017, pág. 4).

Es así como la interrelación del embarazo en adolescentes con la falta de oportunidades, la pobreza y la exclusión social ha sido ampliamente explicada. En resumen, esa falta de oportunidades, de control sobre sus vidas y de realización personal constituyen los principales mecanismos de reproducción del ciclo del embarazo en la adolescencia. Los embarazos en la adolescencia temprana también están asociados a la inequidad de género y, requieren especial atención dado

que los actos sexuales con menores de 14 años son delito en Colombia[1]. Dado su carácter multidimensional, el Ministerio de Salud y Protección Social se ha aproximado al embarazo en adolescentes desde el enfoque de determinantes sociales del embarazo para comprender los diferentes factores de vulnerabilidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

MODELO CONCEPTUAL DE LOS DETERMINANTES SOCIALES

La mayor parte de la carga mundial de morbilidad, mortalidad, e igualmente las causas principales de las inequidades en salud que se encuentran en todos los países, surgen de las condiciones en las que las personas nacen, viven, trabajan y envejecen incluyendo el efecto del sistema de salud (OMS, 62 Asamblea Mundial de la Salud, 2011). Estas condiciones sociales influyen sobre la probabilidad que las personas tienen de estar sanas: la pobreza, la inseguridad alimentaria, la deserción escolar, las condiciones de las viviendas, el acceso a servicios, la escasa calificación laboral constituyen factores de buena parte de las desigualdades en los efectos de salud, y son consecuencia de la forma como se distribuye el poder, el dinero y los recursos en todas las escalas territoriales (Solar O, 2010).

A estas condiciones se les ha llamado Determinantes Sociales de la Salud (DSS), un término resumido usado para incluir los determinantes sociales, económicos, políticos, culturales y medioambientales de la salud que influencian la salud. El modelo conceptual adoptado en Colombia por el Ministerio de Salud y Protección Social es el que postula la Organización Mundial de la Salud, que parte de la premisa de que las condiciones sociales influyen de forma decisiva en la salud, por lo que es necesario actuar en todos los sectores para promover el bienestar y salud para todos (OMS, Cerrando la Brecha, 2011) (OMS, Marco Conceptual para la Acción sobre los Determinantes Sociales de la Salud, 2007).

La interacción de esta gama de determinantes repercute en la equidad en salud sexual y los derechos sexuales y reproductivos de la población, en especial de los grupos más jóvenes y facilita la comprensión amplia y multidimensional del embarazo, permitiendo el análisis de factores protectores y de riesgo que hacen a individuos y grupos más o menos vulnerables a la maternidad o paternidad adolescente (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). En 2012, el Conpes Social 147 en su conceptualización de la Estrategia de Prevención del Embarazo elaboró la primera adaptación del modelo conceptual de los determinantes sociales del embarazo en adolescentes, y estableció que la edad de aparición de la

La interacción de los determinantes sociales impacta **la equidad en salud sexual y los derechos sexuales y reproductivos** de la población, en especial de los jóvenes.

1. Ley 599 de 2000. Artículos 208 y 209 del Código Penal

FIGURA 1

Resumen determinantes próximos y distales del embarazo en los adolescentes

DETERMINANTES PRÓXIMOS

FACTORES BIOLÓGICOS

- Edad menarquía
- Fertilidad

FACTORES DEL COMPORTAMIENTO

- Inicio temprano de relciones sexuales
- Nupcialidad
- Uso/no uso de métodos de planificación

DETERMINANTES INTERMEDIOS Y DISTALES

FACTORES ESTRUCTUALES

- Pobreza
- Inequidades sociales
- Relaciones de dominación y subordinación de género

FACTORES CONTEXTUALES

- Normas sociales y de género
- Valores de la sociedad
- Institucionales, políticos, comunitarios

FACTORES INTERPERSONALES

- Familia, pares y redes sociales
- Estructura y tamaño del hogar
- Hogares con jefatura femenina
- Historia de embarazo adolescente
- Violencia intrafamiliar
- Abandono o falta de monitoreo en el hogar
- Comunicación con padres y cuidadores
- Aceptación y apoyo parental
- Calidad en la educación en sexualidad
- Cohesión con pares
- Disponibilidad de apoyo

FACTORES INTERPERSONALES

- Percepción de oportunidades y proyecto de vida
- Edad, educación
- Percepciones, actitudes, creencias
- Imaginarios sobre sexualidad y amor
- Pensamiento mágico
- Manejo del tiempo libre

menarquía, el inicio de relaciones sexuales, la nupcialidad o las uniones tempranas, el uso de los métodos de anticoncepción, y el acceso a servicios de salud y educación constituyen los determinantes proximales de mayor contribución del embarazo en la adolescencia como describe la figura 1.

A nivel de determinantes intermedios, se encuentran las condiciones familiares, el abuso o violencia, la supervisión y el diálogo entre padres o cuidadores y adolescentes y jóvenes, las normas de funcionamiento del hogar, la retención en sistema escolar, la formación de calidad en Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) en la escuela.

A nivel de determinantes estructurales o distales, la evidencia es muy amplia explicando cómo los ingresos del hogar; la pobreza; la cobertura y acceso oportuno a servicios públicos; la oportunidad de participar en las decisiones públicas y el ejercicio de la democracia en las comunidades; las normas sociales sobre la sexualidad, la feminidad, la masculinidad, las relaciones de pareja o la participación de las niñas, los niños y adolescentes en los procesos de decisión e identidad social; la existencia de oportunidades de desarrollo personal y alternativas de vida; y, la atención de la comunidad a los derechos sexuales y reproductivos, a la prevención de su vulneración y la adecuada valoración de los mensajes transmitidos a través de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC´s), constituyen los determinantes de mayor contribución en el embarazo en la adolescencia. Sin embargo, la evidencia es limitada documentando las causas de las causas del embarazo temprano, descomponiendo el embarazo en adolescentes a través de la contribución de cada uno de los determinantes sociales, y en particular, empleando datos de la reciente Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS 2015) para estimar estas contribuciones.

METODOLOGÍA

Está sección describe la forma como fueron abordados cada uno de los objetivos específicos propuestos en el estudio. El primer y segundo objetivo se cubrieron con el análisis descriptivo del embarazo en la adolescencia, el embarazo antes de los 15 años y la paternidad en la adolescencia, respectivamente. Dado el importante número de indicadores considerado, posterior al análisis descriptivo de las variables, se calcularon coeficientes de correlación y contingencia a fin de establecer el nivel de asociación entre las variables y su magnitud.

El tercer y cuarto objetivo, se abordaron mediante un conjunto de modelos que permitieron estimar el peso relativo de cada variable independiente en la explicación del embarazo y la paternidad en la adolescencia, respectivamente. Por peso relativo se hace referencia a los estimadores de un modelo de regresión.

Para las mujeres, se estimaron dos modelos de regresión logística, uno para 8,526 mujeres de 13 a 19 años y el otro para 831 mujeres de 13 a 19 años casadas o en unión libre al momento de la encuesta. La variable dependiente asigna el valor "1" a las mujeres que son madres, están embarazadas del primer hijo o reportaron un embarazo que terminó en pérdida y el valor "0" a las mujeres que nunca han estado embarazadas.

Para los hombres, se estimó un modelo de regresión logística con 7,068 hombres de 13 a 19 años, así como un modelo con 35,783 hombres de 13 a 59 años. En este grupo la variable dependiente asigna el valor "1" a los hombres que tuvieron su primer hijo antes de cumplir los 20 años y el valor "0" a los que no han tenido hijos o que tuvieron su primer hijo después de cumplir los 20 años.

Las variables independientes fueron seleccionadas de la ENDS 2015 de acuerdo con la clasificación definida por el modelo de determinantes sociales de la OMS, y que a su vez son consideradas por el Conpes 147. En segundo lugar, y de

forma exploratoria y confirmatoria se analizó la correlación de las variables seleccionadas. Finalmente, se estimaron los modelos de regresión para establecer los determinantes sociales que explican el mayor segmento de riesgo del embarazo y la paternidad en adolescentes.

FUENTE DE DATOS

La fuente de datos fue la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del 2015. La Encuesta proporciona datos sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres de 13 a 49 años y de los hombres de 13 a 59 años, esto permite ampliar el abordaje del embarazo en adolescentes desde la perspectiva de género. Se tomó información sobre condiciones de vida, comportamientos, conocimientos, actitudes y percepciones de mujeres y hombres en los diferentes ámbitos en los cuales se manifiesta la sexualidad: estudio, trabajo reproducción, anticoncepción, nupcialidad, comportamiento sexual, preferencias de fecundidad, nupcialidad y violencia de pareja, que permitió profundizar en el conocimiento del grado de vulnerabilidad de mujeres y hombres adolescentes frente al embarazo, así como hacer seguimiento y monitoreo al goce efectivo de sus derechos sexuales y derechos reproductivos.

VARIABLES DEPENDIENTE

El inicio de la actividad sexual es una variable relevante para el análisis debido a que define el inicio a la exposición al riesgo del embarazo, maternidad o paternidad adolescente. Implícitamente los modelos fueron calculados para la variable dependiente “embarazo en la adolescencia” entre los adolescentes que iniciaron su actividad sexual. En este grupo se consideraron los que están unidos y los que no están unidos. Esta categorización fue crítica porque si bien en el caso de las mujeres se encuentran casos suficientes para el análisis, en el caso de los hombres dados los bajos niveles de paternidad y unión temprana no se contó con un número suficiente de casos.

VARIABLES INDEPENDIENTES

En esta sección se presenta la lista de variables independientes, clasificadas de acuerdo con el modelo de determinantes próximos, intermedios y distales. La lista presenta el determinante y su correspondiente clasificación y operacionalización en la ENDS 2015.

La selección del modelo obedece a la naturaleza misma de las variables, tanto de la variable dependiente “Haber estado alguna vez embarazada” que reúne a las

adolescentes que son madres, están embarazadas de su primer hijo o han tenido alguna pérdida, como del conjunto de variables independientes incorporadas desde el enfoque de determinantes sociales y clasificadas en variables estructurales, intermedias (interpersonales e intrapersonales) y proximales. Dado que la variable dependiente es dicotómica[2] se selecciona un modelo logístico binario que permite determinar qué tan fuerte es la relación entre los determinantes considerados y el embarazo adolescente. El peso de esta relación también se conoce como contribución, y permite identificar los determinantes que tienen impacto en el embarazo en la adolescencia.

Conociendo la naturaleza de las variables a considerar en el modelo, el siguiente paso fue establecer cuáles de ellas cumplen con los requisitos de prevalencia y número de casos suficientes para aportar información relevante al modelo. Las variables evaluadas en este paso son presentadas en la tabla 1.

Es importante destacar que algunas variables fueron excluidas del análisis debido a su baja prevalencia o porque no demostraban asociación estadística con la ocurrencia de embarazo adolescente. La siguiente fase de análisis fue la reducción de un conjunto de variables con alta correlación.

La variable supervisión resume la respuesta a las preguntas: ¿Con qué frecuencia su papá, mamá o la persona adulta que responde por Usted sabe: 1) dónde está cuando sale de la casa?, 2) ¿Con qué amigos sale?, 3) ¿Le pone horario de salida y entrada? y, 4) ¿Cómo le va en colegio?. La respuesta a cada una de estas preguntas se mide en una escala de 5 posibles valores: 1 siempre, 2 casi siempre, 3 pocas veces, 4 nunca y 7-No Aplica (NA).

La nueva variable se construyó a partir de la suma de los puntajes obtenidos que varió entre 4 y 16 puntos en donde 4 indica mayor supervisión y 16 menor supervisión; fueron clasificadas como personas con baja supervisión parental (0) aquellas que obtuvieron un puntaje total mayor o igual a 13 puntos y como personas con alta supervisión parental (1) a aquellas con un puntaje total inferior a 13 puntos; dicho umbral se estableció a partir del análisis Clúster[3] para dos grupos. Dado que estas preguntas solo aplican para los adolescentes que viven con alguno de sus padres, a los adolescentes que no viven con los padres porque están o han estado en unión libre o viven solos, se les asignó el código (2).

---

2. La variable toma el valor de "1" para las mujeres de 13 a 19 años alguna vez embarazadas y de "0" para las que no.

3. Clúster es una técnica multivariante utilizada para clasificar a un conjunto de individuos en grupos homogéneos.

TABLA 1

VARIABLES A CONSIDERAR EN EL MODELO DE EMBARAZO ADOLESCENTE. NOMBRE, SIGNIFICADO Y CATEGORÍAS DE RESPUESTA

Nombre de la variable	Tipo/Categorías
Edad inició Relaciones Sexuales	Continua
Edad a la primera menstruación	Continua
Porcentaje de personas actualmente unidas	0 - No / 1 - Sí
Actualmente usa un método moderno	0 - No /1 - Sí
Edad calculada	Continua
Necesidad de acceder a mayor información y educación relacionada con la sexualidad	0 - No / 1-Sí
Sabe que la sexualidad es como uno se ve, se siente y se comporta	0 - No / 1 - Sí
Ha oído hablar de métodos anticonceptivos en su EPS en el último año	0 - No / 1- Sí
Supervisión parental	0 - Baja / 1 - Alta/ 2 - En unión o sola
Presión para iniciar Relaciones Sexuales	0-No ha habido / 1 - Sí ha habido
Norma social percibida	0 - Entorno no favorable EA / 1 - Entorno favorable EA
Asistencia escolar actual	0 - No / 1 - Sí
Trabaja actualmente	0 - No / 1 - Sí
Está afiliado al SGSSS	0 - No / 1 - Sí
Tipo de familia agregado	1 - Unipersonal / 2 - Nuclear / 3 - Compuesta y Extensa
Ha sufrido alguna violencia	0 - No / 1- Sí
Zona	1- Cabecera/ 2 - Resto
Hogar con jefatura femenina	0 - No / 1- Sí
Rangos de edad calculada	1 - 13 a 16 / 2 - 17 a 19
Quintil del índice de riqueza total	1 - Más bajo/ 2 - Bajo/ 3 - Medio/ 4 - Alto/ 5 - Más alto
Etnia con la cual se reconoce la entrevistada	1 - Afrodescendiente / 2 - Indígena / 3 - Otro
Alguna vez ha usado métodos modernos	0 - No / 1- Sí
Actitud ante embarazo en este momento	1 - Gran problema / 2 - Pequeño Problema / 3 - No sería problema / 4 - No puede quedar embarazado o no tiene RS

Nombre de la variable	Tipo/Categorías
Preferencias de número de hijos de la pareja	1 - Mismo número / 2 - Más hijos / 3 - Menos hijos
Considera que los hombres necesitan más sexo, no hablan sino hacen o siempre están listos	0 - No / 1- Sí
Considera que las mujeres deben cuidar su casa y cocinar, o cambiar los pañales y bañar a los niños	0- No / 1- Sí
Legitima la violencia contra las mujeres	0 - No / 1- Sí
Solicitó IVE después del 2006	0 - No / 1- Sí / 2 - Nunca embarazada ó no ha iniciado RS
Vive con su mamá	0 - No / 1 - Sí
Autonomía cuidado salud	0-No / 1-Sí
Autonomía relaciones sexuales	0 - No / 1- Sí
Numero de nacidos vivos de la madre	1 3 o menos / 2 - Más de 3 / 3 - No sabe
Status de migración	1- Un sitio / 2 - Migrante / 3- Desplazado
Afectación por conflicto	0 - No / 1- Sí
Opinión temas de sexualidad: educación sexualidad se debe iniciar en adolescencia	0 - En desacuerdo / 1- De acuerdo

A su vez, la variable norma social percibida resume la respuesta a la pregunta: De sus amigas de aproximadamente la misma edad ¿cuántas cree que ya han comenzado a tener relaciones sexuales?; si bien en la encuesta se incluyeron dos preguntas más, no fue posible considerarlas en el análisis ya que no se aplicaron a las personas que consideran que ninguno de sus amigos de la misma edad ha comenzado a tener relaciones sexuales, restringiendo en un importante número de casos el análisis. Las categorías de respuesta para la pregunta considerada son 1 Ninguna, 2 Algunas, 3 Muchas, 4 Todas, y 8 No Sabe (NS). Fueron clasificadas como personas con un entorno favorable al embarazo adolescente las que consideran que alguno, muchos o todos sus amigos de aproximadamente la misma edad han empezado a tener relaciones sexuales y como personas con un entorno no favorable al embarazo adolescente las que reportaron que ninguno; una tercera categoría está conformada por las personas que no saben.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Este estudio presenta algunas limitaciones que deben considerarse. En primer lugar, por tratarse de una encuesta transversal algunas de las variables independientes disponibles se refieren al momento de la encuesta y no al momento del embarazo en el caso de las mujeres, o la paternidad en el caso de los hombres.

En segundo lugar, es importante mencionar que los modelos empleados no explican por completo todas las contribuciones de los determinantes en el embarazo, la maternidad y la paternidad adolescentes, por tanto pueden ser complementadas explorando otras medidas o indicadores, así como otros métodos estadísticos que no fueron considerados en este estudio.

En tercer lugar, se debe tener especial atención en el análisis de la paternidad en adolescentes de 13-19 años de edad, dado que su baja prevalencia ocasiona mayores errores de muestreo. Los resultados aquí presentados representan una exploración inicial para el país; por esta razón se hizo un esfuerzo adicional de exploración ajustando un modelo para los hombres que fueron padres antes de los 20 años de edad dentro del conjunto de hombre de 13-59 años entrevistados.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Todos los análisis se basaron en datos disponibles públicamente en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2015, a través de Profamilia, el Ministerio de Salud y Protección Social y DHS. No se requirió aprobación ética para este estudio.

RESULTADOS

Ésta sección está organizada de la siguiente forma: i) Embarazo en adolescentes, ii) Maternidad temprana, iii) Descomposición del embarazo adolescente según determinantes sociales, vi) Paternidad adolescente, v) Contribuciones de los determinantes en el embarazo adolescente, y vi) Contribuciones de los determinantes en la paternidad adolescente.

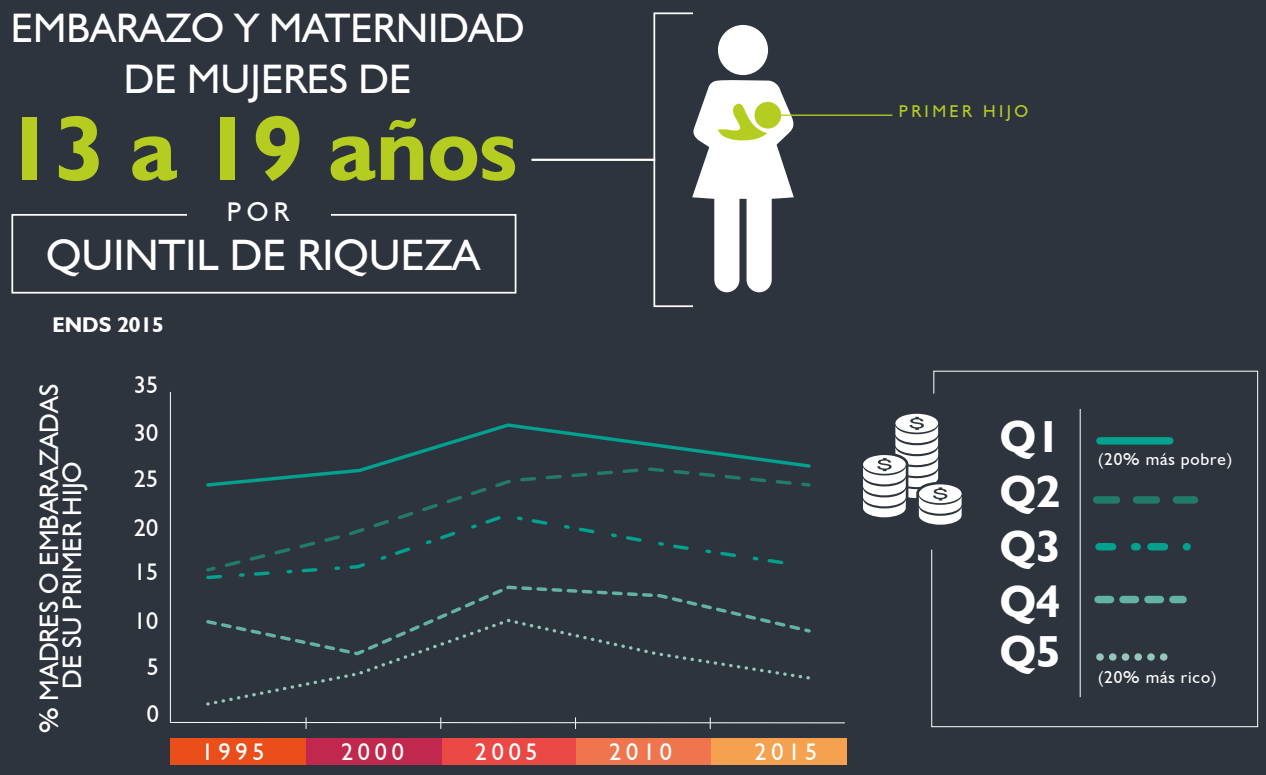
EMBARAZO EN ADOLESCENTES

De acuerdo con los resultados de las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDS), a partir de 2005 se confirma la tendencia decreciente del porcentaje mujeres de 15 a 19 años que ya son madres o están embarazadas de su primer hijo al pasar de 20.5% en 2005 a 19.5% en 2010 y a 17.4% en 2015.

