

ESTRATEGIAS UTILIZADAS EN PROGRAMAS DE SALUD SEXUAL Y  
REPRODUCTIVA QUE HAYAN OBTENIDO LOS RESULTADOS ESPERADOS  
EN LA REDUCCIÓN DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES Y QUE PUEDEN  
SER APLICABLES EN EL ÁMBITO LOCAL

JOSEFINA CASTRO CRUZ

ADRIANA PAOLA GIL MURCIA

PAOLA MARÍA BOLAÑOS ORTEGA

ADRIANA PATRICIA CALAMBAS ORDOÑEZ



ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD

CENTRO REGIONAL POPAYÁN

POPAYÁN

2015

**ESTRATEGIAS UTILIZADAS EN PROGRAMAS DE SALUD SEXUAL Y  
REPRODUCTIVA QUE HAYAN OBTENIDO LOS RESULTADOS ESPERADOS  
EN LA REDUCCIÓN DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES Y QUE PUEDEN  
SER APLICABLES EN EL ÁMBITO LOCAL**

**Presentado por:**

**JOSEFINA CASTRO CRUZ**

**ADRIANA PAOLA GIL MURCIA**

**PAOLA MARÍA BOLAÑOS ORTEGA**

**ADRIANA PATRICIA CALAMBAS ORDOÑEZ**

**Trabajo de Grado presentado como requisito para optar al título de:  
Especialista en Administración de la Salud**

**Presentado a:**

**DR. RICHARD NELSON ROMÁN**

**Docente**



**ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD**

**CENTRO REGIONAL POPAYÁN**

**POPAYÁN**

**2015**

## ÍNDICE

	P á g .
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN	9
1. TITULO	11
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
2.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	12
2.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	14
3. ANTECEDENTES.	15
3.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES	15
3.2 ANTECEDENTES NACIONALES	18
4. HIPÓTESIS	21
5. JUSTIFICACIÓN	22
6. OBJETIVOS	25
6.1 OBJETIVO GENERAL	25
6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
7. MARCO TEÓRICO	26
7.1 SITUACIÓN CONTEXTUAL	26
7.1.1 Aspectos geopolíticos, demográficos y económicos.	26
7.1.2 Los adolescentes de Popayán como prioridad para la administración municipal.	29
7.2 REFERENTE TEÓRICO	31
7.2.1 La adolescencia.	31
7.2.2 Embarazo en adolescentes o cultura de la desesperanza.	32
7.2.3 Consecuencias socioeconómicas, culturales y de salud para la adolescente embarazada.	35
7.2.4. Salud sexual y reproductiva (SSR).	39
7.3 MARCO LEGAL	41
8. DISEÑO METODOLÓGICO	44
8.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	44

8.2 UNIDAD DE ANÁLISIS	44
8.3 PROCEDIMIENTOS PARA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	45
8.4 PROCEDIMIENTOS PARA ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	45
8.5 ASPECTOS ÉTICOS.	45
9. RESULTADOS	48
9.1 EMBARAZO EN ADOLESCENTES ENTRE 10 A 19 EN COLOMBIA.	48
9.2 EMBARAZO EN ADOLESCENTES ENTRE 10 A 19 AÑOS EN POPAYÁN	50
9.3 ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN	57
9.3.1 Estrategias internacionales.	57
9.3.2 Estrategias nacionales.	66
9.3.3 Otras estrategias lideradas por jóvenes en Colombia para la Prevención del Embarazo Adolescente.	73
9.4 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS ESTRATEGIAS EXITOSAS	78
9.4.1 Acciones realizadas en las estrategias exitosas.	78
9.4.2 Aspectos a mejorar en las estrategias exitosas.	80
10. CONCLUSIONES	82
11. RECOMENDACIONES	85
12. GLOSARIO	87
13. BIBLIOGRAFÍA	92
ANEXOS	97
ANEXO A. Instrumento de recolección de información	98
ANEXO B. Instrumento de recolección de información	100

**LISTA DE TABLAS.**

	Pág.
Tabla 1. Variables de la investigación.	46
Tabla 2. Estrategias para intervenir la problemática del embarazo en adolescentes en ciudades similares a Popayán.	72