Este descenso fue mayor en la zona urbana, en las regiones con más oportunidades, entre las mujeres con mayor nivel educativo y en los quintiles más altos de riqueza. En el año 2015 el porcentaje de mujeres de 13 a 19 años que ya son madres o están embarazadas de su primer hijo en el quintil más bajo es 6 veces comparado con el porcentaje en el quintil más alto (Gráfico 2), entre las mujeres con educación primaria (41.8%) es 5 veces comparado con el porcentaje de mujeres con educación superior (8.0%) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017). ***(ir Gráfico 1)***

También se encontró que las mujeres inician más temprano el rol reproductivo: mientras el 2.1% de los hombres de 15 a 19 son padres, entre las mujeres del

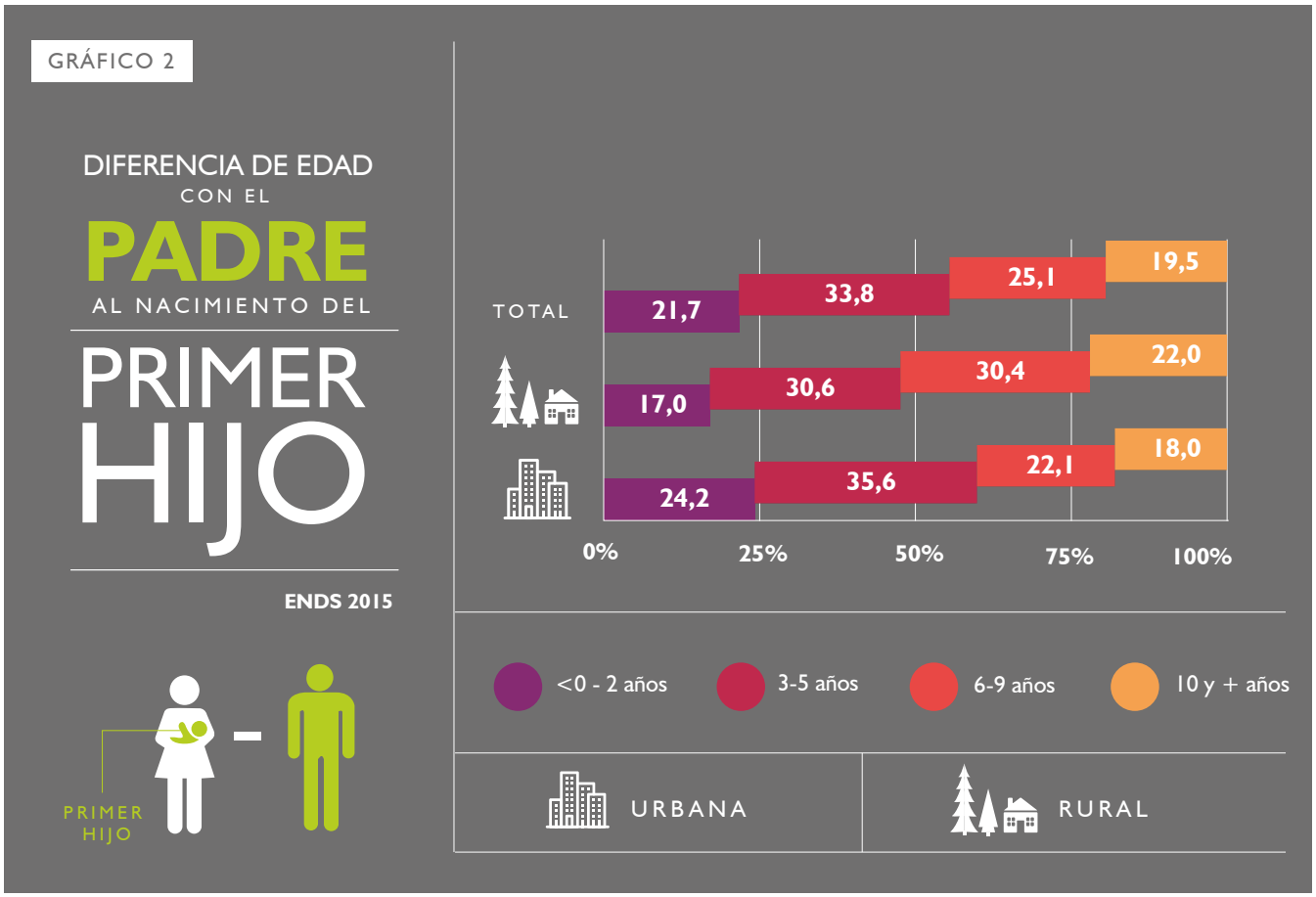
GRÁFICO 1



mismo grupo de edad el porcentaje que son madres es 13.6%. Por otro lado, la maternidad y la paternidad adolescente presentan los mismos diferenciales: es mayor en la zona rural, en el menor nivel educativo y en el quintil más bajo de la riqueza.

Ahora bien, los embarazos en adolescentes no se dan entre pares: entre las mujeres de 13 a 19 que ya son madres, la edad del padre de su primer hijo la supera por lo menos 6 años en el 44.6% de casos; en 19.5% de los casos el padre fue por lo menos 10 años menor que la madre, y en el 4.6% de los casos el padre es 20 años mayor. En la zona urbana la diferencia de edades es más baja comparada con la zona rural (MSPS, Profamilia, 2015). ***(ir Gráfico 2)***

En estas desigualdades subyacen relaciones obligadas, situaciones de abuso o violencia e inequidades intergeneracionales hacia las niñas y adolescentes, que pueden dejar de ser atendidas en una sociedad con imaginarios que legitiman la violencia contra la mujer. Entre las mujeres de 15 a 49 años que tuvieron su primer hijo antes de los 19 años con un hombre 6 o más años mayor, el 6% estuvo expuesto a una o más formas de violencia psicológica, física, económica o sexual por su pareja antes de vivir en unión y el 39% antes de cumplir el primer año.



En la cohorte más reciente el 14% las madres adolescentes presentó alguna forma de violencia por su pareja antes de unirse y el 55% antes de cumplir el primer año de unión. El Gráfico 3 revela que actualmente las madres adolescentes están 4 veces más expuestas a la violencia de su pareja antes de vivir juntos que las madres adolescentes de hace 30 años y que las expresiones de violencia contra las madres adolescentes en el primer año de unión también han venido aumentando. ***(ir Gráfico 3)***

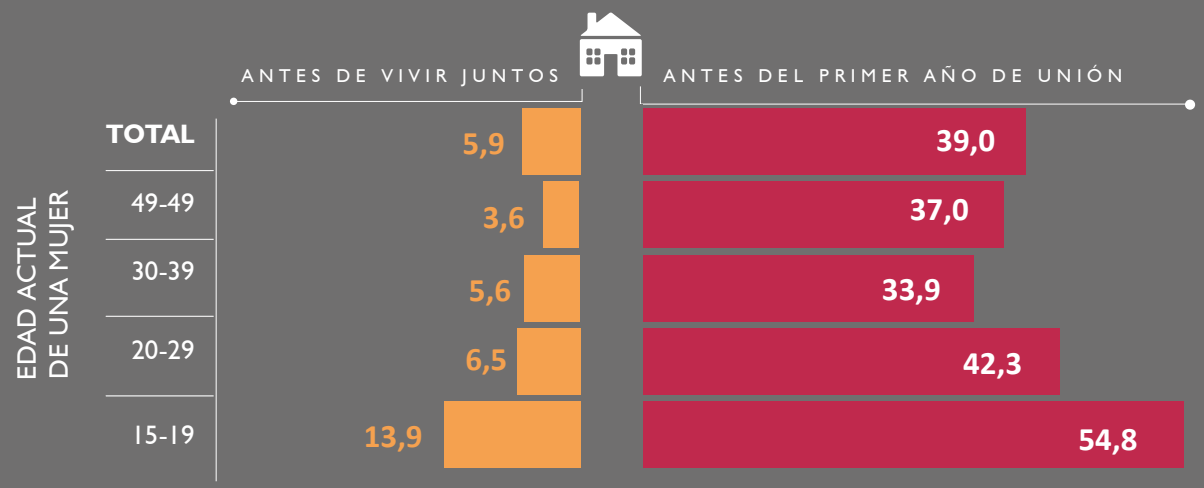
En cuanto a la edad al inicio de las relaciones sexuales, entre 1990 y 2015 se triplicó el porcentaje de mujeres de 15 a 24 años que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años, aumentando del 6% al 17%; entre 2005 y 2010 el grupo de 15 a 19 años presentó una disminución en su crecimiento pero en 2015 aumentó de nuevo; aunque continúa por debajo del siguiente grupo de edad, refleja una mayor exposición al riesgo de embarazo si se tiene en cuenta que se está ampliando el periodo reproductivo ya que la edad de la menarquía ha descendido y actualmente es de 12 años en las mujeres de 13 a 19 años. Por otro lado, en 2015 fue posible establecer que los hombres inician relaciones sexuales más temprano que las mujeres de su mismo grupo de edad, ya que el 31% de los hombres tuvo su primera relación antes de cumplir 15 años. ***(ir Gráfico 4)***

El 17% de las mujeres de 13 a 19 años tuvo **su primera relación sexual antes de los 14 años mientras** el 35% de los hombres de la misma edad, tuvo su primera relación antes de cumplir 15 años

GRÁFICO 3

ENDS 2015

ENTRE LAS MUJERES QUE TUVIERON SU PRIMER HIJO **ANTES DE LOS 20 AÑOS** Y EL PADRE ES MAYOR 6 O MÁS AÑOS, PORCENTAJE EXPUESTO A ALGUNA FORMA DE VIOLENCIA POR PARTE DE LA PAREJA ANTES DE UNIRSE Y ANTES DEL PRIMER AÑO DE UNIÓN.



Especial atención merece en inicio de las relaciones sexuales antes de los 14 años ya que el Artículo 208 de la Ley 1236 de 2008 tipifica estas relaciones como Acceso Carnal Abusivo; en la ENDS 2015 se pudo establecer que el 17% de las mujeres de 13 a 19 años tuvo su primera relación sexual antes de los 14 años, que en el 20% de estos casos la relación fue con una pareja 6 o 9 años mayor y en el 19.6% con una pareja 10 años mayor. Las mayores diferencias de edad alertan sobre el abuso de poder que vulnera la capacidad de decisión, de acceso a la información y de comprensión de las consecuencias de las propias decisiones.

El inicio de la primera unión es otro de los indicadores del comienzo de exposición al riesgo del embarazo y en el contexto nacional se ha mantenido constante: la edad mediana a la primera unión es cercana a los 21 años. En el caso de las mujeres de 15 a 19 años se encuentran variaciones relevantes, ya que mientras en 1990 el 2.8% empezó a vivir en unión antes de los 15 años, este porcentaje llegó a 4.5% en 2005 año con el nivel más alto de embarazo en adolescentes y descendió a 3.8% en 2015 acompañando la disminución del embarazo adolescente. Entre los hombres del mismo grupo de edad este indicador en 2015 es de 0.4%, confirmando el patrón de uniones más temprano en las mujeres. ***(ir Gráfico 5)***

Este patrón de uniones más tempranas en las mujeres nuevamente está acompañado de importantes diferencias entre la edad de las mujeres y la edad de sus primeras parejas conyugales: el 43% de las mujeres de 15 a 19 años se unió por primera vez con una pareja 6 o más años mayor, mientras que entre los hombres de 15 a 19 años el 1% se unió con una pareja mayor 6 o más años; en este marco, la mayor exposición a la violencia por parte de la pareja en los primeros estadios de la convivencia sitúa a las mujeres en condiciones de asimetría de poder con su pareja por la diferencia en la madurez psicosexual, emocional, capacidad económica y de representación ante la sociedad (MSPS, Profamilia, 2015). Lo anterior, se suma a los roles y estereotipos que las mujeres deben cumplir y que influencian el control sobre sus vidas, su cuerpo y sus oportunidades en el futuro.

Entre 2010 y 2015 no se encontraron cambios en el porcentaje de embarazos adolescentes no planeados: mientras el 34% de las madres o embarazadas menores de 20 años reportó querer su hijo, el 66% no lo quería en ese momento o lo quería más tarde; es decir, tenían otro proyecto de vida, que no incluía ser madre en esa etapa de su vida. Los embarazos no planeados están asociados al desconocimiento o al uso inadecuado de métodos anticonceptivos y constituyen una vulneración al derecho a la información para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos (Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, UNICEF, 2014).

Con relación al acceso a información sobre la sexualidad, mientras que el 2010 el 76% de las niñas entre 13 y 14 años, y el 84% de las adolescentes entre 15 y 19 años participaron en actividades relacionadas con educación sexual, en 2015 estos porcentajes alcanzaron el 96% y 97% respectivamente y entre las mujeres de 13 a 49 años el 95%. La ENDS 2015 también reveló que, en promedio, las mujeres de 13 a 49 años tenían 16 años la primera vez que accedieron a información sobre sexualidad; la diferencia de oportunidad de la información es de 6 años entre las mujeres con menor nivel educativo quienes recibieron información sobre sexualidad por primera vez a los 22 años y las mujeres con educación superior que la recibieron por primera vez a los 15 años; una brecha aún mayor (de 8 años) en la oportunidad de la información se encuentra entre las mujeres que han tenido más de 3 hijos quienes recibieron por primera vez información sobre sexualidad a los 21 años y las mujeres que no han tenido hijos y la recibieron a los 13 años (Gráfico 6). ***(ir Gráfico 6)***

Ahora bien, considerando que entre los motivos por los que muchas adolescentes quedan embarazadas se encuentran la falta de información o de oportunidades, las expectativas propias y las socialmente adquiridas y los patrones culturales que favorecen la violencia de género, el carácter multidimensional del embarazo adolescente requiere un abordaje desde el modelo de los determinantes sociales a partir del cual es posible identificar aquellos que afectan el nivel de vulnerabilidad

GRÁFICO 4

INICIO SEXUAL

ENDS 1990-2015

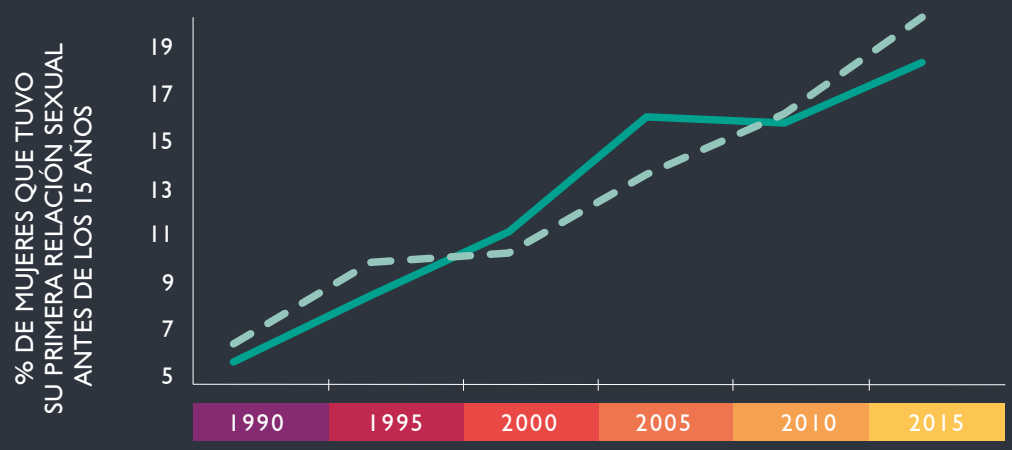


GRÁFICO 5

MUJERES DE

13 a 19 años

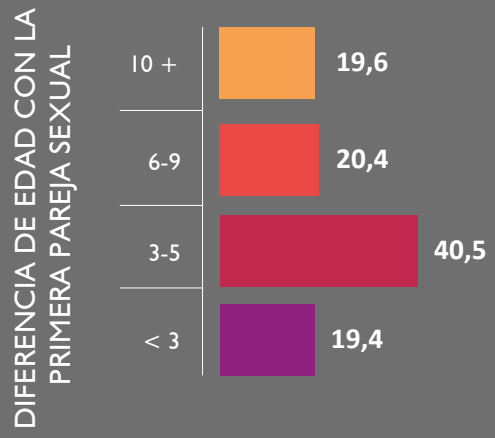
QUE TUVIERON SU PRIMERA

RELACIÓN SEXUAL

ANTES DE CUMPLIR 14 AÑOS

SEGÚN DIFERENCIA DE EDAD CON SU PRIMERA PAREJA SEXUAL

ENDS 2015



de un adolescente al riesgo de un embarazo; esto es viable a partir de la información recolectada en la ENDS de 2015 que además de contener información sobre la salud sexual y la salud reproductiva de las mujeres de 13 a 49 años del país; dispone de datos sobre conocimientos, actitudes y prácticas en materia de sexualidad, reproducción y autocuidado para hombres de 13 a 59 años, permitiendo profundizar en la noción de sexualidad que han construido hombres y mujeres, sus percepciones sobre los roles de los géneros respecto a la sexualidad, la asignación de tareas en el hogar, la crianza de los hijos e hijas y la violencia de género.

MATERNIDAD TEMPRANA

En virtud del Código Penal, todo acto sexual con menores de 14 se presume como delito, por lo que el sector salud debe reportar los casos al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, que es la autoridad llamada a realizar un estudio de las condiciones concretas y decretar e impulsar las acciones en el sector justicia. A su vez, la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos reconoce que los encuentros sexuales deben ser entre pares, pues esto aleja asimetrías de poder que desencadene algún acto violento. De igual modo, el Ministerio de Salud a través del Protocolo de atención a menor de 15 años embarazada, ha dejado claro que las actuaciones de reporte y activación de rutas no son impedimento para brindar servicios de anticoncepción cuando una menor de 14 lo requiera. Esto, obedeciendo a los principios de interés superior del menor, los principios de la ética médica, y teniendo en cuenta los criterios de elegibilidad para anticoncepción de la OMS y las recomendaciones sobre las edades mínimas de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN).

A partir de la revisión de los registros de estadísticas vitales, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) alertó sobre el incremento de los nacimientos de mujeres de 10 a 14 años, evidente en el crecimiento permanente del peso relativo de la tasa específica de fecundidad de las mujeres de 10 a 14 años sobre la tasa total de fecundidad (Gráfico 7) (MSPS, Análisis de la línea base del Observartorio de Embarazo Adolescente en Colombia, 2014), (Moreno, 2017). ***(ir Gráfico 7)***

En la ENDS 2015 se encontró que entre las mujeres de 15 a 49 años, el porcentaje que tuvo su primer hijo antes de cumplir 15 años pasa de 1.5% entre las mujeres de 45 a 49 años a 9.2% entre las mujeres de 15 a 19 años; es decir que hace tres décadas, la fecundidad temprana era seis veces menor comparada con la actual (Gráfico 8). ***(ir Gráfico 8)***

En el espectro de los treinta años de las cohortes consideradas, el proceso de urbanización, la globalización, la concentración de la riqueza, la mayor participación de las mujeres en las distintas instancias de la vida social, laboral, política, académica y cultural; el descenso de la fecundidad; el aumento de las separacio-

nes; la presencia de otras tipologías familiares; el cuestionamiento a la autoridad patriarcal, constituyen algunos de los cambios sociales, económicos y culturales que incidieron en la nuevas conformaciones de la estructura familiar, la forma como cumple sus funciones y tareas, así como en el ejercicio y significado de la paternidad y la maternidad en el país (Lamus, 1999).

De su parte, y como lo plantea Jaramillo (2013) las reglas sobre matrimonio, divorcio y paternidad se han establecido a partir de tres modelos: liberal, social y de paridad. En el modelo liberal el matrimonio se consideró el mejor estado para las mujeres en el que debían obedecer a sus esposos, permitirles manejar todos los bienes y renunciar a realizar actividades por las que pudieran recibir recursos; los esposos tenían poder total para tomar decisiones, administrar los bienes y ejercer una paternidad tutelar y las esposas y los hijos no podían sostenerse por su propio esfuerzo; en resumen dentro este modelo, las mujeres no tenían la posibilidad de reclamar bienes como fruto de su esfuerzo y no tenían autonomía para tomar decisiones (Jaramillo, 2013).

Por otro lado, en el modelo social la familia se transforma en un organismo social que el derecho debe proteger, se desarrolla el Derecho de Familia alrededor de la noción de pareja sexual para la reproducción; aparecen los jueces de familia y las comisarías de familia; se distribuyen recursos a través de la unidad familiar en cabeza del esposo o proveedor; se asigna a los padres el poder de registrar a sus hijos como sus beneficiarios en el servicio de salud y, por tanto, de vigilar su ac-

ceso a los servicios de salud y de sexual y reproductiva lo que podría relacionarse con aumentos en el embarazo adolescente y las tasas de infección sexualmente transmisibles. (Jaramillo, 2013). Mientras que el modelo de paridad busca eliminar las restricciones impuestas a las mujeres casadas para trabajar, administrar bienes, heredar, estudiar, votar, y negociar; erradicar las distinciones entre hombres y mujeres en materia de matrimonio; eliminar el deber de obediencia de las mujeres frente a sus maridos; conceder iguales derechos a hombres y mujeres en relación con el cuidado de los hijos; así como ofrecer alternativas institucionales al matrimonio religioso (Jaramillo, 2013).

Hasta allí, las normas de carácter legal y social no le habían dado valor económico a las labores domésticas y mientras que en el régimen económico del matrimonio y el divorcio se asume que ambos cónyuges tienen la misma capacidad e interés en obtener recursos por la venta de su trabajo en el mercado laboral, cuando se "acuerda" que la mujer se dedicará primordialmente a las labores domésticas y el cuidado de los hijos, no se "acuerda" cómo se compensará en el futuro esta decisión económica. Para hacer visibles estas desigualdades de género y medir la contribución de las mujeres al desarrollo económico y social del país, recientemente se incorporó el concepto de economía del cuidado (Ley 1413 de 2010).

En los Gráfico 9 se puede apreciar que cerca al 50% de las mujeres de 13 a 49 años tuvo su primer hijo antes de cumplir 20 años y que de ellas el 3% lo tuvo antes de cumplir 15 años. A su vez en los Gráficos 9 y 10 se puede apreciar que la maternidad temprana fue mayor entre las mujeres que actualmente se encuentran en el quintil más bajo de riqueza (5.5%), son indígenas y viven en familias compuestas (5.1%), habitan en la zona rural (4.8%), en la Región de la Orinoquía y la Amazonía (4.6%), son desplazadas (4.4%) y, residen en municipios con afectación directa por el conflicto interno (3.8%). Estos diferenciales coinciden con los expuestos en el análisis de la maternidad y embarazo en la adolescencia actual (Gráfico 2) y confirman que la maternidad temprana dificulta la movilidad social y el desarrollo de las mujeres. ***(ir Gráfico 9) (ir Gráfico 10)***

En la relación entre embarazo adolescente y pobreza intervienen, además de las condiciones socioeconómicas desfavorables en que han vivido las adolescentes, las prácticas sexuales y reproductivas propias de su contexto sociocultural que dificultan su movilidad social (García Hernández, 2014). En Colombia, a pesar de la reducción de la pobreza, las brechas entre la zona rural y la urbana se han acentuado y es así como los pobres rurales son 3,2 veces más pobres que los de contextos urbanos toda vez que en las zonas urbanas del país se encuentran mejores condiciones en materia de salud, educación, vivienda y servicios

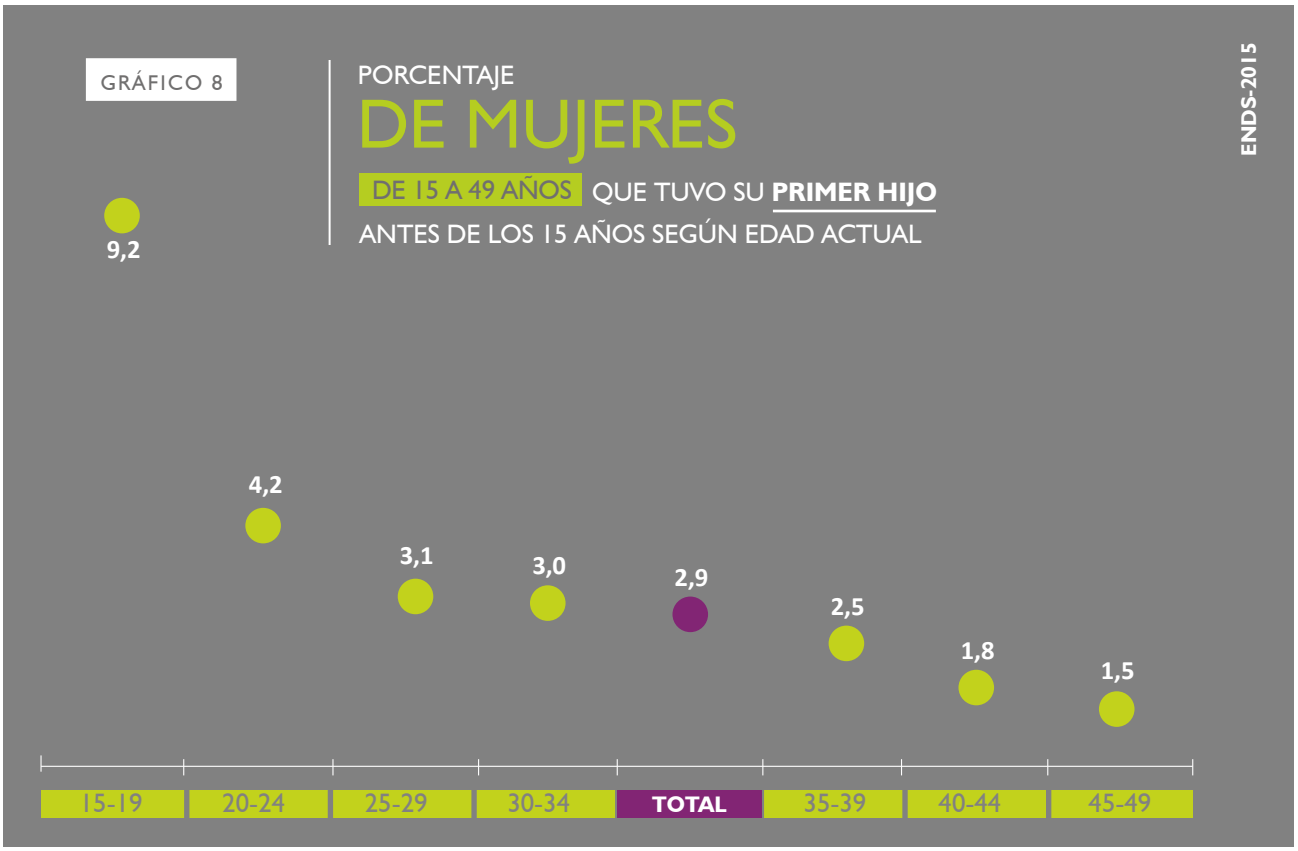


GRÁFICO 9

PORCENTAJE DE MUJERES DE **13 A 49 AÑOS** QUE TUVO SU **PRIMER HIJO** ANTES DE LOS 20 AÑOS SEGÚN ETNIA, TIPO DE FAMILIA, ZONA Y REGIÓN.

ENDS-2015

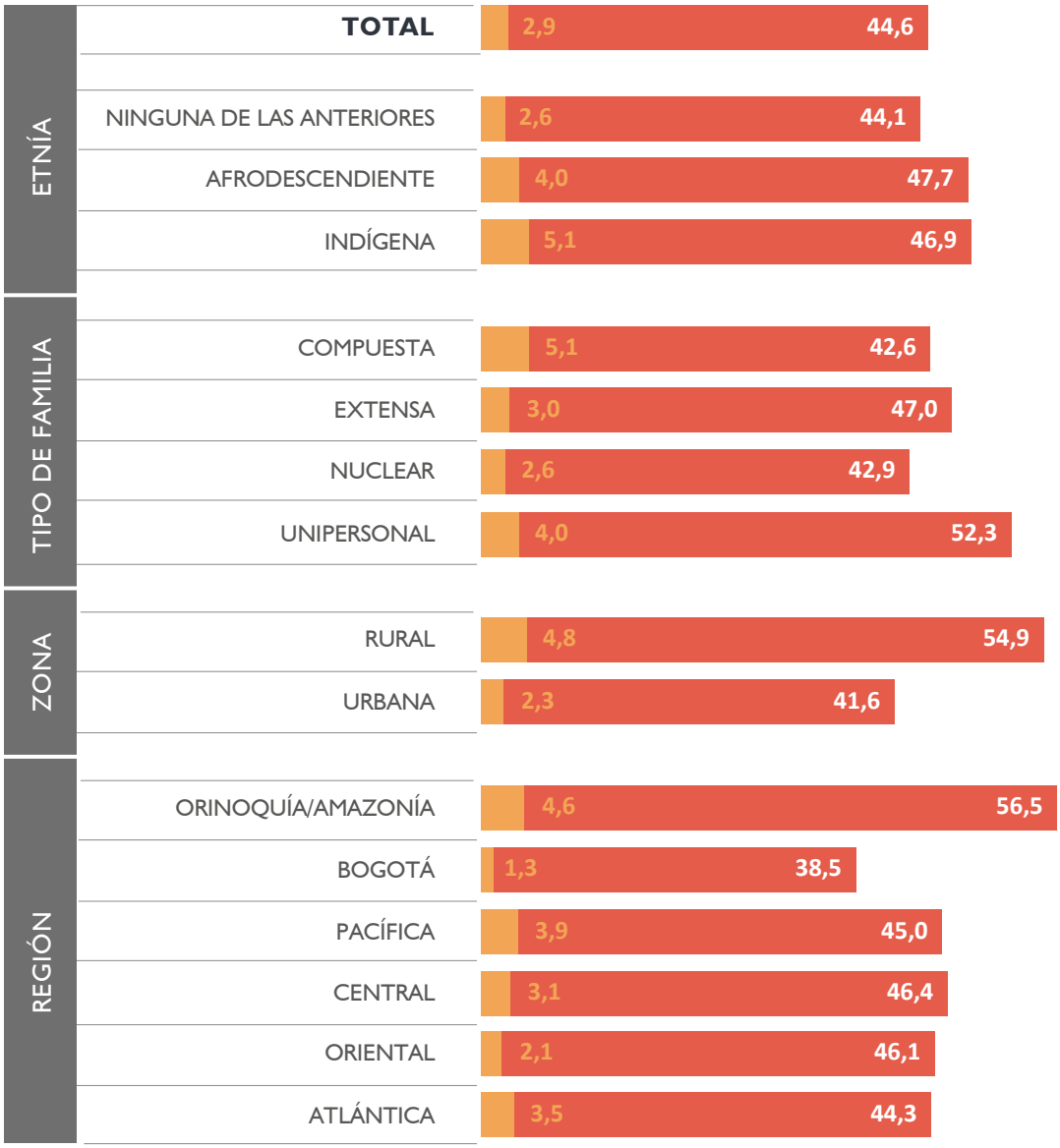
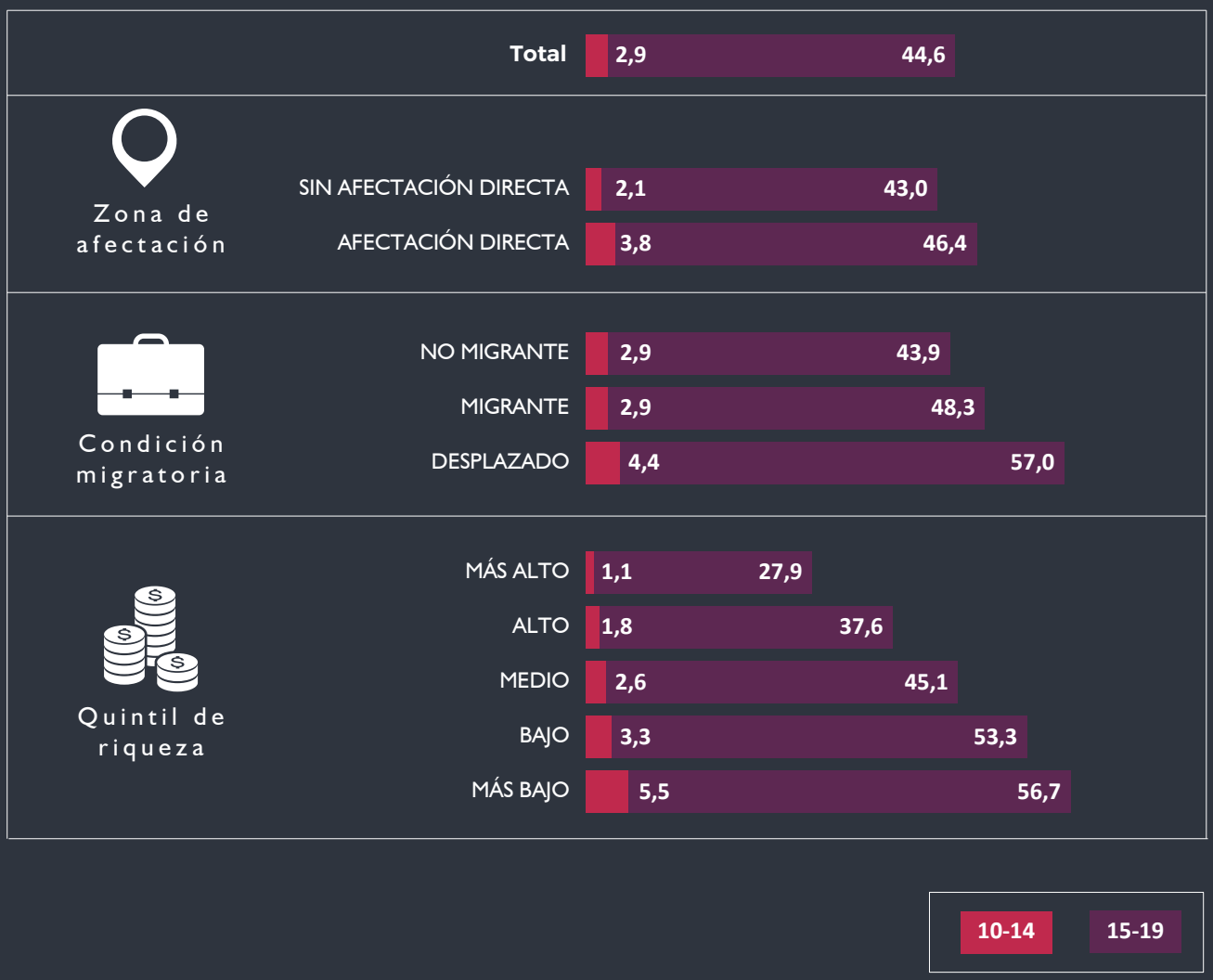


GRÁFICO 10

PORCENTAJE DE MUJERES DE 13 A 49 AÑOS QUE TUVO SU PRIMER HIJO ANTES DE LOS 20 AÑOS SEGÚN QUINTIL DE RIQUEZA, CONDICIÓN MIGRATORIA Y ZONA DE AFECTACIÓN.

ENDS 2015



de acueducto y alcantarillado (DNP, 2015). A su vez prevalecen diferencias significativas entre la situación de salud de la población indígena y la no indígena que revelan su mayor vulnerabilidad: escaso acceso a servicios públicos como aguas tratadas, saneamiento básico, acueducto y alcantarillado o eliminación de excretas; mayor mortalidad entre menores de 19 años y mortalidad materno-infantil; escaso acceso a los servicios de salud, mayores barreras geográficas y culturales, y escaso acceso a la educación en todos los niveles (MSPS, Perfil de Salud de la Población Indígena, y medición de desigualdades en salud, 2016). De igual manera, "el conflicto armado está estrechamente ligado a problemáticas de degradación ambiental, pobreza rural, baja capacidad institucional y rezagos en los territorios más afectados" (Conpes 3850 de 2015).

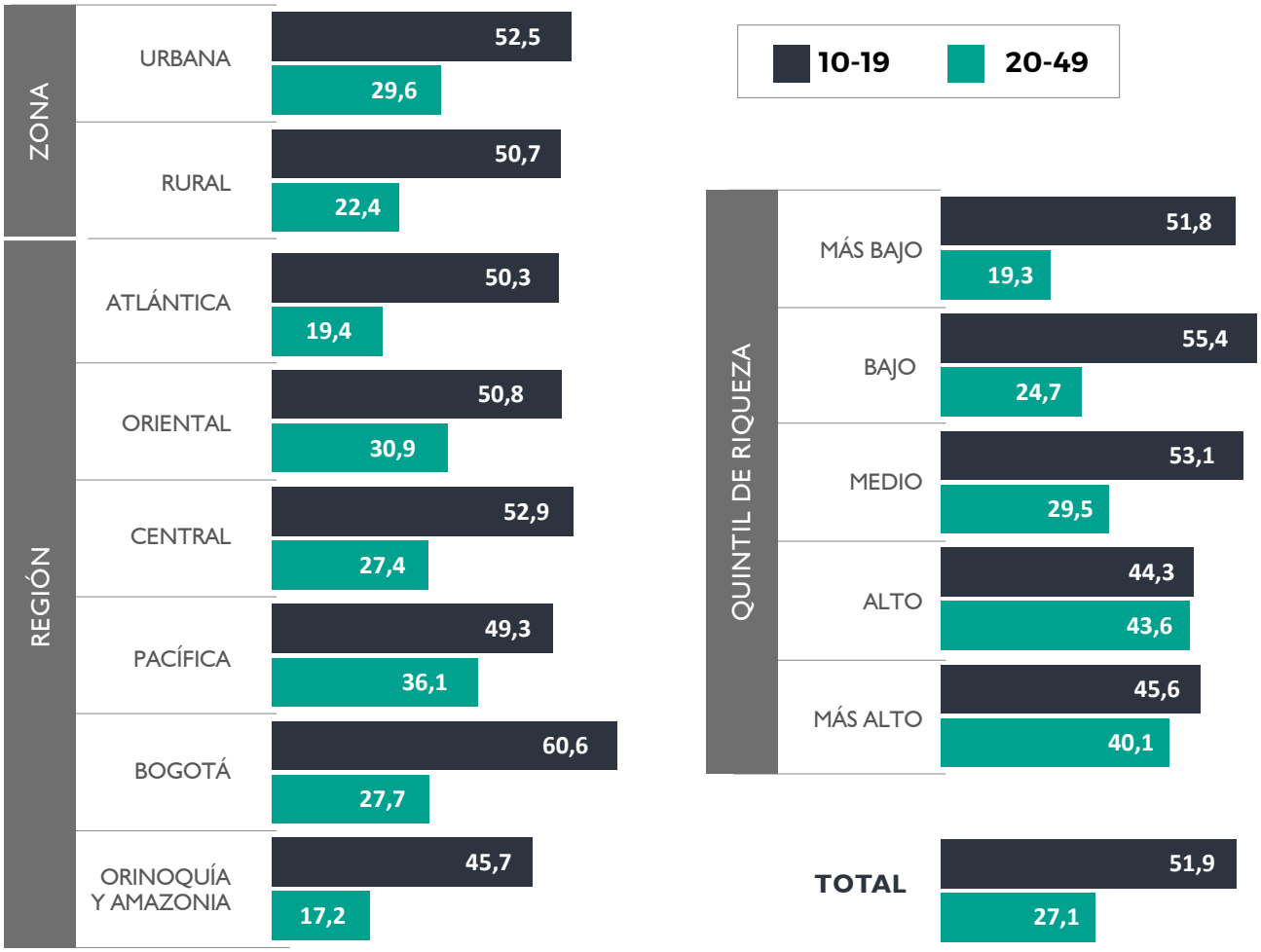
De igual forma, "la maternidad y la paternidad representan un valor social y cultural fuerte, que puede estar por encima de las edades socialmente permitidas para ser madre: lo importante es que se cumpla el rol asignado y esperado de la reproducción" (Plan, Unicef, 2014); la transmisión de valores y representaciones sociales en la familia, los medios, la escuela y los pares contribuyen a la reproducción de las relaciones de género, poder y discriminación entre los sexos que están asociadas con la desigualdad en el reconocimiento de derechos y deberes, el ejercicio de la autoridad y, la autonomía para la toma de decisiones (Lamus, 1999).

Desde esta perspectiva, la socialización es un importante mecanismo en la repetición del comportamiento reproductivo y la reproducción intergeneracional de las desigualdades; (Climent y Arias, 1996; González y Molina, 2007). El embarazo, al correlacionarse con una fecundidad alta, es decir, con un mayor número de hijos al final de la vida reproductiva, tiene como consecuencia una familia numerosa, y si esto se combina con los bajos ingresos, las mujeres tienen mayor probabilidad de vivir en condiciones de precariedad. Sucede también que muchas madres adolescentes quedan solas al cuidado de los hermanos menores (Welti, 2005).

GRÁFICO 11

ENTRE LAS MUJERES DE **13 A 24 AÑOS** QUE TUVIERON SU P**RIMER HIJO** ANTES DE LOS 20 AÑOS, DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA EDAD QUE TENÍA LA MAMÁ CUANDO TUVO SU PRIMER HIJO.