## LISTA DE FIGURAS

	P á g .
Figura 1. Mapa de Popayán indicando las zonas: urbana y rural	26
Figura 2. Distribución de ocupados, según posición ocupacional. Promedio 2010	27
Figura 3. Marcha de jóvenes multiplicadores en lanzamiento de la estrategia de educación y prevención del embarazo a temprana edad en Popayán.	30
Figura 4. Otro aspecto de marcha de jóvenes multiplicadores.	30
Figura 5. Factores protectores y de riesgo ante la presencia de embarazo en adolescentes entre 10 a 19 años.	36
Figura 6. Evolución del embarazo en adolescentes en Colombia 1990-2010	48
Figura 7. Tasa específica de fecundidad de 10 a 19 años. 2010- 2014 en seis ciudades colombianas similares entre 2010 y 2014.	49
Figura 8. Distribución porcentual de los nacidos vivos en adolescentes 10-19 años en seis ciudades Vs Colombia entre 2010 y 2014.	49
Figura 9. Frecuencia de nacido vivos en mujeres adolescentes 10-19 años. Popayán 2010-2014	50
Figura 10. Estado civil de las gestantes de 10 a 19 años. Popayán 2010-2014	51
Figura 11. Nivel académico de las gestantes adolescentes de 10 a 19 años. Popayán 2010-2014	51
Figura 12. Número de embarazos en gestantes adolescentes de 10 a 19 años. Popayán 2010-2014.	52
Figura 13. Peso al nacer de niños de gestantes adolescentes de 10 a 19 años. Popayán 2010-2014	53
Figura 14. Controles prenatales en gestantes adolescentes de 10 a 19 años. Popayán 2010-2014	53
Figura 15. Seguridad social de gestantes adolescentes de 10 a 19 años. Popayán 2010-2014.	54
Figura 16. Edad del Padre de gestantes adolescentes de 10 19 años. Popayán 2010-2014.	55
Figura 17. Nivel Académico de la Pareja de la gestante adolescente de 10 a 19 años. Popayán 2010-2014	56
Figura 18. Regiones colombianas hacia donde se han dirigido los recursos promovidos por el CONPES 147 de 2012.	73

## RESUMEN

La investigación denominada: "Estrategias utilizadas en programas de salud sexual y reproductiva que hayan obtenido los resultados esperados en la reducción de embarazos en adolescentes y que pueden ser aplicables en el ámbito local", metodológicamente es de tipo cualitativo-descriptivo, transversal por considerar los hechos objeto de estudio en un periodo de tiempo determinado, con trabajo de campo y realizada desde el enfoque etnográfico. Las fuentes de información fueron secundarias y se basaron en documentos, bibliografía y bases de datos, especializados en el tema tratado. Las variables consideradas fueron las mismas preguntas de los registros de "Nacidos Vivos" del Ministerio de Salud y Protección Social y del DANE, utilizadas por las entidades salud, públicas y privadas, para ingresar a las madres y el neonato al sistema único de registro.

Los resultados obtenidos, revelaron que a nivel mundial, nacional y local, el fenómeno del embarazo en adolescentes está enmarcado, por una parte, en un complejo problema no solo cultural sino también de salud pública. Por la otra, que las condiciones socioeconómicas y el sistema de valores focalizado en determinado tipo de expectativas de vida, es determinante a la hora de ella negociar la decisión de iniciar su actividad sexual, utilizar sistemas de protección y aplicar procedimientos de autocuidado.

En términos generales, el problema es de tanto interés que en todo el mundo existen programas y se han diseñado estrategias de intervención para prevenir sus repercusiones tanto para la mujer adolescente, como para su bebé y la sociedad en general.

**Palabras clave.** Adolescente embarazada entre 10-19 años. Estrategias. Programas de salud sexual. Cultura. Salud Pública.

## ABSTRACT

The so-called research: "Strategies used in of sexual and reproductive health programs that have obtained the expected results in the reduction of teenage pregnancies and that may be applicable at the local level", methodologically is of type qualitative - descriptive, transverse as the facts object of study over a period of time determined, with field work and performed from the ethnographic approach. The sources of information were secondary and were based on documents, literature and databases, specialized in the subject matter. The variables considered were the same questions of records "Live births" of the Ministry of Health and Social Protection and the DANE, used by health institutions, public and private, to enter the mothers and the newborn unique registration system.

The results revealed that at global, national and local levels, the phenomenon of teenage pregnancy is framed, on the one hand, in a complex problem not only cultural but also public health. On the other hand, the socio-economic conditions and the system of values focused on particular type of life expectancy, is determinant when she negotiated the decision to initiate sexual activity, use of protection systems and implementing self-care procedures. In general terms, the problem is relevant because all over the world, there are programs and intervention strategies are designed to prevent impacts for adolescent women, for both your baby and the society.

**Key words.** Teen pregnant between 10-19 years. Strategies. Sexual health programs. Culture. Public health.



## INTRODUCCIÓN

La presente investigación, denominada: "Estrategias utilizadas en programas de salud sexual y reproductiva que hayan obtenido los resultados esperados en la reducción de embarazos en adolescentes y que pueden ser aplicables en el ámbito local", fue realizada aplicando un enfoque humanista porque su fundamentación está dada en la visión del ser humano integral y único, que al tratarse de adolescentes permite enfatizar sus potencialidades para apropiarse de nuevos recursos afectivos y cognitivos que les ayuden en un proceso de autoconstrucción de su ser y hacer sexuado.

Al haber optado por esta perspectiva se explora la expansión del campo experiencial, en particular su sentido y alcances como parte de la elaboración de una semiótica que se fundamenta en realidades propias de las adolescentes, susceptibles de ser potencializadas y enriquecidas en su propio beneficio y de la sociedad en la que desarrollen su proyecto de vida.

La importancia de empoderar a la adolescente para que pueda decidir libremente cómo y cuándo negociar el inicio de su vida activa sexual y adoptar las medidas de protección necesarias para evitar las ITS y complicaciones posteriores, como sería un embarazo no deseado, se comprenden al tomar en consideración los diversos estudios que atribuyen al embarazo en adolescentes ser uno de los principales factores generadores de problemas de salud y ser causa frecuente de mortalidad de la madre y su hijo.

De la misma manera, gran parte de los autores consultados llaman la atención acerca de cómo las condiciones socioeconómicas suelen estar asociadas

con la presencia de embarazos a temprana edad, el cual una vez presentado empieza a evidenciar las falencias que usualmente padecen quienes viven en tales contextos, como "anemia, malnutrición, retardo del crecimiento fetal, nacimiento prematuro y complicaciones del parto; además, los hijos de madres adolescentes suelen estar más expuestos a enfermedades, traumatismos y abuso, entre otras complicaciones" (Jara. 2009).

Es indudable que a nivel internacional y nacional, se está trabajando por intervenir el complejo problema cultural y de salud pública que supone una adolescente embarazada sin desearlo, pero a pesar de ello también se ha evidenciado que la problemática no ocurre en un solo periodo de tiempo sino que constantemente se está presentando, incluso al margen de todas las actividades de educación en materia de salud sexual y reproductiva, porque mientras tales programas no sean constantemente renovados y adaptados a los cambios culturales aparejados con fenómenos como la globalización cultural y el uso indiscriminado de medios masivos de comunicación, con sus mensajes de exaltación al hedonismo, los resultados siempre serán parciales.

De allí la importancia de la presente investigación al tratar de identificar las estrategias que han resultado exitosas en otros contextos nacionales e internacionales y tratar de aplicarlas en Popayán, una ciudad que hace grandes esfuerzos públicos y privados por reducir la línea de base de adolescentes embarazadas, pero que también tiene que superar el desafío que plantea la falta de recursos, de personal altamente capacitado en esta temática y de la constante llegada de personas desplazadas de áreas rurales y urbanas caucanas y de otros Departamentos, la mayoría de las veces indiferentes a que sus hijas puedan caer en la situación de un embarazo no deseado o exponerse a ITS de manera involuntaria, por simple desconocimiento de los riesgos inherentes a las relaciones sexuales sin tomar medidas de protección adecuada.

## 1. TITULO

ESTRATEGIAS UTILIZADAS EN PROGRAMAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA QUE HAYAN OBTENIDO LOS RESULTADOS ESPERADOS EN LA REDUCCIÓN DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES Y QUE PUEDEN SER APLICABLES EN EL ÁMBITO LOCAL

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 2.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Históricamente y durante décadas se han mencionado, analizado y controvertido las causas y efectos de la ocurrencia de embarazos en la población adolescente entre 10 a 19 años, no solo como un problema de salud pública sino como un problema culturalmente complejo. Al respecto, Rosen (2009),<sup>1</sup> director del departamento de Reducción de los Riesgos del Embarazo de la OMS, señala que: "El embarazo en adolescentes es uno de los principales factores que contribuyen a los problemas de salud y la mortalidad de la madre y el niño. Las adolescentes corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años, y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente un 50% superior" (pp. 405-406).