ENDS-2015

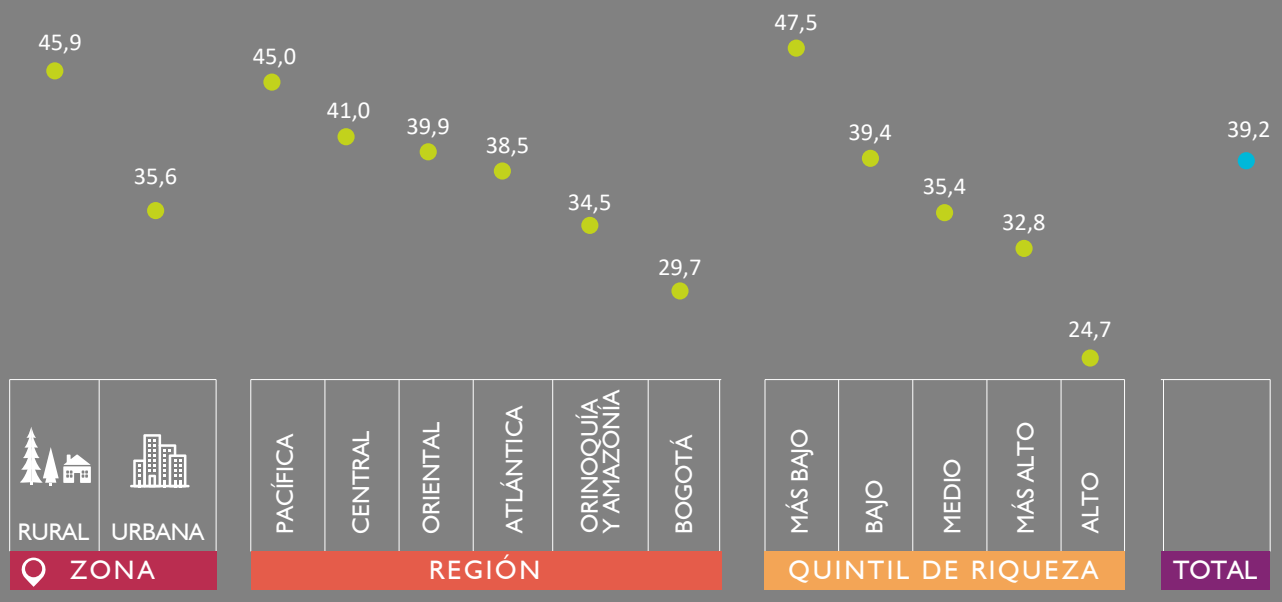


En este sentido, es importante tener en cuenta que la adhesión a prácticas sociales y de género que legitiman o naturalizan la maternidad temprana, propicia entornos favorables para el embarazo adolescente; es así como entre las mujeres menores de 25 años que tuvieron su primer hijo antes de los 20 años, en el 52% de los casos, la madre también tuvo su primer hijo antes de cumplir los 20 años (Gráfico 11). Es importante destacar que el mayor porcentaje de madres adolescentes que a su vez son hijas de mujeres que fueron madres adolescentes se encuentra en Bogotá (61%). De igual manera, entre las mujeres que tuvieron un hijo antes de cumplir 20 años, los más altos porcentajes que tienen hermanas mayores que a su vez tuvieron hijos antes de cumplir los 18 años, se encuentran en la zona rural (46%), la región pacífica (45%) y el quintil más bajo de la riqueza (48%), reafirmando las brechas que ya han sido destacadas. Nuevamente, en la relación entre embarazo adolescente y pobreza intervienen, además de las condiciones socioeconómicas desfavorables en que han vivido las adolescentes, las prácticas sexuales y reproductivas propias de su contexto sociocultural que dificultan su movilidad social.

GRÁFICO 12

ENTRE LAS MUJERES DE **13 A 24 AÑOS** QUE TUVIERON UN HIJO ANTES DE CUMPLIR 20 AÑOS, PORCENTAJE QUE TIENE HERMANAS MAYORES QUE TUVIERON HIJOS ANTES DE CUMPLIR LOS 18 AÑOS.

ENDS 2015



DESCOMPOSICIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES SEGÚN DETERMINANTES SOCIALES

Entre las mujeres de 13 a 19 años el 13.8% han estado o están embarazadas; los niveles más altos de embarazo adolescente se encuentran en la zona rural (18.6%), el quintil más bajo de riqueza (20.3%), las mujeres que migraron en los cinco años anteriores a la encuesta (20.3%), las residentes en municipios afectados directamente por el conflicto interno armado (Gráfico 13).

A su vez, por cada adolescente que ha tenido un embarazo y continua asistiendo a una institución educativa hay nueve que ante el embarazo abandonan la escuela y, por cada adolescente que ha tenido un embarazo y ha aprobado algún año de educación superior hay 11 que han tenido un embarazo y no acudieron a una institución educativa (Gráfico 14). Por edades se encuentra que el 0.4% de las niñas de 13 años ha estado o está embarazada; este porcentaje llega al 3.4% a los 15 años y, entre los 15 y los 16 años se triplica. El porcentaje de adolescentes que han estado o están embarazadas es del 12% entre las que no trabajan y llega al 21% entre las que si lo hacen.

GRÁFICO 13

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA SEGÚN DETERMINANTES ESTRUCTURALES.

ENDS-2015

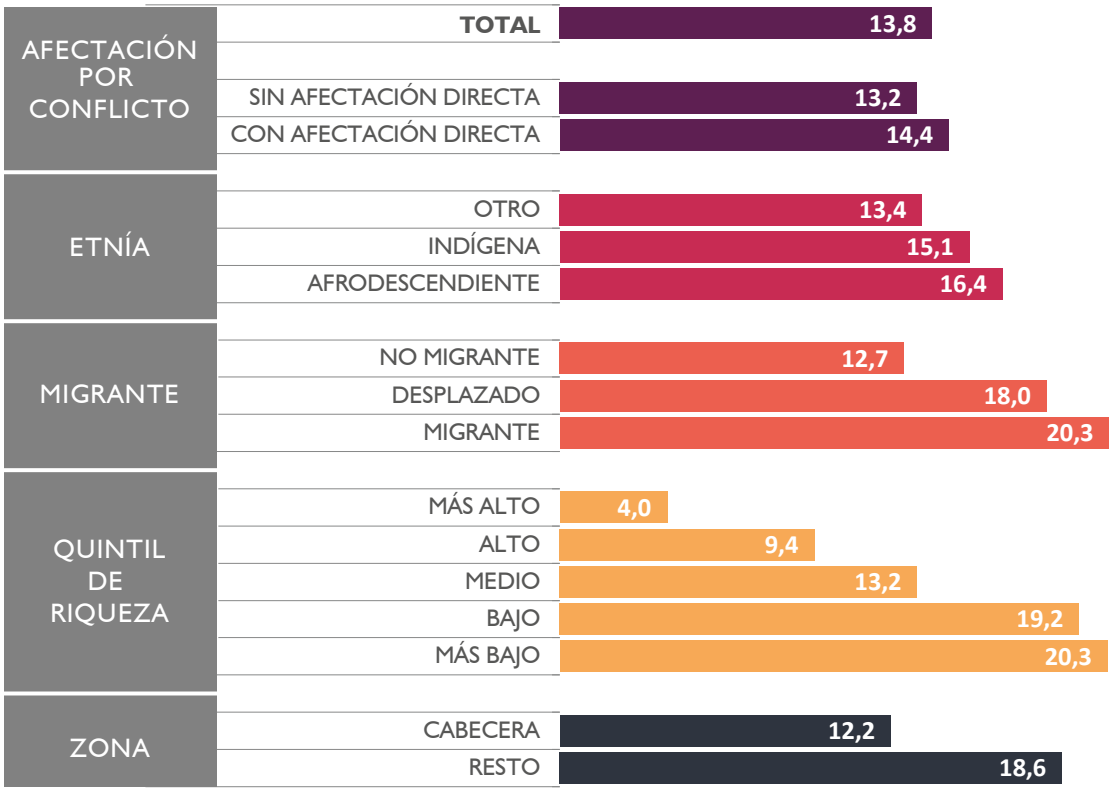
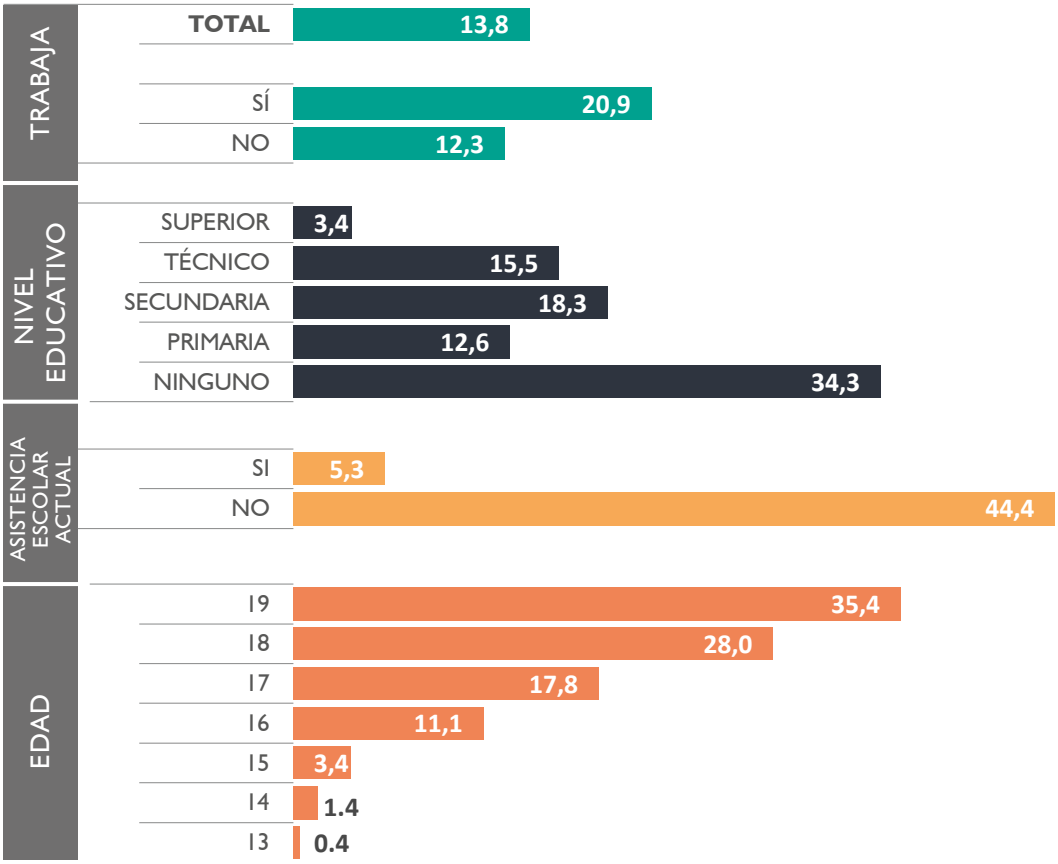


GRÁFICO 14

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA SEGÚN DETERMINANTES INTERMEDIOS INTRAPERSONALES.



Las percepciones sobre atribuciones a la masculinidad y feminidad tienen un peso importante en el embarazo adolescente: el porcentaje de adolescentes que han estado o están embarazadas es dos veces mayor entre las que consideran que el rol activo en la sexualidad es propio de los hombres[4], y entre las que consideran que el principal rol de las mujeres es el cuidado del hogar[5]. Así mismo, mientras que el embarazo adolescente es del 13% entre quienes no legitiman la violencia, entre quienes sí la legitiman llega al 21%. Por otra parte, entre aquellas que saben que sexualidad es como uno se ve, se siente y se comporta, el embarazo adolescente es del 9% mientras que entre los que no tienen claridad sobre el concepto de sexualidad, este porcentaje llega al 15% (Gráfico 15).

4. los hombres necesitan más sexo que las mujeres, los hombres no hablan de sexo, lo hacen o, los hombres siempre están listos para tener sexo
5. Las mujeres deben cuidar la casa, cocinar, cuidar los niños

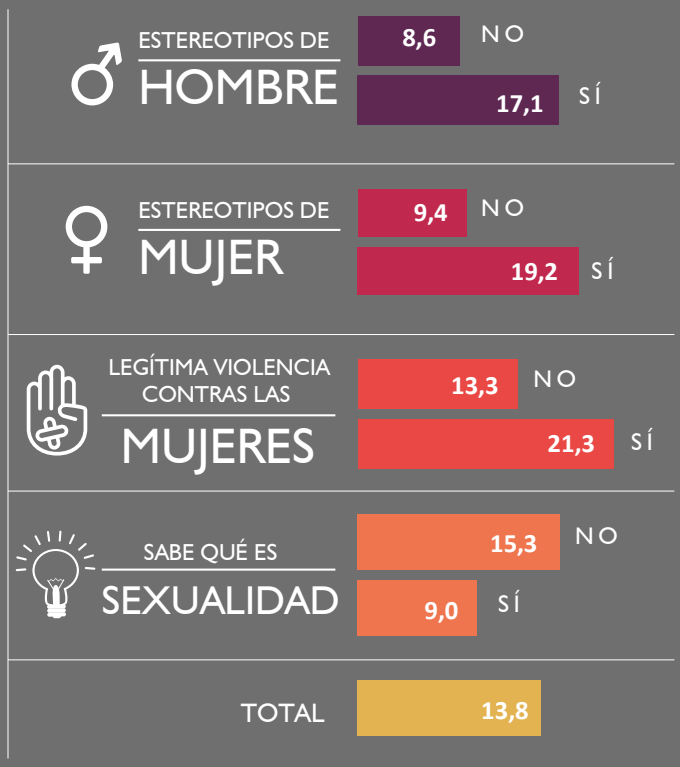
GRÁFICO 15

EMBARAZO ADOLESCENTE

SEGÚN DETERMINADOS INTERMEDIOS RELACIONADOS CON LAS

PERCEPCIONES DE GÉNERO

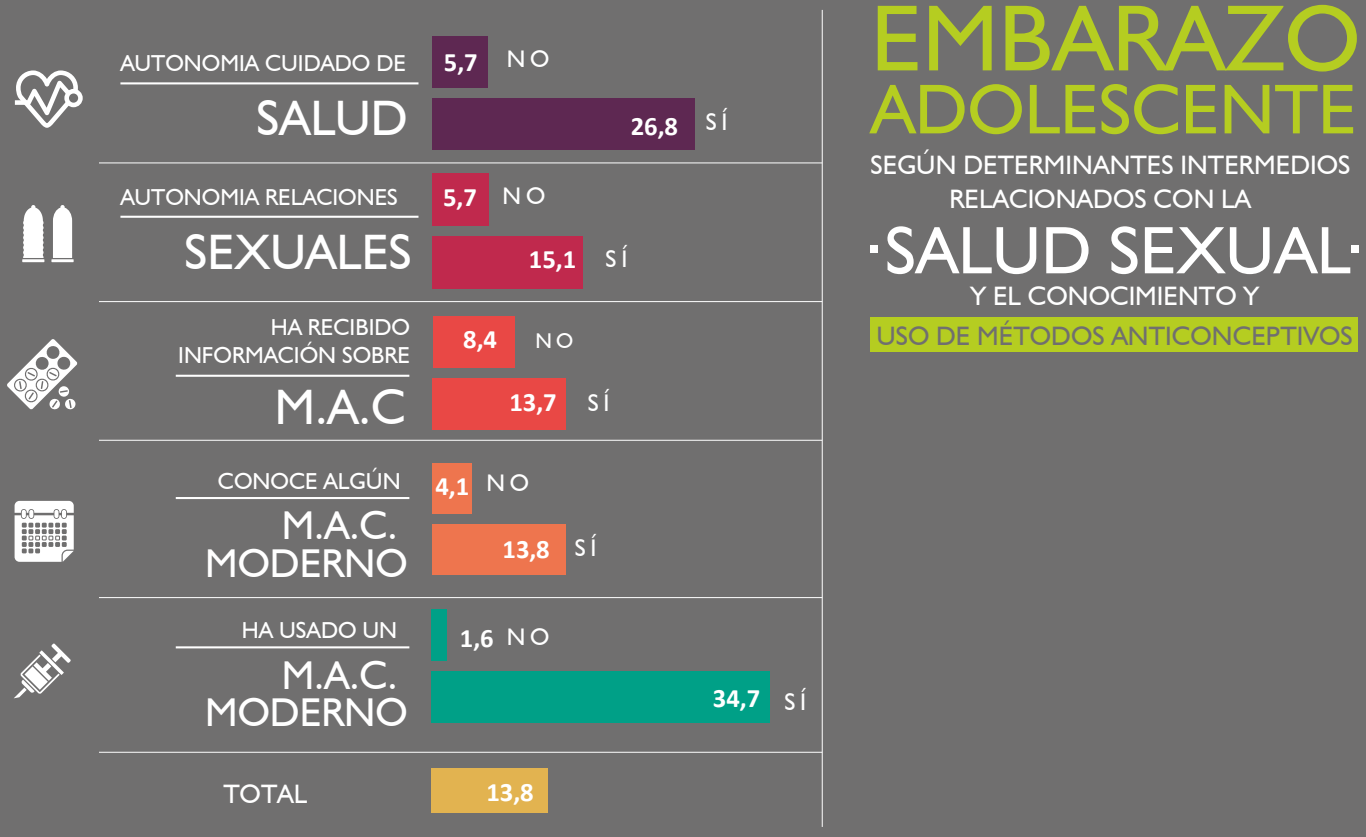
ENDS 2015



El embarazo adolescente está altamente asociado con uniones tempranas o con vivir fuera del hogar de los padres lo que explica los mayores porcentajes de embarazos entre aquellas que tienen autonomía sobre el cuidado de su salud y aquellas que tienen autonomía sexual. De otra parte, el mayor nivel de embarazo adolescente entre las mujeres que han usado algún método anticonceptivo se explica en parte por el inicio de uso después del primer hijo, práctica que mucho más común entre las adolescentes de la zona rural (ENDS 2015) (Gráfico 16).

Los mayores niveles de embarazo adolescente se encontraron entre aquellas que viven solas o en unión con su pareja (54%), ya no viven con su madre (32%), viven en familias compuestas o extensas (20%) y, en los casos en los que la progenitora tiene más de 4 hijos (21%). En el caso de las adolescentes que aún viven con sus padres, el embarazo es mayor entre aquellas que tienen un bajo nivel de supervisión de los adultos (19%); también es mayor entre las adolescentes cuyas amigas ya empezaron sus relaciones sexuales (28%). ***(ir Gráfico 17)***

GRÁFICO 16



PATERNIDAD ADOLESCENTE

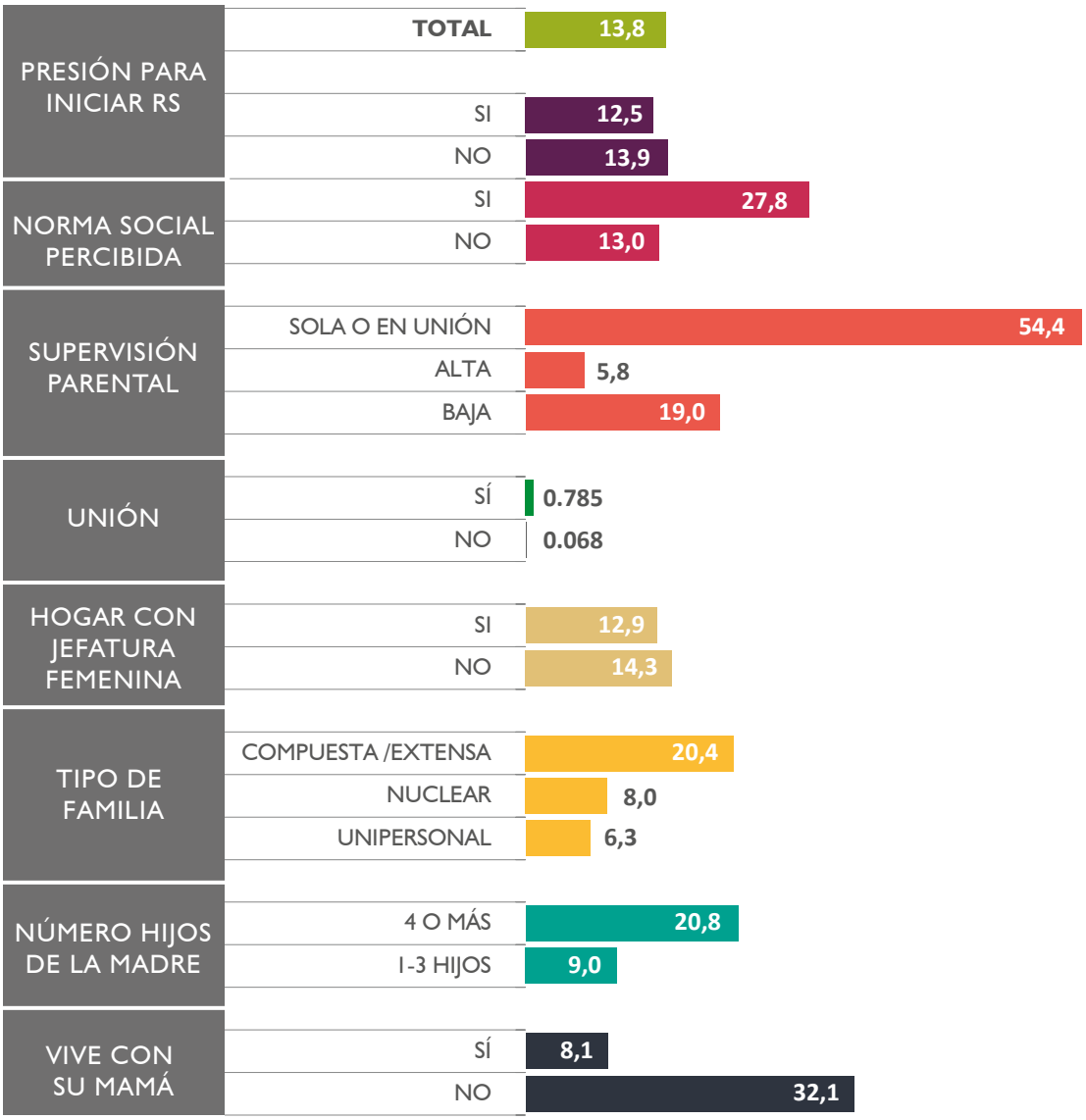
De acuerdo con los resultados de la ENDS 2015, en Colombia los hombres inician relaciones sexuales a edades más tempranas que las mujeres; en la población adolescente mientras el 14% de las mujeres tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años, este porcentaje llega al 30% entre los hombres. Los adolescentes hombres establecen más tardíamente uniones de pareja: el 3.8% de las mujeres de 15 a 19 viven en pareja y entre los hombres este porcentaje es del 0.4%; de igual manera los hombres inician su vida conyugal más tardíamente que las mujeres: la edad mediana a la primera unión entre los hombres de 25 a 29 años es de 25 años mientras que para las mujeres del mismo grupo de edad es 21 años; los adolescentes hombres han tenido un mayor número de parejas sexuales (5) que las mujeres (2).