Al respecto de lo anterior y de acuerdo con lo observado en el trabajo cotidiano con este tipo de población, por parte de las investigadoras, es claro que las adolescentes embarazadas requieren atención física y psicológica especial a medida que se desarrolla el embarazo, durante el parto y después en el puerperio para preservar su propia salud y la del neonato. Esto es así porque sus cuerpos no están plenamente desarrollados en la mayoría de los casos, debido a su corta edad, para pasar exitosamente estos procesos sin consecuencias adversas,

Siguiendo lo expresado por Lily Jara (2009), en sus informes para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los riesgos particulares y de salud

---

<sup>1</sup> Rosen, James E. (junio de 2009). Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. En: Boletín de la Organización Mundial de la Salud Recopilación de artículos. Volumen 87: pp. 405-484. Disponible en el sitio web. <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>

del embarazo adolescente incluyen anemia, malnutrición, retardo del crecimiento fetal, nacimiento prematuro y complicaciones del parto; además, los hijos de madres adolescentes suelen estar más expuestos a enfermedades, traumatismos y abuso, y más tarde pueden presentar otras complicaciones como malnutrición infantil y mayor frecuencia de enfermedades infecciosas, especialmente en los grupos de menor nivel socioeconómico. Jara al respecto afirma: "La pobreza influye en la probabilidad que tienen las jóvenes de quedar embarazadas, y si es así, entran en un círculo vicioso, ya que la maternidad precoz suele comprometer sus resultados académicos y su potencial económico" (2009);<sup>2</sup> además, retomando otros aspectos mencionados en el informe mencionado, dificulta el acceso y mantenimiento en el sistema educativo de la madre adolescente y se pierden otras oportunidades de vida para ella.

Por su parte, Virginia Camacho del Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente de la OMS (OPS-OMS. 2009),<sup>3</sup> coincide con Rosen (2009), cuando afirma que: "El contexto es complicado, porque las cuestiones culturales influyen en el comportamiento sexual" (p. 407), por esas razones la OPS-OMS ha focalizado sus esfuerzos para prevenir el embarazo precoz, entre las jóvenes marginadas en los países en desarrollo, enfatizando en el mejoramiento que requieren los sistemas de salud para responder eficientemente a las necesidades de este tipo de población. Al respecto Camacho señala: "Los proveedores de servicios de salud deben estar capacitados para brindar atención adecuada a las adolescentes embarazadas y asesoramiento a las muchachas que no quieren quedar embarazadas". (p. 409). En el mismo Boletín de la OPS-OMS (2009), mencionan que "16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19

---

<sup>2</sup> Jara Lily. (2009). Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que son madres o están embarazadas. Indicador propuesto para el Observatorio de Igualdad de Género de América Latina. OPS-CEPAL. Disponible en el sitio web: <http://www.cepal.org/mujer/noticias/noticias/0/33810/embarazoadolescente.pdf>

<sup>3</sup> Camacho, Virginia. (junio. 2009). Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. En: Boletín de la Organización Mundial de la Salud Recopilación de artículos. Volumen 87: pp. 405-484. Disponible en el sitio web. <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>

años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo y solo en 2014 ocurrieron 150.000 de estos embarazos, según Rosen. Esto representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo". (pp. 6-7)

Un dato complementario, citado por el mismo Boletín de la OPS-OMS (2009), llama la atención acerca del ocultamiento a escala mundial de información regional precisa, no obstante algunas cifras les permiten inferir a investigadores como Rosen y Camacho que en la China se presenta solo el 2% por cada 1000 embarazos en adolescentes, mientras en Latinoamérica y el Caribe se llega al 18%. Adicionalmente siete países representan el 50% de partos en adolescentes, entre ellos están: Bangladesh, Brasil, República del Congo, Etiopía, India, Nigeria y los Estados Unidos de América. Colombia, en Suramérica ocupa el tercer lugar detrás de Venezuela y Ecuador y en el Caribe Honduras es el primero.

En cuanto a la problemática local, la Secretaría de Salud del Cauca registró en 2014,<sup>4</sup> 4.311 casos de embarazo en adolescentes de 10 a 19 años 26.7% respecto a una población de embarazadas de 15.923. En el municipio de Popayán en 2014,<sup>5</sup> fueron reportadas 946 adolescentes gestantes entre 10 a 19 años, 21,04% del total municipal. Ambas cifras se encuentran por encima de la media nacional que es de 19,5% para el año 2014.

## 2.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué estrategias utilizadas en programas de salud sexual y reproductiva y que hayan obtenido los resultados esperados en la reducción del número de embarazos en adolescentes entre 10 a 19 años, pueden ser aplicables en el ámbito local?

---

<sup>4</sup> Secretaría Departamental de Salud. (2014), Informes sobre salud sexual y reproductiva en el Cauca.

<sup>5</sup> Secretaría de Salud de Popayán, (2014). Informes sobre salud sexual y reproductiva en el Cauca.

### 3. ANTECEDENTES.

#### 3.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

De acuerdo con el estudio elaborado por el International Programs Population Referente Bureau (2012. PBR), denominado: "Relación de la natalidad adolescente con la desigualdad en el ingreso",<sup>6</sup> en relación con la situación en EE.UU. de adolescentes y jóvenes embarazadas. Este estudio ha encontrado que aunque es perceptible la disminución de las tasa de natalidad en adolescentes entre 15 a 19 años, como señalan citando a Hamilton & Ventura (2012),<sup>7</sup> la cifra sigue siendo alta para un país desarrollado, ubicándose en 34.4 nacimientos por cada 1000 mujeres, porque en EE.UU. las niñas tienen el doble de posibilidades que las de Canadá, donde la tasa es de 14.2 por cada mil mujeres o seis veces más que en Suecia, donde la tasa solo llega a 5.9 nacimientos por cada mil mujeres en el mismo rango de edad.

Datos actualizados de la Oficina Nacional de Investigación Económica norteamericana (2012), sugieren que parte de la explicación de la alta fecundidad entre adolescentes estadounidenses del rango 15 a 19 años, puede estar relacionado con la desigualdad del ingreso y la brecha local entre "ricos" y "pobres". De igual manera, según la Encuesta Nacional de Crecimiento Familiar sugieren que las adolescentes de nivel socioeconómico más bajo, en las regiones de alta desigualdad de ingresos, tienden a conservar a "mantener su bebé", mientras las

---

<sup>6</sup> International Programs Population Referente Bureau (2012. PBR). "Relación de la natalidad adolescente con la desigualdad en el ingreso", disponible en el sitio web. <http://www.prb.org/Publications/Articles/2012/us-teen-birthrate-income.aspx&prev=search>

<sup>7</sup> Hamilton, Brady E. & Ventura, Stephanie J., (2012). "Índices de nacimiento para adolescentes estadounidenses Alcance mínimos históricos para todas las edades y grupos étnicos". Datos NCHS Breve 89.

de mayores ingresos y educación superior que habitan en sectores socioeconómicos similares, presentan tasas de natalidad más bajas.

En el estudio realizado por Rosenbaum, Zenilman, Rose, Wingood & DiClemente: (2012),<sup>8</sup> "Cash, Cars y Condonos: Factores Económicos en la desventaja de la adolescente que no utiliza condón", para el Centro de Investigación de Población de la Universidad de Maryland, cuyo propósito fue <Evaluar si las mujeres adolescentes que recibieron beneficios económicos de sus novios tenían más probabilidades de no volver a usar condones>. Los resultados revelaron que "las mujeres cuyo novio era su principal fuente para gastar dinero estaban 50% más expuestas a no volver a usar condones". Estos hallazgos sugieren que las chicas jóvenes con la independencia menos financiera amenudo son más vulnerables a quedar embarazadas

También encontraron, que las adolescentes provenientes de ambientes deprimidos socioeconómicamente, en el 24% de los casos, los novios no se diferenciaban del barrio o contexto familiar, usualmente habían abandonado la escuela secundaria y no daban razón de la procedencia del dinero, también en su historial había abuso de pareja; práctica de sexo riesgoso y mayor número de casos de ITS. Las adolescentes que mostraban un mayor sentido de empoderamiento del riesgo de embarazo, persistían en la prevención usando condón por un periodo entre seis y doce meses, sin embargo, al ser el novio el proveedor de dinero, gradualmente terminaban abandonando las medidas de protección, incluso si el novio poseía un auto, casi nunca le exigían usar condón.

En la Republica del Perú, hasta el año 2003 no fue expedida la Ley 25673/2003, mediante la cual se crea el Programa Nacional de Salud Sexual y

---

<sup>8</sup> Rosenbaum, Janet. Zenilman, Jonathan; Rose, Eve; Wingood, Gina & DiClemente, Ralph. "Cash, Cars y Condonos: Factores Económicos en la desventaja de la adolescente que no utiliza condón". En: Journal of Adolescent Health. Disponible en el sitio web: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3428592/>



Procreación Responsable (Art. 1). En su artículo 2, establece los objetivos del programa, entre los que se destaca:

- c) Prevenir embarazos no deseados;
- d) Promover la salud sexual de los adolescentes;
- f) Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable;
- g) Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