Que los hombres puedan tener relaciones sexuales sin establecer vínculos emocionales se asociada con las percepciones sobre atribuciones a la masculinidad que consideran que el rol activo en la sexualidad es propio de los hombres y

Por cada adolescente que ya es padre y actualmente está estudiando, **hay siete adolescentes** que son padres y no están estudiando.

GRÁFICO 17

EMBARAZO ADOLESCENTE SEGÚN DETERMINANTES INTERMEDIOS INTERPERSONALES



generan tolerancia hacia la precocidad y promiscuidad masculina al representar la sexualidad masculina "como instintiva y difícil de controlar, vivida en forma de urgencia natural" (Montoya, 2001, pág. 8) lo cual junto con las percepciones sobre atribuciones a la feminidad que consideran que en algunos casos se justifica golpear a las mujeres, pueden llevar a la coerción o la violencia sexual. Estos estereotipos de género constituyen un factor de riesgo tanto para la paternidad en la adolescencia como para el abandono paterno en el caso de los embarazos no

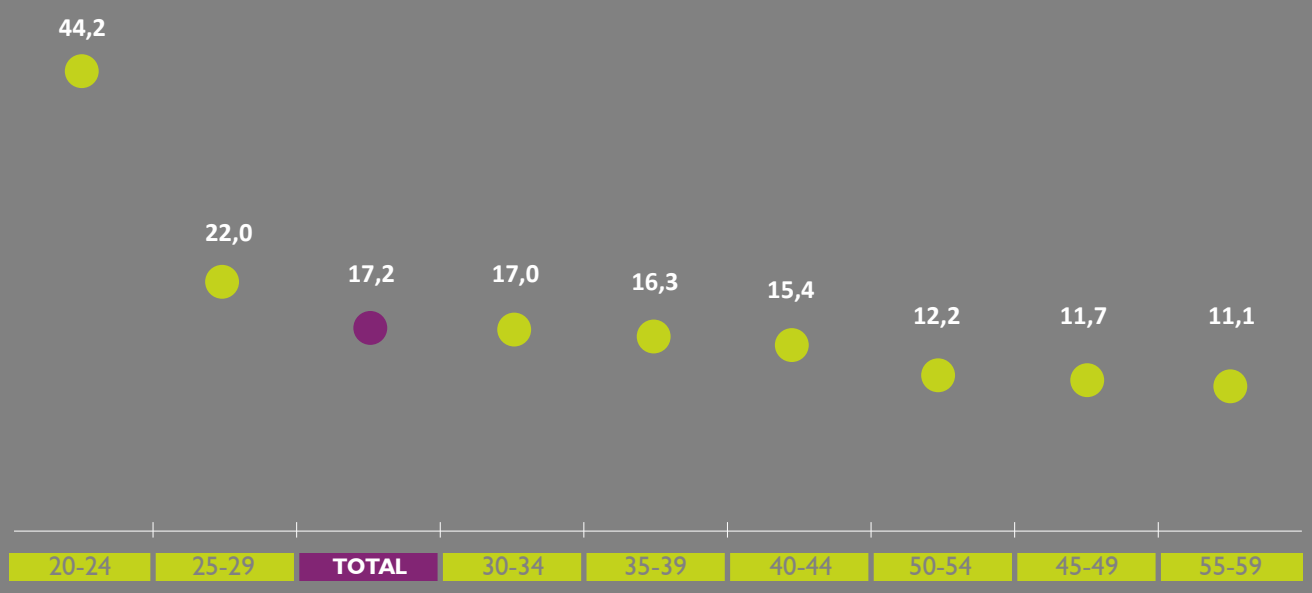
deseados (Montoya, 2001). Al igual que en el embarazo en la adolescencia, en la paternidad en la adolescencia confluyen la falta de oportunidades, la pobreza y la exclusión social que limitan las posibilidades de alcanzar una vida adulta productiva en adecuadas condiciones de salud y bienestar.

Adicionalmernte se consideró la paternidad adolescente en los hombres de 13 a 59 años. El gráfico a continuación presenta la paternidad adolescente – porcentaje de hombres que tuvo su primer hijo antes de cumplir 20 años - como un fenómeno existente a través de distintas generaciones, además muestra la manera en que ha avanzado. Mientras que para el grupo de edad de 55 a 59 años se observa una prevalencia cercana al 11%, este porcentaje alcanza el 44% en la generación más joven (20 a 24 años). Este hecho, en consonancia con el comportamiento del embarazo en adolescentes, alerta sobre la necesidad de activar los mecanismos de prevención en las poblaciones más jóvenes (Gráfico 18).

GRÁFICO 18

PORCENTAJE DE HOMBRES DE **20 A 59 AÑOS** QUE TUVO SU PRIMER HIJO ANTES DE LOS **20 AÑOS** SEGÚN EDAD ACTUAL.

ENDS 2015



En términos generales, el porcentaje de hombres de 13 a 59 años que tuvo su primer hijo antes de los 20 años presenta la misma estructura que el porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que tuvo su primer hijo antes de los 20 años: es más alto en la Orinoquía y la Amazonía y la región Atlántica, en las zonas rurales, entre la población afrodescendiente e indígena, en los quintiles más bajo y bajo de riqueza y entre los residentes en municipios con afectación directa por el conflicto.

GRÁFICO 19

PORCENTAJE DE HOMBRES DE DE 13 A 59 AÑOS QUE TUVO SU PRIMER HIJO ANTES DE LOS 20 AÑOS SEGÚN ETNIA, TIPO DE FAMILIA, ZONA Y REGIÓN.

ENDS 2015

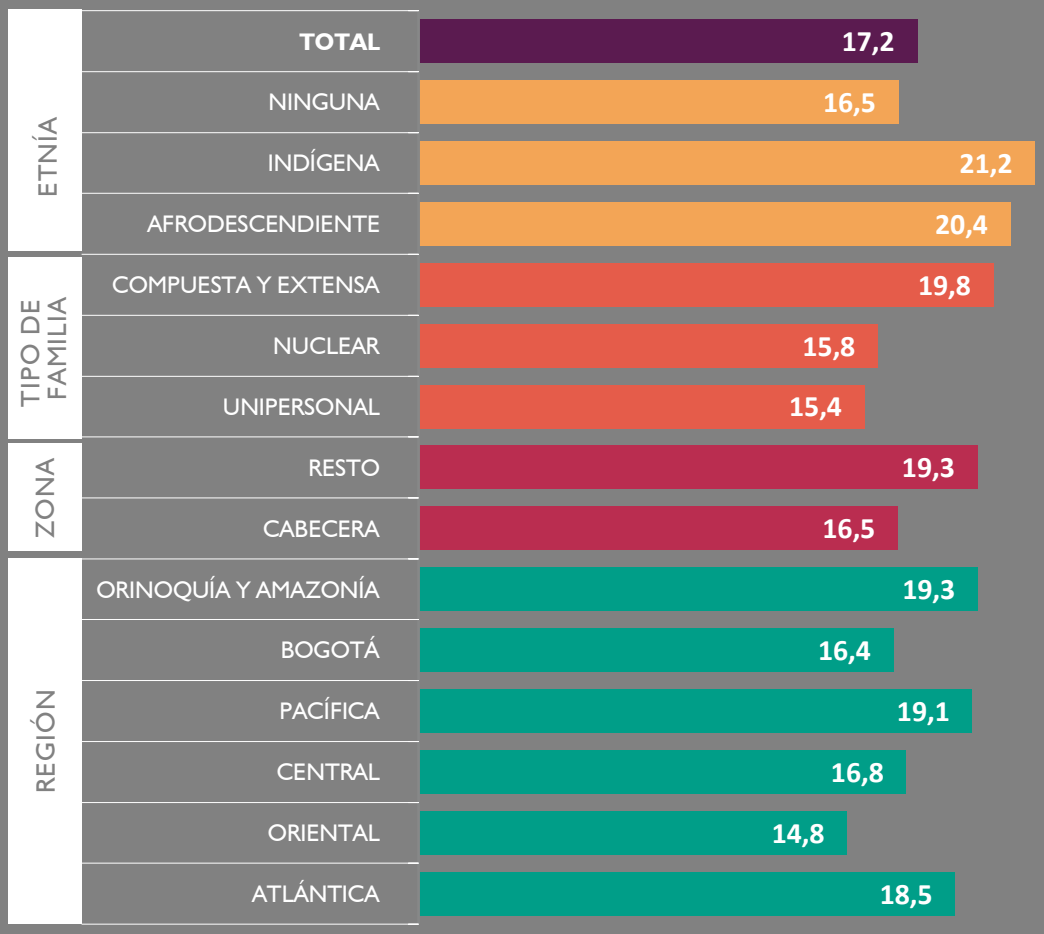
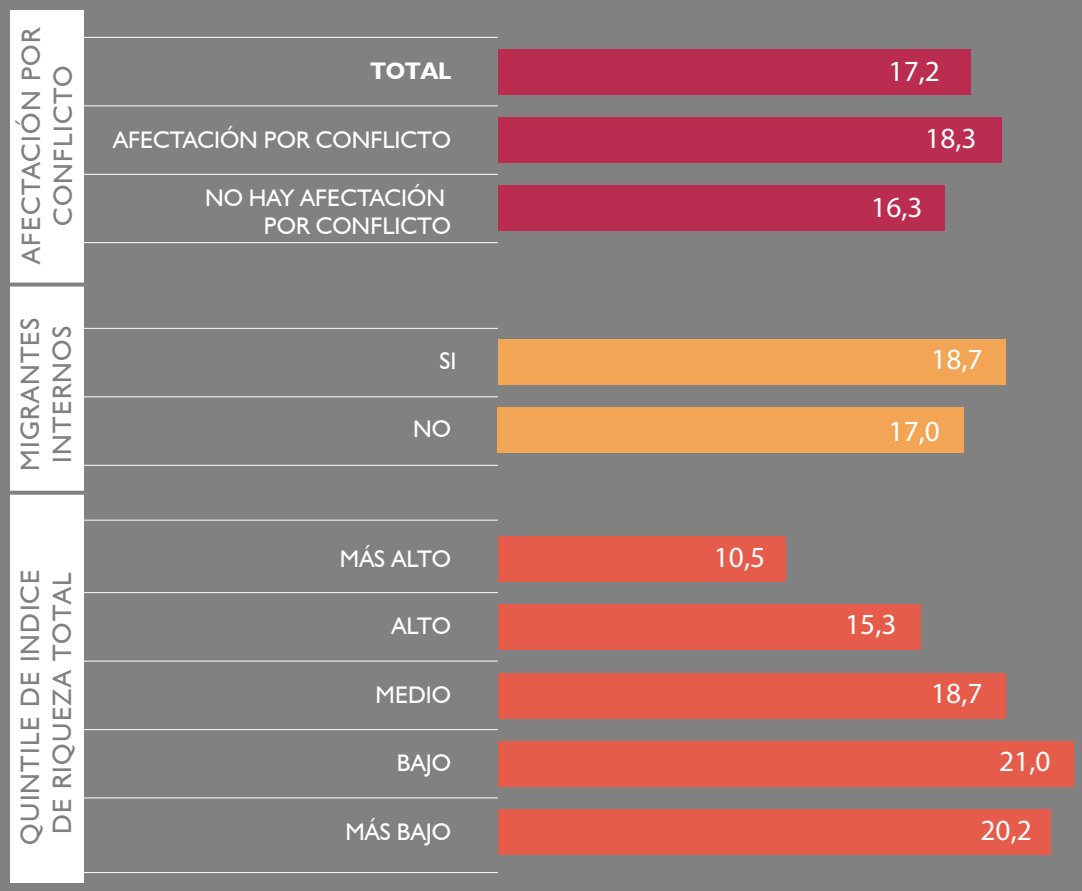


GRÁFICO 20

PORCENTAJE DE HOMBRES DE DE 13 A 59 AÑOS QUE TUVO SU PRIMER HIJO ANTES DE LOS 20 AÑOS SEGÚN SEGÚN QUINTIL DE RIQUEZA, CONDICIÓN MIGRATORIA Y ZONA DE AFECTACIÓN.

ENDS 2015



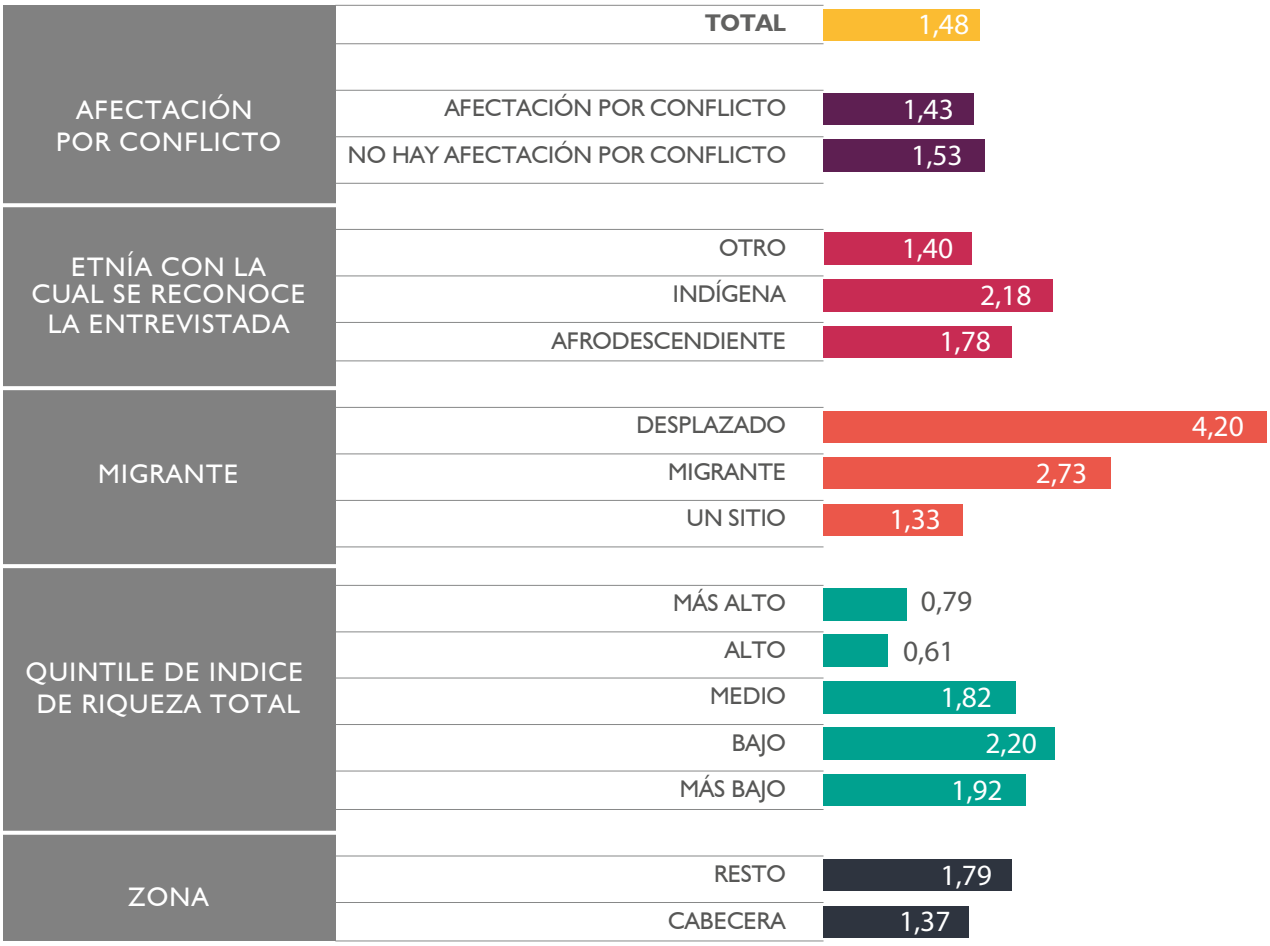
Concentrando el análisis en la paternidad en la adolescencia en los hombres de 13 a 19 años, el porcentaje que ya son padres es del 1.5%; los mayores niveles se encuentran entre los desplazados por el conflicto interno (4.2%), los migrantes (2.7%), los indígenas (2.2%), y en el quintil bajo de riqueza (2.2%) (Gráfico 21). ***(ir Gráfico 21)***

Considerando los determinantes intermedios, en el Gráfico 22 se pueden apreciar que, pese a que los niveles son menores, el porcentaje de hombres que son padres antes de los 20 años es menos del 1% a los 16 años y alcanza el 6% a los 19 años. También se encuentran importantes diferencias por nivel educativo: por cada adolescente que ya es padre y ha cursado algún año de educación superior hay nueve adolescentes que son padres y no tuvieron acceso a la educación formal y, por cada adolescente que ya es padre y actualmente está estudiando, hay siete adolescentes que son padres y no están estudiando. ***(ir Gráfico 22)***

GRÁFICO 21

PATERNIDAD EN LA ADOLESCENCIA SEGÚN DETERMINANTES ESTRUCTURALES.