De igual manera, en su artículo 4, mediante la Ley 23849, el país adhiere a la Convención Internacional de los Derechos del Niño, colocando su articulado como de cumplimiento prioritario, de tal manera que aunque hace referencia a la patria potestad como un derecho y compromiso de los padres o cuidadores de los menores a velar por sus hijos e hijas, sus actuaciones quedan subsumidas a lo que expresa dicha Convención. La consecuencia directa ha sido que las campañas en salud sexual y reproductiva son publicitadas con gran despliegue, pero sus resultados prácticos no muestran mejoría sino empeoramiento en el número de casos de embarazos no deseados en niñas y adolescentes menores de 18 años, incremento de ETS en este segmento poblacional y la proliferación de clínicas de aborto clandestinas, como lo reconoce el mismo Ministerio de Salud del Perú (MINSA, 2013).<sup>9</sup>

En el trabajo realizado por Alonso Sandoica & Rascón Jara (2008), en instituciones educativas de Santiago de Chile, cuya finalidad era evaluar "Ética y eficacia en las campañas de salud sexual"<sup>10</sup>, encontraron que en el ejercicio de su

---

<sup>9</sup> Republica del Perú (2003). Ley 25673/2003, mediante la cual se crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Ministerio de Salud (2013). Evaluación de resultados de aplicación de la Ley a lo largo de 10 años. Lima.

<sup>10</sup> Alonso Sandoica, Esmeralda & Rascón, José Jara. (26 de marzo de 2008). Ética y eficacia en las campañas de salud sexual. Santiago de Chile. Disponible en la página web. <http://www.aceprensa.com/articulos/tica-y-eficacia-en-lascampanas-de-salud-sexual/>

sexualidad, los adolescentes hacen parte de un escenario de confrontación ideológica, en el cual se enfrentan dos posturas. Por una parte, a la que puede llamarse cómoda, se le atribuye la insistencia de la práctica del sexo seguro mediante la disposición de elementos anticonceptivos como condones y otros métodos de barrera, para evitar las ETS y los embarazos no deseados. Por la otra, enfatiza en que frente a la variedad de estilos de vida, es responsabilidad del Estado “promocionar las conductas que ofrezcan mejores posibilidades de conseguir una estabilidad afectiva y emocional a largo plazo en la vida sexual de sus ciudadanos” (p. 1-2) y el enfoque sería en este caso de sexo responsable, pero esto requiere un abordaje integral desde las áreas educativa y cultural.

No obstante, el Estado chileno y sus distintos organismos parecieran inclinarse por la opción más sencilla y poner a disposición de los adolescentes y jóvenes métodos anticonceptivos, con algunas tibias acciones en materia educativa y cultural. El resultado está a la vista con el incremento de las ETS, de los embarazos no deseados, los abortos clandestinos y terapéuticos, entre otros problemas. Por lo tanto, los resultados a esperar con este tipo de visión, lo que se impone es una educación tipo “Parche”, como la llaman los autores, “incapaz de atajar problemas, insuficiente, tardía y demasiado biológica”. (p, 3-5)

### **3.2 ANTECEDENTES NACIONALES**

En el trabajo elaborado por Díaz Arroyave, Montañez Gordo, & Motta Cabrera, Catalina. (2012),<sup>11</sup> denominado: ¿Cuál ha sido el alcance y la eficacia comunicativa en las campañas de educación y prevención de embarazos en

---

<sup>11</sup> Díaz Arroyave, Marcela; Montañez Gordo, Erika & Motta Cabrera, Catalina. (2012). ¿Cuál ha sido el alcance y la eficacia comunicativa en las campañas de educación y prevención de embarazos en adolescentes (de 10 a 19 años), de estrato 3 del Colegio Distrital Heladia Mejía en la localidad bogotana de Barrios Unidos?. Tesis de grado de comunicación social. Bogotá, Universidad Sergio Arboleda Escuela de Comunicación Social y Periodismo.

adolescentes (de 10 a 19 años), de estrato 3 del Colegio Distrital Heladia Mejía en la localidad bogotana de Barrios Unidos?, su propósito fue evaluar las estrategias del gobierno distrital y nacional para contrarrestar el alto y progresivo número de abortos y embarazos en adolescentes solo en el área administrativa del distrito capital, debido a que según el DANE, 54 niños nacen por día en jóvenes entre 15 y 18 años de edad, es decir, que anualmente veinte mil niños nacen, generalmente de embarazos no deseados y en hogares de estratos bajos.