ENDS-2015



Al igual que entre las mujeres, las percepciones sobre atribuciones a la masculinidad y feminidad tienen un peso importante en la paternidad adolescente: el porcentaje de adolescentes que ya son padres es dos veces mayor entre los que consideran que el rol activo en la sexualidad es propio de los hombres, los que consideran que el principal rol de las mujeres es el cuidado del hogar y los que legitiman la violencia contra la mujer. ***(ir Gráfico 23)***

Considerando los determinantes intermedios interpersonales, los mayores porcentajes de adolescentes que ya son padres se encuentran entre aquellos que ya no viven con su madre (4.5%), viven en hogares unipersonales (10%) y están actualmente unidos (38%). También es mayor entre los hombres que saben que otros amigos de su misma edad ya comenzaron a tener relaciones sexuales (4%). ***(ir Gráfico 24)***

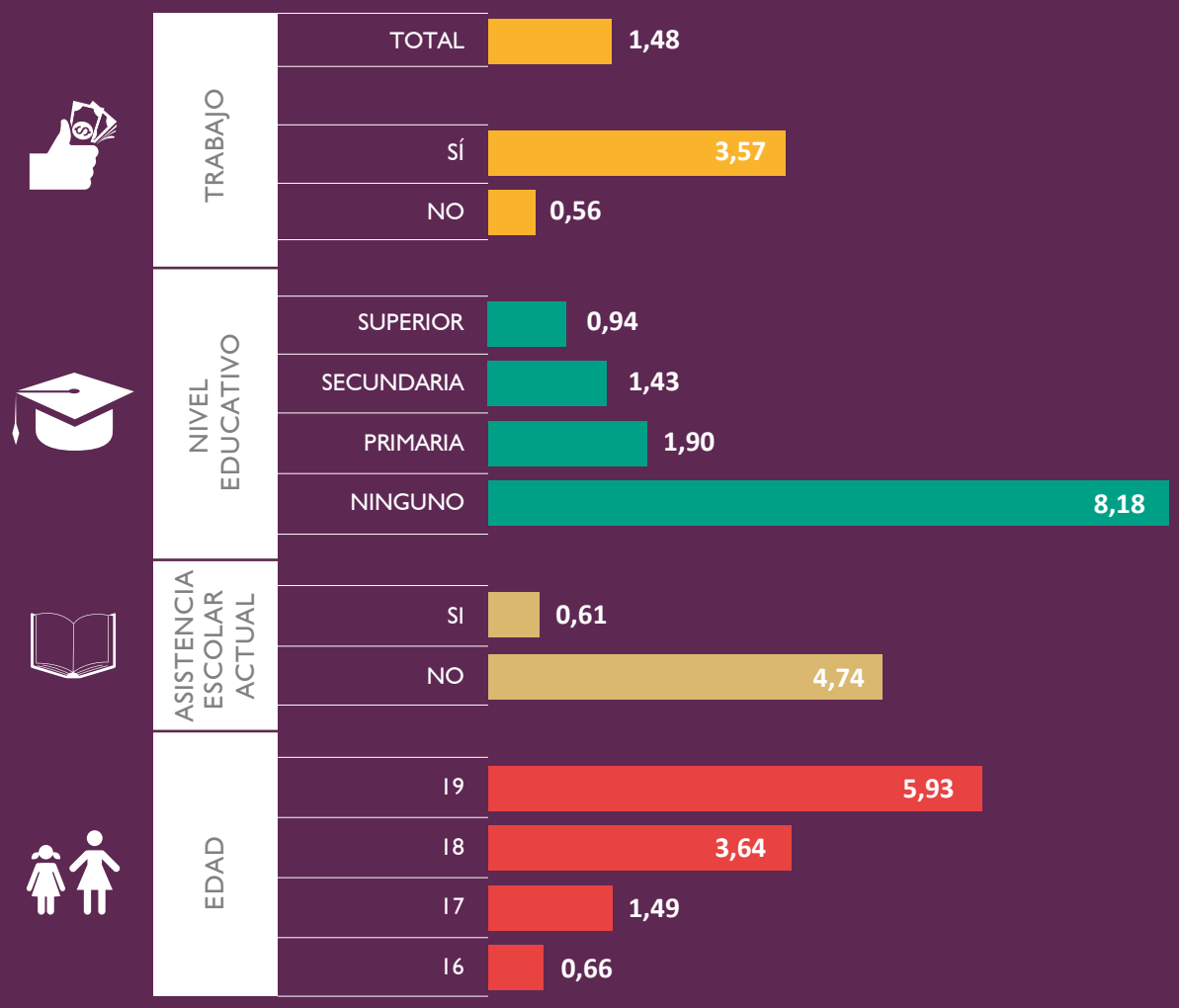
GRÁFICO 22

PATERNIDAD EN LA ADOLESCENCIA

SEGÚN DETERMINANTES

INTERMEDIOS INTRAPERSONALES

ENDS 2015



CONTRIBUCIONES DE LOS DETERMINANTES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Cabe recordar que la descripción de las variables y los nombres que tienen en la base de datos fueron presentadas en la Tabla 1. En las tablas a continuación sólo se presenta el nombre de la variable en la base de datos. Las variables continuas fueron: edad al inicio de las relaciones sexuales, edad a la primera menstruación, edad de entrevistada y promedio de años de educación. Se realizaron pruebas de independencia para las variables que podrían explicar la ocurrencia de embarazo en adolescentes. Los resultados se presentan a continuación en orden decreciente de asociación con la variable dependiente lo que permite establecer una primera aproximación a los determinantes sociales de mayor contribución con el embarazo en la adolescencia en Colombia:

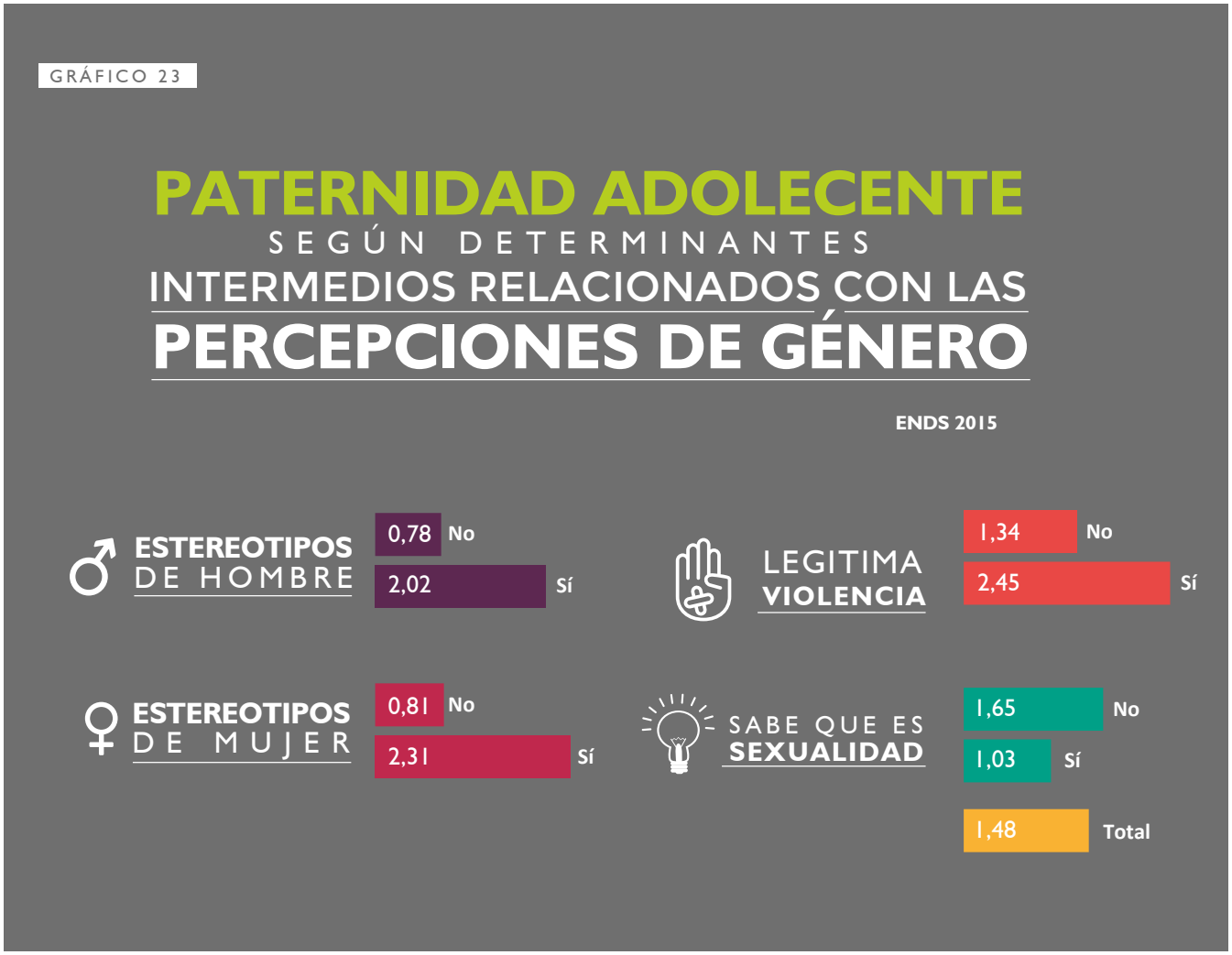
TABLA 2.

EMBARAZO ADOLESCENTE, PRUEBAS DE ASOCIACIÓN PARA VARIABLES NOMINALES

Variable	Estadístico Chi Cuadrado	CCP
SoliIVE	8513,000***	0,707
unidos	3252,040***	0,525
supervision	2188,741***	0,452
asistescolarac	1852,629***	0,422
usametodo	819,361***	0,296
vivemadre	752,772***	0,285
autonomiasalud	752,220***	0,285
actitudembarazo	659,676***	0,272
oidoanticEPS	379,822***	0,207
tipofamilia	275,267***	0,177
QHWLTHI	256,135***	0,171
hijosmadre	241,598***	0,166
estereotipomujer	169,558***	0,140
estereotipohombre	123,930***	0,120
necesinf	92,650***	0,105
preferenciasr	7,664**	0,103
autonomiasex	80,066***	0,096
trabajoact	72,807***	0,092
ZONA	53,040***	0,079

Variable	Estadístico Chi Cuadrado	CCP
essabe	50,829***	0,077
migra	48,192***	0,075
legitima	25,991***	0,055
edadsexiniadol	7,222***	0,030
etnia	5,735*	0,026
Jefamujer	3,719*	0,021
afectacion	2,452	0,017
presioninicio	1,216	0,012
sinsgss	1,059	0,011

GRÁFICO 23



Casi todas las variables examinadas presentan asociación significativa con el embarazo en la adolescencia. Tres de ellas: presión para inicio de relaciones sexuales, afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y la afectación por el conflicto armado no presentan asociación estadísticamente significativa con el embarazo adolescente. Esta información permitió delimitar el conjunto de variables con las cuales se podría construir tanto un modelo para determinantes intermedios y distales como para determinantes próximos.

Modelo para los determinantes próximos

Con el objetivo de establecer cómo inciden los determinantes próximos en la probabilidad de tener un embarazo en la adolescencia, se ajustó un modelo de regresión logística con función de enlace logit con las variables nupcialidad, uso de métodos anticonceptivos, edad, edad a la menarquía y edad al iniciar relaciones sexuales. La estimación de los parámetros, así como los errores estándar y el nivel de significancia de cada factor se presentan en la Tabla 3 a continuación.

TABLA 3.

MODELO PARA DETERMINANTES PRÓXIMOS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

Factor	Estimación	Error estándar	Sig
Intercepto	0,73	0,685	
Menarquia	0,081	0,036	**
Edadsex	-0,605	0,037	***
Unidos	2,435	0,107	***
Usametodo	-0,453	0,094	***

De acuerdo con los resultados, se confirma que, en primer lugar la postergación del inicio de la actividad sexual y en segundo lugar el uso de métodos anticonceptivos modernos son factores protectores del embarazo adolescente. También se puede confirmar que las uniones tempranas son el principal factor de riesgo para el embarazo adolescente.

Modelo para los determinantes intermedios y estructurales

Las estimaciones, así como los errores estándar y el nivel de significancia de cada factor de las variables que se evaluaron en el modelo de determinantes intermedios y estructurales se presentan en la Tabla 4 a continuación.

TABLA 4.

MODELO PARA DETERMINANTES INTERMEDIOS Y ESTRUCTURALES DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

Factor	Estimación	Error estándar	Sig
Intercepto	9,850	0,667	
edad	0,541	0,029	***
ZONA			
Rural (Ref)			
Urbana	-0,269	0,094	***
Migra			
Desplazado (Ref)			
Migrante	-1,299	0,481	***
No migrante	-0,972	0,471	**
asistescolaract	-1,701	0,086	***
trabajoact	-0,223	0,097	**
vivemadre	-1,002	0,086	***
hijosmadre			
Más de 3 hijos (Ref)			
3 o menos hijos	-0,346	0,084	***
tipofamilia			
Compuesta y extensa (Ref)			
Nuclear	-0,875	0,087	***
Unipersonal	-3,033	0,725	***
essabe	-0,487	0,105	***
estereotipohombre	0,231	0,093	**
estereotipomujer	0,536	0,088	***
legitima	0,429	0,156	***
necesinf	0,372	0,082	***

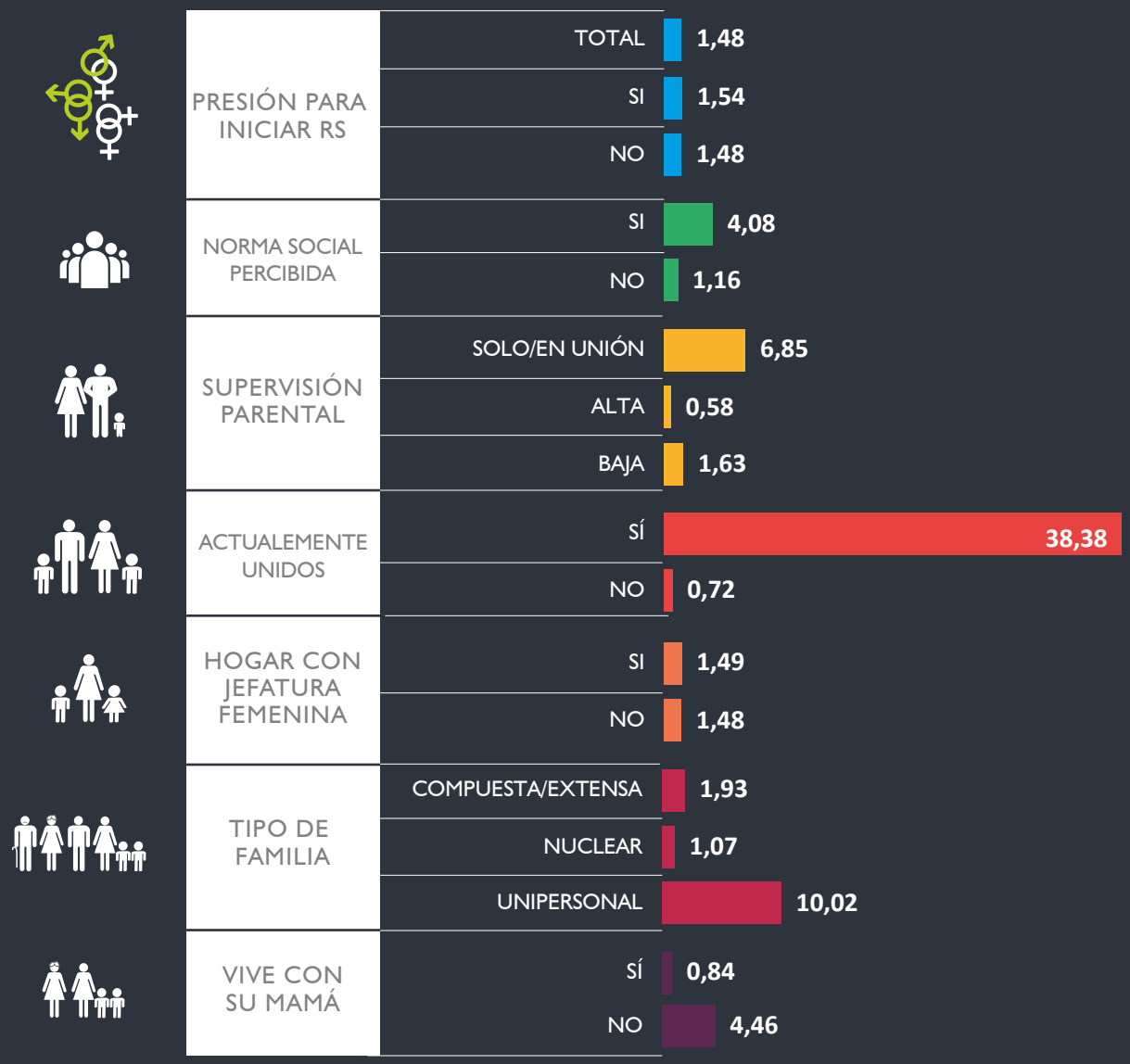
GRÁFICO 24

PATERNIDAD ADOLESCENTE

SEGÚN DETERMINANTES

INTERMEDIOS INTERPERSONALES

ENDS 2015

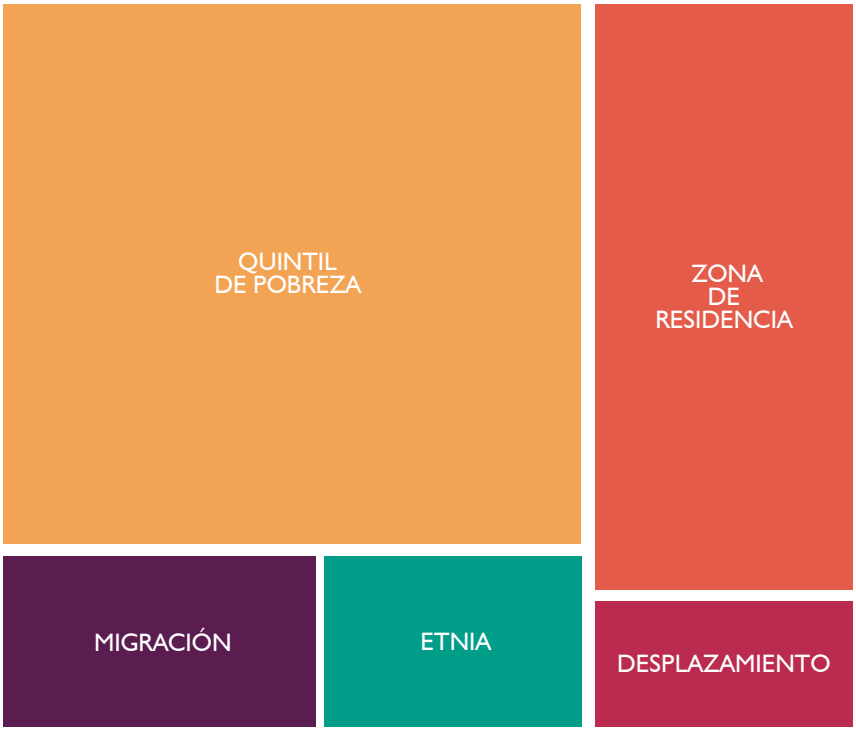


En el modelo logístico con enlace logit la edad de la adolescente es un factor de riesgo, ya que como se vio en el análisis descriptivo de esta variable, el porcentaje de embarazo adolescente aumenta significativamente en cada año de edad. Otros factores determinantes de la probabilidad de un embarazo adolescente son la zona, urbana o rural en la que vive la adolescente y su estatus migratorio: si vive hace más de 5 años en el mismo municipio, fue desplazada por el conflicto interno armado o migró por razones diferentes. Los resultados del modelo exponen a la vida en la zona rural y al desplazamiento por el conflicto armado como factores de riesgo del embarazo adolescente.

A nivel estructural, el determinante que explica en gran medida el embarazo en la adolescencia es la riqueza. En otras palabras, una distribución inequitativa de la riqueza entre adolescentes en comunidades más pobres y con mayor desventaja determina en gran parte el embarazo en la adolescencia. La zona de residencia, seguida de la migración, la etnia y el desplazamiento también contribuyen de forma determinantes en la explicación del embarazo en la adolescencia. La Figura 1 acota el universo de variables explicativas en función del marco teórico e ilustra el tamaño de la contribución de los determinantes estructurales del embarazo en la adolescencia en Colombia.

FIGURA 2

CONTRIBUICIÓN DETERMINANTES ESTRUCTURALES EN EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN COLOMBIA



La figura 3 ilustra el tamaño de la contribución de los determinantes intermedio en el embarazo en la adolescencia a nivel intrapersonal. A nivel de determinantes intermedios, sin duda alguna la edad y asistir a actividades escolares determinan en gran medida que ocurra o no el embarazo en la adolescencia, confirmando que la deserción escolar es un factores de riesgo para las adolescentes. Otra parte del embarazo en la adolescencia puede ser explicado desde determinantes como el trabajo, estereotipos de los hombres y las mujeres, actitudes que legitiman la violencia contra la mujer y conocimientos sobre la sexualidad. Finalmente, otros determinantes como necesidad insatisfecha MAC, autonomía sexual, deseo del embarazo, autonomía sobre cuidado de la salud a nivel individual y conocimiento de MAC contribuyen en menor medida con el embarazo en la adolescencia.

Los determinantes intermedios encontrados en este modelo corresponden a aquellos asociados a los conocimientos y percepciones que tienen las adolescentes sobre temas relativos a sexualidad, estereotipos de género y violencia contra la mujer. La primera variable que se asocia al conocimiento de una adolescente de la definición de sexualidad. Los resultados del ajuste de este modelo muestran que el hecho de considerar la sexualidad la manera como uno se ve, se siente y se comporta es un factor protector para el embarazo adolescente. En lo respectivo a los estereotipos de género, los resultados muestran que no estar de acuerdo con los estereotipos de hombre o los estereotipos de mujer representa un factor protector: es importante resaltar que no tener preconcepciones sobre el rol de la mujer tiene mayor efecto protector que no tener estereotipos sobre el rol del hombre de cara a la prevención del embarazo adolescente. En cuanto a la legitimación de la violencia, se encontró que aquellas adolescentes que no legitiman la violencia contra la mujer presentan menor riesgo de embarazo adolescente que aquellas que la legitiman. Finalmente, la necesidad de información relacionada con la sexualidad se asocia con mayor riesgo de embarazo entre los 13 y los 19 años.

La figura 4 ilustra el tamaño de la contribución de los determinantes intermedio en el embarazo en la adolescencia a nivel interpersonal. Vivir con la madre, el número de hijos de la madre y el tipo de familia, es decir, el entorno favorable al embarazo adolescente, tienen un rol determinante en que este ocurra o no. Finalmente, las preferencias del número de hijos deseados por la pareja, la presión para iniciar las relaciones sexuales, la supervisión parental y la jefatura femenina en el hogar también contribuyen explicando el problema del embarazo en la adolescencia desde las preferencias a nivel interpersonal.

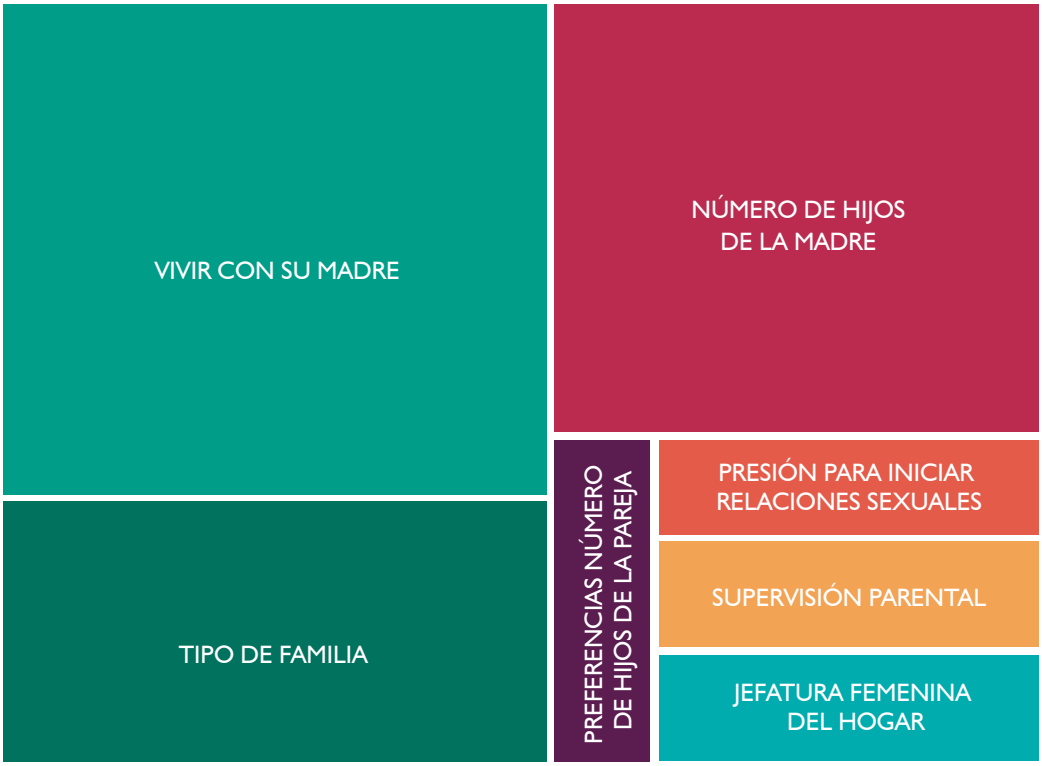
Los resultados exponen que el hecho de no vivir con la madre representa un factor de riesgo para la adolescente (o que el embarazo produce el abandono del hogar materno). De igual manera, vivir en hogares compuestos y extensos se asocian a un mayor riesgo de embarazo para una mujer entre los 13 y los 19 años, esto explicado por el hecho de que las adolescentes deban incorporarse a un grupo familiar más extenso una vez se saben embarazadas. Finalmente, que

FIGURA 3

CONTRIBUCIÓN DETERMINANTES INTERMEDIOS EN EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN COLOMBIA (INTRAPERSONALES)

FIGURA 4

CONTRIBUCIÓN DETERMINANTES INTERMEDIOS EN EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN COLOMBIA (INTERPERSONALES)



la progenitora de la adolescente tenga más de tres hijos es un factor de riesgo.

Modelo para determinantes del embarazo temprano entre mujeres unidas.

Con el fin de determinar los factores asociados a embarazo adolescente en mujeres unidas, se ajustó un modelo logit, pero ahora limitado únicamente a aquellas mujeres que están actualmente unidas. Los resultados son presentados a continuación.

TABLA 5.

MODELO DEL EMBARAZO ADOLESCENTE EN LAS MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS

Factor	Estimación	Error estándar	Sig
Intercepto	1,658	1,405	
edad	0,573	0,091	***
edadsex	-0,503	0,082	***
asistescolaract	-0,757	0,205	***
trabajoact	-0,861	0,230	***
maltratoinfancia	0,443	0,197	**
necesinf	0,394	0,195	**
Q512Dr	0,640	0,259	**
Q512Hr	-1,331	0,438	***

Las primeras dos variables en el modelo corresponden a variables continuas, la primera es la edad de la entrevistada y la segunda es la edad a la cual la entrevistada empezó a tener relaciones sexuales. El coeficiente correspondiente a la edad de la entrevistada la presenta como factor asociado a un mayor riesgo de embarazo, es decir entre mayor sea la mujer actualmente unida en el rango de 13 a 19 años, la posibilidad de embarazo es más alta. Por otra parte, la edad de inicio de relaciones sexuales de las adolescentes actualmente unidas tiene un coeficiente negativo, esto indica que las mujeres entre 13 y 19 años que comenzaron a tener relaciones sexuales en edades más tempranas tienen mayor riesgo de embarazo.

Otras variables importantes para explicar el fenómeno de embarazo adolescente en mujeres unidas son la asistencia escolar y la actividad laboral actual. Ambas variables actúan como factores protectores frente al embarazo adolescente. Esto es, entre las mujeres de 13 y 19 años actualmente están unidas que estudian ó

trabajan en la actualidad hay un riesgo más bajo de quedar en embarazo. Entre las adolescentes actualmente unidas, el hecho de haber sufrido maltrato durante la infancia actúa como factor de riesgo de embarazo.

La necesidad de información sobre sexualidad actúa como factor de riesgo del embarazo adolescente en las mujeres actualmente unidas. Adicionalmente, la percepción de las adolescentes sobre el acceso oportuno a la información sobre anticoncepción y la importancia percibida de la educación para la sexualidad están significativamente asociados con bajos niveles de embarazo en edad adolescente. Entre las adolescentes actualmente unidas que consideran que a las personas solo se les debe hablar de anticoncepción desde que son adolescentes (Q512Dr) el riesgo de embarazo es más alto, mientras que entre aquellas que consideran que la educación para la sexualidad promueve el respeto por todas las personas independientemente de su sexo, género u orientación sexual (Q512Hr) el riesgo de quedar en embarazo en edad adolescente es más bajo.

Modelo para los determinantes de las uniones en la adolescencia

Se analizó la asociación de los determinantes próximos e intermedios con el hecho de que una mujer adolescente esté unida ajustando un modelo logit con aquellos determinantes que demostraban una asociación significativa con la variable unidos. Las estimaciones de los parámetros del modelo, sus errores estándar y sus niveles de significancia se presentan en la siguiente tabla.

TABLA 6.

MODELO DE DETERMINANTES DE LAS UNIONES EN LA ADOLESCENCIA

Factor	Estimación	Error estándar	Sig
Intercepto	7,466	0,711	
edad	0,329	0,036	***
madprimembperd	2,769	0,109	***
asistescolaract	-1,226	0,111	***
trabajoact	-0,249	0,121	**
Quintil de Riqueza			
Quintil 5 (Ref)			
Quintil 4	0,548	0,263	*
Quintil 3	1,622	0,260	***

Factor	Estimación	Error estándar	Sig
Quintil 2	1,854	0,265	***
Quintil 1	1,831	0,294	***
estereotipomujer	0,503	0,108	***
legitima	0,586	0,179	***

De nuevo la edad de la adolescente actúa como factor de riesgo de unión durante la adolescencia. Además, se confirma la asociación entre quedar en embarazo en edad adolescente y estar unida en esta etapa de la vida. Las mujeres que son madres adolescentes están más expuestas a la posibilidad de estar unidas.

De otra parte, la asistencia escolar y la actividad laboral actúan como factores protectores para las adolescentes. Es decir, el hecho de estar estudiando o trabajando se asocia a un riesgo más bajo de que una mujer entre los 13 y los 19 años esté unida. Respecto a la relación que guarda el quintil de riqueza en que se ubica una adolescente con el riesgo de unión, se encontró que aquellas mujeres entre 13 a 19 años de los quintiles más bajos presentan un riesgo más alto de estar unidas.

Variables relacionadas con la percepción que se tiene acerca del rol de una mujer y la violencia contra la mujer también juegan un papel importante sobre la posibilidad que una mujer esté unida en la adolescencia. Las adolescentes que creen que las mujeres deben asumir su estereotipos de género como cuidar su casa y cocinar, o cambiar los pañales y bañar los niños o las que creen que la violencia contra la mujer está justificada, presentan un mayor riesgo de exposición a la posibilidad de estar unidas.

Modelo para los determinantes del uso de métodos anticonceptivos

Por último, se examinaron aquellos determinantes que están asociados al uso de métodos modernos empleando la misma metodología de los dos casos anteriores, obteniéndose los siguientes resultados.

TABLA 7.

MODELO DE DETERMINANTES DEL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS MODERNOS

Factor	Estimación	Error estándar	Sig
Intercepto	6,296	0,393	
edad	0,390	0,021	***
unidos	1,039	0,107	***
madprimembperd	0,474	0,095	***
trabajoact	0,355	0,075	***
tipofamilia			
Compuesta y extensa (Ref)			
Nuclear	-0,026	0,064	
Unipersonal	1,092	0,331	***
etnia			
Ninguna (ref)			
Indígena	-0,460	0,152	***
Afrodescendiente	0,109	0,108	
Q334	0,685	0,064	***
autonomiasalud	0,178	0,068	***
autonomiasex	1,091	0,147	***
Q512Er	0,280	0,079	***
Q512Jr	0,346	0,135	***

Las adolescentes de mayor edad, las que están actualmente unidas, las que están o han estado en embarazo y las que están trabajando presentan mayores probabilidades de usar métodos anticonceptivos modernos.

De otra parte, estar usando un método anticonceptivo moderno no varía entre las adolescentes que viven en familias nucleares o compuestas y extensas mientras que sí hay una asociación significativa entre las que viven en hogares unipersonales. El factor étnico también es relevante: mientras que no existe diferencia significativa en la probabilidad de uso de métodos modernos entre las mujeres que no pertenecen a una etnia y las afrodescendientes, la probabilidad de estar usando un método moderno en mujeres indígenas es significativamente más baja.

La autonomía sobre la toma de decisiones juega un rol determinante: las adolescentes que no gozan de autonomía para la toma de decisiones sobre su salud y su sexualidad, están asociadas a probabilidades más bajas de uso de métodos modernos de anticoncepción.

Finalmente, la percepción que tienen sobre temas relativos a la sexualidad también es determinante del uso de anticonceptivos modernos. Las adolescentes que están en desacuerdo con la entrega de condones a adolescentes y jóvenes de 12 a 14 años como parte de un proceso educativo para la sexualidad y las que no están de acuerdo con que enseñe a los niños y niñas entre 12 y 14 años acerca de cómo usar un condón para evitar infectarse con el virus que causa el SIDA, tienen menor probabilidad de usar un método anticonceptivo moderno.

CONTRIBUCIONES DE LOS DETERMINANTES DE LA PATERNIDAD TEMPRANA.

La estructura del análisis es similar al realizado para el grupo de mujeres. En primera medida se expone el conjunto de variables consideradas, al igual que algunas descripciones básicas que entregan indicios de la dirección y magnitud de la asociación con la variable respuesta. Posteriormente, se presenta el ajuste de dos modelos, el primero de ellos busca -al igual que se hizo para el grupo de mujeres- identificar y señalar el conjunto de factores protectores y de riesgo para ser padres antes de los 20 años. El segundo modelo se ajusta para los hombres entre los 13 y los 59 años, este último modelo busca aproximarse a los factores que representaron riesgo o protección para ser padres antes de los 20 años; a través de este modelo se espera encontrar información adicional sobre los determinantes que hacen que un hombre esté más o menos expuesto a ser padre en la adolescencia. Las variables consideradas para la descripción del riesgo de paternidad adolescente se presentan a continuación:

TABLA 8.

VARIABLES A CONSIDERAR EN EL MODELO DE PATERNIDAD ADOLESCENTE. NOMBRE, SIGNIFICADO Y CATEGORÍAS DE RESPUESTA

Nombre de variable	Tipo/Categorías
Edad inició Relaciones Sexuales	Continua
Porcentaje de personas actualmente unidas	0 - No / 1 - Sí
Actualmente usa un método moderno	0 -No / 1 -Sí
Edad calculada	Continua
Necesidad de acceder a mayor información y educación relacionada con la sexualidad	0 - No / 1 - Sí
Sabe que la sexualidad es como uno se ve, se siente y se comporta	0 - No / 1 - Sí
Ha oído hablar de métodos anticonceptivos en su EPS en el último año	0-No / 1-Sí
Supervisión parental	0 - Baja / 1 - Alta / 2 - En unión o solo
Presión para iniciar Relaciones Sexuales	0 - No ha habido / 1 - Sí ha habido
Asistencia escolar actual	0 - No / 1 - Sí
Trabaja actualmente	0 - No / 1 - Sí
Está afiliado al SGSSS	0 - No / 1 - Sí
Tipo de familia agregado	1 - Unipersonal/ 2 - Nuclear/ 3 - Compuesta y Extensa
Ha sufrido alguna violencia	0 - No / 1 - Sí
Zona	1 - Cabecera/ 2 - Resto
Hogar con jefatura femenina	0 - No / 1 - Sí
Rangos de edad calculada	1 -13 a 16 / 2 - 17 a 19
Quintile de indice de riqueza total	1 - Más bajo/ 2 - Bajo/ 3 – Medio/ 4 - Alto/ 5 - Más alto
Quintile de indice de riqueza total (reagrupado)	1 - Más bajo y Bajo / 2 - Medio / 3 - Alto y Más alto
Etnía con la cual se reconoce el entrevistado	1 - Afrodescendiente / 2 - Indígena / 3 - Ninguna
Alguna vez ha usado métodos modernos	0 - No / 1 - Sí

Nombre de variable	Tipo/Categorías
Actitud ante embarazo en este momento	1 - Gran problema / 2 - Pequeño Problema / 3 - No sería problema / 4 - No puede quedar embarazado o no tiene RS
Preferencias de número de hijos de la pareja	1 - Mismo número/ 2 - Más hijos / 3 - Menos hijos
Considera que los hombres necesitan más sexo, no hablan sino hacen o siempre están listos	0 - No / 1 - Sí
Considera que las mujeres deben cuidar su casa y cocinar, o cambiar los pañales y bañar a los niños	0 - No / 1 - Sí
Legitima la violencia contra las mujeres	0 - No / 1 - Sí
Vive con su mamá	0 - No / 1 - Sí
Autonomía cuidado salud	0 - No / 1 - Sí
Autonomía relaciones sexuales	0 - No / 1 - Sí
Numero de nacidos vivos de la madre	1 - 3 o menos / 2 - Más de 3 / 3 - No sabe
Status de migración	1 - Un sitio / 2 - Migrante / 3 - Desplazado
Afectación por conflicto	0 - No / 1 - Sí
Opinión temas de sexualidad: educación sexualidad se debe iniciar en adolescencia	0 - En desacuerdo / 1 - De acuerdo
Máximo nivel educativo alcanzado	0 - Sin Educación o Preescolar / 1 - Primaria / 2 - Secundaria / 3 - Universitaria
Número de hijos al usar métodos anticonceptivos por primera vez	0-Ninguno/ 1-Uno ó más
Total hijos/sa nacidos/as vivos/as	Continua

A partir del análisis de pruebas de independencia, tanto para los hombres de 13 a 19 años como para los hombres de 13 a 59 años, se encontró que la paternidad en la adolescencia es estadísticamente independiente de la zona, la jefatura femenina del hogar, la etnia, y la edad al inicio de las relaciones sexuales.

adidas
Quality Assur
Surfers

TABLA 9.

PATERNIDAD ADOLESCENTE, PRUEBAS DE ASOCIACIÓN PARA VARIABLES NOMINALES

Variable	Estadístico Chi Cuadrado	CCP
unidos	2245,275***	0,402
asistenciaescolaract	191,734***	0,139
alvezmetodo	182,654***	0,130
vivemadre	101,060***	0,114
trabajoact	128,865***	0,113
usametodo	108,357***	0,101
estereotipomujer	9,496***	0,062
QHWLTHI	10,006**	0,054
estereotipohombre	15,249***	0,051
sinsgss1	11,192***	0,051
tipofamilia	16,346***	0,048
migra	8,561**	0,039
etnia	3,546	0,016
ZONA	0,235	0,015
edadsexiniadol	0,000	0,006
Jefamujer	1,188	0,001

Para el conjunto de variables categóricas que se considera pueden explicar el fenómeno de paternidad adolescente, se realizaron pruebas de independencia con el fin de detectar si existe asociación entre ellas y ser padre antes de los 20 años.

TABLA 10.

PATERNIDAD ADOLESCENTE, PRUEBAS DE ASOCIACIÓN PARA VARIABLES CATEGÓRICAS

Variable	Estadístico Chi Cuadrado
niveleducativo	353,555***
QUINTIL1	184,727***
ZONA	22,962***

Variable	Estadístico Chi Cuadrado
estereotipohombre	178,535***
estereotipomujer	214,304***
legitima	9,198***
alvezmetodo	474,145***
numhijprimuso	1074,319***

Todas las variables analizadas presentan un nivel significativo de asociación con la variable respuesta. De esta manera se procedió a construir los modelos que buscan aproximar los factores asociados al hecho de ser padre en edad adolescente. Después del análisis realizado a estas variables, se ajustaron los modelos, tanto para los hombres adolescentes como para los hombres en los grupos de edad entre 13 y 59 años. Es importante mencionar que la mayor limitación del modelo aplicado a hombres de 13 a 59 años es que las variables independientes disponibles se refieren al momento de la encuesta y no al momento del de la paternidad.

Modelo para hombres de 13 a 19 años

Tras ajustar un modelo logit a este conjunto de datos, se obtuvo el siguiente conjunto de coeficientes estimados, errores estándar y niveles de significancia para cada factor.

TABLA 11.

MODELO DE DETERMINANTES DE LA PATERNIDAD ADOLESCENTE (13 A 19 AÑOS)

Factor	Estimación	Error estándar	Sig
Intercepto	1,728		
asistenciaescolaract	-0,388	0,227	*
trabajoact	0,474	0,234	**
vivemadre	-0,369	0,209	*
unidos	3,625	0,230	***
legitima	0,709	0,249	***
alvezmetodo	1,841	0,279	***

Es importante notar que las características relacionadas con las oportunidades que puede perder un hombre al ser padre en edad adolescente son la asistencia escolar actual a expensas de la vinculación al trabajo. Los resultados presentan la educación como un factor protector para la paternidad adolescente y evidencian que la paternidad forza su vinculación a las actividades productivas. En cuanto a la estructura familiar, se encuentra que vivir con la mamá del adolescente es un factor protector. Por otra parte, aquellos hombres que se encuentran actualmente unidos presentan más altas probabilidades de ser padres entre los 13 y los 19 años que aquellos que no lo están.

Otro factor de riesgo de ser padre en la adolescencia se encuentra en la legitimación de la violencia contra la mujer: entre los hombres que consideran que hay casos en los que se justifica golpear a su pareja es mayor la probabilidad de ser padres.

Modelo hombres de 13 a 59 años

Las estimaciones, así como los errores estándar y el nivel de significancia de cada factor son presentados en la siguiente tabla.

TABLA 12.

MODELO DE DETERMINANTES DE LA PATERNIDAD ADOLESCENTE (13 A 59 AÑOS)

Factor	Estimación	Error estándar	Sig
Intercepto	4,301	0,115	
Nacidosvivos	0,516	0,012	***
Nivel educativo			
Universitaria (Ref)			
Secundaria	0,414	0,063	***
Primaria	0,205	0,073	***
Sin educación o preescolar	0,003	0,135	
Quintil de Riqueza (Reagrupado)			
Quintil 3			
Quintil 2	0,261	0,073	***
Quintil 1	0,209	0,063	***
Estereotipo Hombre	0,241	0,050	***
Legitima	0,160	0,065	**
Alvezmetodo	1,051	0,077	***

En este modelo el primer factor asociado con el hecho de ser padre en la adolescencia es el número de hijos nacidos vivos. Esta variable actúa como un factor de riesgo puesto que un mayor número de hijos nacidos vivos está asociado con el inicio temprano de la paternidad.

A su vez la educación es un factor diferencial en el riesgo de la paternidad adolescente y se encuentra entre los factores protectores: los menores niveles educativos están más asociados con casos de hombres que fueron padres en la adolescencia. Esta misma situación se encuentra en el quintil de riqueza: los hombres que actualmente están en los quintiles de más bajo y bajo tienen mayor probabilidad de haber sido padres en la adolescencia que aquellos ubicados en los quintiles de riqueza alto y más alto.

Por otro lado, las percepciones sobre atribuciones a la masculinidad y feminidad tienen un peso importante en la paternidad adolescente: se encontró que quienes consideran que el rol activo en la sexualidad es propio de los hombres[6], están más expuestos al hecho de haber sido padres mientras fueron adolescentes. Así mismo, aquellos hombres entre 13 y 49 años que legitiman el maltrato con la mujer están asociados a mayor riesgo de paternidad en edad adolescente.

Como ya se estableció en las pruebas de asociación (Tabla 13), para la variable número de hijos que tenía la primera vez que usó método un método anticonceptivo, fue mayor la probabilidad de que un padre adolescente comenzara a usar métodos anticonceptivos después de tener su primer hijo.

6. los hombres necesitan más sexo que las mujeres, los hombres no hablan de sexo, lo hacen ó los hombres siempre están listos para tener sexo

CONCLUSIONES

Los resultados muestran que el embarazo, la maternidad y la paternidad en la adolescencia se explican en gran parte por la falta de oportunidades (en gran medida, ser pobre), la deserción escolar, la limitada e inoportuna información sobre sexualidad desde tempranas edades, en particular entre las niñas y mujeres jóvenes con mayores desventajas sociales. Esto envía un mensaje de urgencia sobre la necesidad de actuar para impactar los determinantes de mayor contribución en la ocurrencia del embarazo, maternidad y paternidad en la adolescencia tales como las inequidades sociales, la falta de oportunidades y los estereotipos de género.