Los resultados mostraron que desde hace 10 años se viene insistiendo en una pedagogía y metodología cargadas de mensajes acerca de tener sexo seguro, pero no en el sexo responsable y mucho menos en los valores éticos y morales asociados con la salud sexual y reproductiva, porque se enfatiza solo en los modos de contagio de las enfermedades de transmisión sexual y, por ende, al descuidar lo trascendental de la intimidad humana han contrarrestado este mensaje mediante campañas destinadas a regalar condones o óvulos anticonceptivos, se recuerda la campaña: "Sin condón ni pio", promoviendo indirectamente entre los adolescentes y jóvenes cada vez en rangos de menor edad, la práctica por curiosidad de sexo con protección, pero no se les explicaba cómo prevenir embarazos no deseados. Las consecuencias directas de este enfoque, convertido en estrategia, ha generado la desvalorización de la sexualidad y que niños, adolescentes y jóvenes rechacen estos contenidos por considerarlos repetitivos y aburridos.

El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, en 2013 hizo un balance de las "Estrategias de salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes",<sup>12</sup> las cuales se vienen implementando desde 2007 bajo el esquema de "Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes SSAAJ", en el marco de los derechos de la salud, la salud sexual y la salud reproductiva.

---

<sup>12</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. (2013) Estrategias de salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes. Bogotá. Cartilla informativa.

Este modelo pensado para “adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia”, tiene como estrategia central la Prevención del Embarazo en Adolescentes, en cumplimiento de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y del Plan Nacional de Salud Pública, de tal manera que este grupo poblacional tenga todas las facilidades de acceso a los servicios integrales de salud y salud sexual y reproductiva, con equidad de género y el respeto de todos los derechos en la materia.

El respaldo a esta estrategia se encuentra en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, extendiendo constantemente a los adolescentes y jóvenes la invitación para que participen activamente en el diseño de programas de salud, incluyendo la sexual, acordes con sus necesidades y características. Según Minsalud (2013), reconocer a los adolescentes y jóvenes como sujetos de derechos, amplía sus posibilidades de acceso y participación para el mejoramiento de los servicios destinados a ellos e incrementar sus estándares de calidad y evaluación, contribuyendo a la difusión de la oferta de servicios.

Entre 2007 y 2011, Minsalud afirma haber implementado 850 servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes de 10 a 29 años, en 695 municipios del país, con un 61% de cobertura, pasando de ser “una estrategia focalizada en algunos municipios a ser un programa nacional con respaldo y reconocimiento internacional”. (Minsalud y Protección Social. 2013)<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. (Diciembre 2013). Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia. 2ª edición. Bogotá. Cartilla informativa.

#### 4. HIPÓTESIS

H<sub>0</sub>. Hasta qué punto es posible alcanzar en el ámbito local, el éxito de las estrategias utilizadas en programas de salud sexual y reproductiva en otros lugares del mundo y en algunas ciudades colombianas, con adolescentes embarazadas entre 10 a 19 años tomando en consideración la complejidad tanto de los aspectos culturales como del problema de salud pública involucrados.

H<sub>1</sub>. Las características sociodemográficas de la población femenina de 10 a 19 años que ha tenido por lo menos un parto o cesárea, han influido en los índices de embarazo observados en la ciudad de Popayán.

H<sub>2</sub>. Los mecanismos de operación de programas de salud sexual y reproductiva en diferentes municipios del país resultaron exitosos por haber considerado en conjunto el complejo problema cultural y de salud pública involucrado.

H<sub>3</sub>. La consulta bibliográfica de la problemática en salud pública: embarazos en adolescentes y las alternativas de solución (estrategias) que han sido propuestas en diferentes países y ciudades del mundo, se fundamentan en la multicausalidad del fenómeno.

## 5. JUSTIFICACIÓN

La relevancia teórica de la presente investigación radica, por una parte, en su relación con la maternidad en población de 10 a 19 años, puesto que las estadísticas internacionales, nacionales, departamentales y municipales muestran claramente que en su ocurrencia coexiste una problemática tanto cultural como de salud pública. Adicionalmente, las consecuencias de esta situación repercuten física, psicológica y emocionalmente en la salud y la vida de la madre y en la del neonato. Por otra parte, usualmente el embarazo en adolescentes revela entornos socioeconómicos y demográficos deprimidos que afectan a la madre, su hijo, al padre adolescente cuando está presente, las familias de ambos y a la sociedad en general. Esta situación crítica suele representar para los países en vías de desarrollo como Colombia, altos costos para los sistemas de salud por la atención de la morbilidad y las consecuencias que la mortalidad materna implican.