Se destaca cómo el embarazo en adolescentes puede ser explicado desde los determinantes estructurales en un 80%, especialmente a partir de la pobreza y el área de residencia (zonas rurales). Es decir, niñas y mujeres jóvenes pobres y viviendo en áreas rurales y zonas dispersas aumentan su probabilidad de cursar por un embarazo en la adolescencia que determine su vida. De otro lado, a nivel de determinantes intermedios (a nivel intrapersonal), la edad, el bajo logro escolar y los estereotipos de género explican más del 60% de los embarazos tempranos en Colombia. Finalmente, no vivir con la madre, el número de hijos de la madre y el tipo de familia explica a nivel interpersonal el 75% de los embarazos tempranos.

En cuanto al ***Embarazo y maternidad en la adolescencia***: Se confirma que entre los determinantes próximos la postergación del inicio de la actividad sexual y el uso de métodos anticonceptivos modernos, constituyen los factores protectores más importantes del embarazo temprano. A diferencia de las uniones tempranas que constituyen el principal factor de riesgo.

Entre los determinantes intermedios y estructurales se evidencia que la permanencia en la escuela es el principal factor protector del embarazo adolescente.

El embarazo, la maternidad y la paternidad en la adolescencia se explican por la falta de oportunidades, la deserción escolar y la limitada información sobre sexualidad desde edades tempranas.

Otros factores protectores relevantes son vivir con la madre, vivir en un hogar nuclear o vivir en un hogar unipersonal, que la mamá tenga menos de 4 hijos, vivir en la zona urbana y estar trabajando. Los principales factores de riesgo son en su orden: tener preconcepciones sobre el rol de la mujer, legitimar la violencia contra la mujer, no tener cubierta la necesidad de información sobre sexualidad y tener estereotipos sobre el rol del hombre.

La percepción sobre el acceso oportuno a la información sobre anticoncepción, considerar que la educación para la sexualidad promueve el respeto por todas las personas independientemente de su sexo, género u orientación sexual, así como la asistencia escolar y estar trabajando son definitivamente los determinantes de mayor contribución en la reducción del embarazo entre las adolescentes actualmente unidas. De otra parte, considerar que a las personas solo se les debe empezar a hablar de anticoncepción cuando comienzan a tener relaciones sexuales, el inicio temprano de las relaciones sexuales y la necesidad no cubierta de información y educación sobre sexualidad, así como haber sufrido maltrato durante la infancia constituyen los determinantes que potencializan y favorecen el embarazo temprano entre las adolescentes actualmente unidas.

Inicio de la vida en pareja: Entre los determinantes próximos e intermedios que inciden en el inicio de la vida en pareja en las adolescentes, la asistencia escolar y la actividad laboral, actúan como factores protectores. A su vez, ser madre adolescente, ser pobre, estar de acuerdo con estereotipos sobre el rol de la mujer y estar de acuerdo con la violencia contra la mujer son los principales factores de riesgo para las uniones tempranas.

Uso de métodos anticonceptivos: de su parte, la edad, estar actualmente unidas, estar o haber estado en embarazo, estar trabajando y vivir en un hogar unipersonal, representan los principales factores asociados al uso de métodos anticonceptivos modernos en las adolescentes. De otra parte, las adolescentes que son indígenas, las que no gozan de autonomía para la toma de decisiones sobre su salud y sexualidad, las que están en desacuerdo con la entrega de condones a adolescentes y jóvenes de 12 a 14 años como parte de un proceso educativo para la sexualidad y, las que no están de acuerdo con que se enseñe a los niños y niñas entre 12 y 14 años acerca de cómo usar un condón para evitar infectarse con el virus que causa el SIDA, tienen menor probabilidad de usar un método anticonceptivo moderno.

Paternidad adolescente 13 a 19 años: Al igual que entre las mujeres de 13 a 19 años, entre los hombres de 13 a 19 la permanencia en la escuela es el principal factor protector para la paternidad adolescente, seguida de vivir con la madre. Por otra parte, los principales factores de riesgo de la paternidad temprana son las uniones tempranas y estar de acuerdo con los imaginarios que legitiman la violencia contra la mujer.

Paternidad hombres 13 a 59 años: el mayor nivel educativo es el principal factor protector para evitar ser padre tempranamente. Mientras que, los principales factores de riesgo de haber sido padre en la adolescencia son: el número de hijos nacidos vivos, ser pobre, considerar que el rol activo en la sexualidad es propio de los hombres y legitimar la violencia contra la mujer.

RECOMENDACIONES

Ante el reconocimiento de los factores que inciden de manera significativa en la ocurrencia del embarazo a temprana edad, es urgente la implementación de acciones y medidas efectivas para su prevención; por ello se hace necesario el diseño y puesta en marcha de políticas y programas de intervención social integral que permitan actuar sobre esos determinantes sociales y en especial durante momentos sensitivos del curso de vida en los adolescentes, en particular entre los 10 y 14 años de edad. A partir de los resultados del estudio fue posible identificar cinco estrategias:

1) ***Reforzar e implementar leyes que protejan las niñas menores de edad.***
Es importante tener en cuenta que la determinación de la edad mínima legal para el consentimiento sexual, expuesta en la Ley 599 de 2000 y los artículos 208 y 209 del Código Penal, ofrecen una mayor protección contra el abuso sexual a los menores de edad. No obstante, no son suficientes para evitar el abuso sexual, los estereotipos de género y las violencias de género por lo que son necesarias otras medidas que refuercen la normatividad, como la implementación efectiva de iniciativas educativas como el Programa para Educación Sexual y la Construcción de Ciudadanía y la incorporación de programas integrales de intervención social. Estas herramientas, que deben ser evaluadas frente a su eficacia, deben promover y facilitar cambios en las normas, prácticas favorables a la equidad de género desde la adolescencia temprana, la construcción de relaciones igualitarias y la valoración de las relaciones entre pares.

2) ***Eliminar los estereotipos de género.***
Los estereotipos de género, entendidos como las creencias sobre las características de los roles típicos que deben ser desempeñados por los hombres y las mujeres, y que afectan a derechos humanos y libertades fun-

Es necesaria la **implementación de políticas y programas integrales** que permitan actuar sobre los determinantes sociales durante momentos sensitivos de los adolescentes, en particular entre los 10 y 14 años de edad

damentales ampliamente reconocidos, junto a la falta de oportunidades y la deserción escolar, explicaron un gran segmento del riesgo de embarazo, maternidad y paternidad en la adolescencia. Por lo tanto, es urgente reforzar la inversión en estrategias y programas orientados al fortalecimiento de la educación para la sexualidad con enfoque de género desde las tempranas edades. Esto sin duda, puede representar cambios en las actitudes de las futuras generaciones, que finalmente se reflejarán en la reducción del embarazo en adolescentes, las desigualdades sociales y la exclusión social, en particular de las niñas y mujeres más jóvenes.

Dos modelos orientados en este sentido deben ser considerados. El primero, desarrollado por el profesor Luís Bermúdez, logró la integración curricular de la ciudadanía sexual y el enfoque diferencial y de géneros permitiéndole reducir el embarazo en adolescentes y fortalecer las rutas de atención frente a la violencia sexual y de género en un colegio (Bermúdez, 2017). El segundo es el Global Early Adolescent Study's que investigó, entre adolescentes de 10 a 14 años de ocho países, cómo es el proceso de socialización de género, cómo se forman el género, las normas y las actitudes relacionadas con la sexualidad, cómo estas normas y actitudes dan forma a las trayectorias de salud cuando se transita de la adolescencia en la adultez y, cuáles son las medidas y métodos apropiados para investigar estas temáticas (Venkatraman Chandra-Mouli, 2017).

3) *Construir ambientes seguros para los niños y niñas de 10 a 14 años de edad.*

A partir de la identificación de las necesidades e intereses de los adolescentes que toman en cuenta sus capacidades cognitivas es posible: desarrollar procesos reflexivos que generen conocimiento y apropiación de los derechos humanos, sexuales y reproductivo, propiciar discusiones abiertas sobre normas y actitudes de género, desarrollar procesos pedagógicos y didácticos y, estimular la reflexión crítica para cambiar las actitudes y normas dentro de grupos de pares. Se ha documentado cómo la construcción de entornos comprensivos y respetuosos hacia las mujeres y las personas con sexualidades diversas es un mecanismo para reducir el embarazo en adolescentes y fortalecer las rutas de atención frente a la violencia sexual y de género (Bermúdez, 2017).

Adicionalmente, el apoyo de servicios incluyentes, es decir sin barreras y con atención diferencial, humanizada y adaptada a las necesidades de niñas, niños y adolescentes, aporta significativamente a esta construcción. Es necesario sensibilizar a los actores que están en el día a día de los adolescentes sobre el daño que causan los estereotipos de género para que a su vez puedan propiciar ambientes seguros que permitan que los adolescentes logren el máximo potencial cuando tiene la oportunidad de elegir, así como un mayor control sobre su vida.

4) *Reconocer el alto potencial de la tecnología y la comunicación para construir sociedad.*

Las sociedades son comunicación, por lo tanto allí donde falla la comunicación se crean dudas e incertidumbres, que además de reforzar desigualdades, impactan negativamente el desarrollo de los niños y niñas en momentos sensitivos del curso de vida: cuando transitan de la infancia a la adolescencia (10-14 años de edad). Tanto la tecnología, como los procesos comunicativos tienen un rol determinante en apoyar las estrategias anteriores: reforzar las normas, inducir cambios en las actitudes y construir ambientes seguros para los adolescentes.

5) *Fortalecer la coordinación intersectorial y crear sinergias entre los presupuestos para amplificar el impacto de las intervenciones.*

La única forma de actuar sobre los determinantes estructurales del embarazo en adolescentes es a través del trabajo colectivo e interconectado entre los programas sectoriales centrados en reducir las desigualdades. Esto exige ampliar y fortalecer la acción intersectorial para alcanzar las metas del Plan Decenal de Salud Pública PDSP-2012-2021, la Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos y, los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados.

Sectores como Educación, Cultura, Planeación Nacional, Asistencia Social (como la Agencia para la Superación de la Pobreza), la Consejería para la Equidad de Género, Deportes y Recreación, Cultura y Medio ambiente, pueden contribuir significativamente a la reducción del embarazo en adolescentes cuando coordinan acciones e inversiones que beneficien a niñas, niños y mujeres más jóvenes.

La acción intersectorial debe trabajar en la garantía de la permanencia en el sistema educativo de la población joven. La permanencia en el sistema educativo representa un aumento en las oportunidades derivadas de una mayor educación. Las habilidades adquiridas a través de los procesos formativos y la interacción entre pares propician: el desarrollo personal; percepciones más ajustadas y positivas sobre sí mismo y sobre la identidad de género; a su vez aumentan la capacidad para valorar y evaluar la adecuación de las normas sociales, las creencias sobre el rol de género, el lugar que se ocupa en la familia, el trabajo, la comunidad, la sociedad y los comportamientos de autocuidado.

Finalmente, esperamos que este estudio aporte evidencia a los debates, políticas y estrategias orientadas a aumentar las oportunidades de niñas, niños y adolescentes, eliminar los estereotipos de género y promover la retención escolar, todos ellos mecanismos eficientes en el abordaje de la reducción del embarazo, la maternidad y la paternidad en la adolescencia.

PLAN
INTERNATIONAL
Por la niñez colombiana
www.plan.org.co

BIBLIOGRAFÍA

— Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2017). El costo social del embarazo y uniones tempranas en niñas y adolescentes. Recuperado el 28 de Julio de 2017, de http://lac.unfpa.org/es/news/el-costo-social-del-embarazo-y-uniones-tempranas-en-ni%C3%B1as-y-adolescentes-1?page=8%2C4

— Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, UNICEF. (Abril de 2014). Estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años. Recuperado el 11 de Julio de 2017, de Monitoreo y evaluación Conpes 147: http://www.equidadmujer.gov.co/Documents/Estrategia-prevencion-embarazo-adolescencia.pdf

— Arana Imelda, y. o. (1994). Las mujeres en la década 1985-1995. Recuperado el Noviembre de 2017, de http://www.bdigital.unal.edu.co/42029/2/Preliminares.pdf

— Banco Mundial. (2007). Informe sobre el desarrollo mundial 2007: El desarrollo y la nueva generación. Recuperado el 15 de Diciembre de 2017, de file:///C:/Users/Roc%C3%ADo/Downloads/WDR%202007%20-%20Spanish.pdf

— Cook, R. (2010). Estereotipos de género. Perspectivas legales transnacionales. (A. Parra, Trad.) Bogotá: Profamilia.

— Departamento Nacional de Planeación. (31 de Enero de 2012). Conpes Social 147. Recuperado el 18 de Julio de 2017, de Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescenica y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas y adolescentes en edades entre 6 y 19 años: http://www.mintic.gov.co/portal/604/articles-3496_documento.pdf

— DNP. (Agosto de 2015). Diagnóstico de la pobreza rural. Colombia 2010-2014. Obtenido de Dirección de Desarrollo Rural Sostenible – DDRS, Subdirección de Producción y Desarrollo Rural —SPDR: https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Agriculturapecuarioforestal%20y%20pesca/Pobreza%20Rural.pdf

— Flórez C., S. V. (14 y 15 de Noviembre de 2006). Fecundidad Adolescente y Desigualdad en Colombia y la Región de. Recuperado el 30 de Octubre de 2017, de Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza.CEPAL, UNFPA: https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/florez_soto.pdf

— Flórez, C. E., & Soto, V. E. (2013). Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia. EStudio a profundidad. Bogotá.

— Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2001). Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes. América Látina y el Caribe. Recuperado el 02 de 08 de 2017, de http://lac.unfpa.org/es/publicaciones/diagn%C3%B3stico-sobre-salud-sexual-y-reproductiva-de-adolescentes-en-am%C3%A9rica-latina-y-el

— Fondo de Población de las Naciones Unidas. (s.f.). Embarazo adolescente. Recuperado el 15 de 03 de 2017, de http://www.unfpa.org/es/embarazo-adolescente

— García Hernández, G. E. (Julio-Diciembre de 2014). Embarazo adolescente y pobreza, una relación compleja. Recuperado el Noviembre de 2017, de Iztapalapa, Revista de Ciencias Sociales y Humanidades [en linea]: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=39348246002

— IPPF. (2017). Atención basada en derechos. Recuperado el 9 de Octubre de 2017, de Una guía sobre la salud sexual y reproductiva de jóvenes: https://www.ippfwhr.org/sites/default/files/Youth%20services%20-%20Spanish%20PRINT_0.pdf

— Jaramillo, I. (2013). Del liberalismo a la paridad: tres modelos para pensar el matrimonio. ISONOMÍA No. 38, abril 2013, 67-101.

— Lamus, D. (Diciembre de 1999). Representaciones Sociales de Maternidad y Paternidad en Cinco Ciudades Colombianas. (U. A. Bucaramanga, Ed.) Reflexión Política, Vol. 1(Núm. 2).

— Ministerio de Salud y Protección Social. (12 de Agosto de 2013). BOLETÍN ELECTRÓNICO PARA LOS ACTORES DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA NO. 40. Recuperado el 2017 de Marzo de 27, de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Enlace%20MinSalud%20-%20Determinantes%20sociales%20para%20acceso%20a%20servicios%20de%20SSR.pdf

— Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Metodología para la identificación de adolescentes en mayor riesgo de embarazo. Recuperado el 30 de Julio de 2017, de Conpes Social 147. Instrumentos para la instersectorialidad a nivel local.

— Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Recuperado el 3 de Agosto de 2017

— Ministerio de Salud y Protección Social (2015). Observatorio para medición de desigualdades y análisis de equidad en salud. Recuperado el 20 de noviembre de 2017, de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/guia-ross-odes-colombia.pdf

— Ministerio de Salud y Protección Social. (03 de Marzo de 2017). Prevención del embarazo adolescente. Recuperado el 03 de Marzo de 2017, de https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Embarazo-adolescente.aspx

— Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia. (2016). Resumen Ejecutivo, Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDS Colombia 2015. Bogotá.

— Ministerio de Salud y Protección Social, P. (2017). Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 2015. Bogotá, Colombia.

— Montoya, O. (Junio de 2001). Educación reproductiva y paternidad responsable en Nicaragua. Obtenido de CEPAL: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/25500/1/LCmexL479_es.pdf

— Moreno, D. (2017). Realidades y desafíos de la prevención del embarazo en la adolescencia. Semana Andina de Prevención de Embarazo en la Adolescencia la.

— MSPS. (2013). Observatorio Nacional e Intersectorial del Embarazo Adolescente. Recuperado el 15 de Noviembre de 2017, de Guía Metodológica. Serie: Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales en Salud: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/ross-embarazo-adolescentes-oniea.pdf

— MSPS. (2014). Análisis de la línea base del Observartorio de Embarazo Adolescente en Colombia. Retrieved 2017 йил 30-Septiembre from https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/ONIEA_003_Informe_Linea%20Base%20ONIEA_02_08_2013.pdf

— MSPS. (2014). Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS de las entidades territoriales. From Colombia 2014: https://www.minsalud.

gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Guia%20ASIS%20 28112013.pdf

— MSPS. (2016). Perfil de Salud de la Población Indígena, y medición de desigualdades en salud. Recuperado el Noviembre de 2017, de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Perfil-salud-pueblos-indigenas-colombia-2016.pdf

— MSPS, Profamilia. (2015). Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS. Bogotá.

— Nuñez, & Cuesta. (2008). Profamilia. Recuperado el 26 de 07 de 2017, de Efectos de la demografía sobre el bienestar de las madres y sus hijos en Colombia: http://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2015/07/efectos-de-algunos-factores-demograficos.pdf

— OMS. (2007). Marco conceptual para la acción sobre los determinantes sociales de la salud. Retrieved 2017 Diciembre from http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=technical-documentation&alias=1036-950-amesp&Itemid=493

— OMS. (2011). 62 Asamblea Mundial de la Salud. Retrieved 2017 йил 7-Diciembre from Determinantes Sociales de la Salud en el Mundo: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/A62_REC1-sp.pdf

— OMS. (2011). Cerrando la brecha. From Las políticas de acción sobre los determinantes sociales: http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-SP.pdf

— OMS. (2011). The sexual and reproductive health of young adolescents in developing countries. Recuperado el 15 de Noviembre de 2017, de file:///C:/Users/Roc%C3%ADo/Desktop/unfpa%20plan/WHO_RHR_11.11_eng.pdf

— Organización Mundial de la Salud. (2007). Comisión Determinantes Sociales de la Salud. Recuperado el 2 de Agosto de 2017, de http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/about_csdh/es/

— Plan, Unicef. (2014). Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes. Recuperado el 8 de Octubre de 2017, de https://www.unicef.org/ecuador/embarazo_adolescente_5_0_(2).pdf

— Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2016). Objetivos de Desarrollo Sostenible, Colombia. Herramientas de aproximación al contexto local. Recuperado el 15 de Marzo de 2017, de http://www.co.undp.org/content/dam/colombia/docs/ODM/undp-co-ODSColombiaVSWS-2016.pdf

— Reyes, & González. (2014). Elementos teóricos para el análisis del embarazo adolescente. Revista Latinoamericana de Sexualidad, Salud y Sociedad.

— Rodríguez, J. (Abril de 2017). Reproducción en la adolescencia en Chile: la desigualdad continua y urgen políticas activas. Recuperado el Septiembre de 2017, de Serie Población y Desarrollo 116: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/41135/1/S1700062_es.pdf

— Solar O, I. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. From Social determinants of health discussion paper 2 (policy and practice): http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf

— UNFPA. (2016). Estado de la población mundial 2016. Nueva York.

— UNFPA y Ministerio de Salud y Protección social. (2014). CONPES SOCIAL 147/2012, Instrumentos para la intersectorialidad a nivel local. Metodología para la identificación de adolescentes. Bogotá.

— UNICEF. (2008). Socialización de los géneros en la primera infancia. Recuperado el 17 de Febrero de 2018, de https://www.unicef.org/spanish/earlychildhood/index_40749.html

— Venkatraman Chandra-Mouli, e. a. (Octubre de 2017). Implications of the Global Early Adolescent Study's Formative. Recuperado el 28 de Enero de 2018, de Journal of Adolescent Health 61 (2017) S5eS9: http://www.jahonline.org/article/S1054-139X(17)30358-0/pdf

— WHO. (2010). The sexual and reproductive health of young adolescents in developing countries. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70569/1/WHO_RHR_11.11_eng.pdf

— Bermúdez Luís (2017). La integración curricular de la ciudadanía sexual y el enfoque diferencial y de géneros. Recuperado el 17 de Febrero de 2018 de https://compartirpalabramaestra.org/documentos/mejores_propuestas/propuestas2017/la-integracion-curricular-de-la-ciudadania_luis-miguel-bermudez.pdf

Profamilia | PLAN INTERNATIONAL
Por la niñez colombiana

ISBN: 978-958-8164-51-9
9 789588 164519