En contraposición, diversos estudios de organismos internacionales como la OMS y la OPS, han encontrado evidencias que las adolescentes jóvenes con altos niveles de planeación de futuro, con aspiraciones escolares y con aceptación de las formas sociales, tienen una posibilidad mínima de vivir una experiencia de embarazo precoz. De esta manera, se hace visible un escenario en el cual, el embarazo en adolescentes desde lo cultural, aparece como los efectos de una falencia formativa en los ámbitos familiar, escolar y social en general; desde la perspectiva de salud pública, implica asumir una labor educativa a través de los medios escolares o de programas especializados de salud sexual y reproductiva, al mismo tiempo, de atención oportuna y de calidad, durante el proceso del embarazo, el parto y del puerperio hasta su etapa tardía.

Desde su relevancia social, la presente investigación se relaciona con una problemática que intensifica los factores de desequilibrio de una sociedad, que afectan los sectores económico, salud, desarrollo personal, integración familiar, inclusión en el sistema educativo, discriminación, formación laboral, violencia de género, mortalidad infantil y de la adolescente, entre otros. Como se deduce de lo anterior, la problemática del embarazo en adolescentes, es multicausal, porque trasciende todos los ámbitos de la sociedad, hasta el punto de incidir en la mayoría de los casos, en la capacidad de respuesta del sector salud, de los compromisos del Estado en cuanto a los mandatos constitucionales de proteger la vida y la salud, en este caso, de todos los colombianos y, por supuesto, en la aplicación de los Derechos Humanos y el libre desarrollo de la personalidad de los ciudadanos sin distinciones de ninguna clase.

Lo expresado en el ámbito social, también señala la importancia que reviste para cualquier programa de promoción de la salud sexual y reproductiva, así como de prevención y atención del embarazo en adolescentes, recurrir por parte del Estado a la perspectiva multisectorial y multidisciplinaria, para establecer vínculos con padres de familia, docentes, estudiantes en general y adolescentes. Esto es importante de ser considerado porque generalmente las adolescentes no suelen recurrir a controles prenatales sino hasta 4 o 5 meses después de darse cuenta, dificultando la educación, orientación, diagnóstico y atención oportuna de posibles alteraciones tanto de la madre o como del bebé.

Esta falta de cuidados durante los primeros meses de embarazo, constituye uno de los focos claves de intervención para los servicios de salud, puesto que termina asociada con potenciales complicaciones como el riesgo de preeclampsia y eclampsia; bajo peso al nacer de los lactantes por anomalías placentarias; nutrición deficiente; tabaquismo y consumo de drogas; mortalidad materna asociada a embolia, enfermedad hipertensiva, embarazos ectópicos; y diferentes trastornos mentales como depresión y ansiedad.

De igual modo, esta preocupación es retomada por la presente investigación y cuando es confrontada con lo dispuesto por el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (PDSP),<sup>14</sup> adoptado en Colombia mediante la Resolución 1841 de 2013 y considerado el principal instrumento de planificación de las acciones a seguir en los próximos 6 años, en el cual se reitera no solo la problemática del país en materia de planificación familiar en la población más joven, sino que además, resalta los determinantes sociales, culturales y económicos que subyacen las causas de fondo del embarazo a temprana edad, en particular en la dimensión No. 7.5 "Dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos", define un diverso y amplio esquema para el trabajo articulado en lo que concierne a la sexualidad responsable, además, entiende al individuo como un ser integral".<sup>15</sup> Estas y otras disposiciones del PDSP, facilitan realizar aportes desde la academia en materia de retomar estrategias exitosas en la prevención del embarazo en adolescentes, porque el fenómeno no es ocasional sino permanente, lo cual se comprueba por la persistencia del indicador 19.5% desde el año 2000 hasta 2014.

Desde el punto de vista personal, el presente estudio pretende constituirse en un insumo de consulta que permita a las autoridades sanitarias y demás actores del sistema de salud, vislumbrar al momento de diseñar e implementar sus programas de salud sexual y reproductiva, así como de promoción de la salud y prevención del embarazo entre adolescentes, una serie de alternativas creativas, innovadoras y sobretodo que han demostrado ser efectivas en otras ciudades y países, y que pueden contribuir a reducir por una parte, las tasas de embarazos precoces registradas actualmente, de manera significativa y, por la otra, coadyuvar a que los sistemas de salud alcancen los objetivos del milenio: 3, 4, 5, y 6.<sup>16</sup>

---

<sup>14</sup> Ministerio de Salud y Protección Social Colombia. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 adoptado en Colombia mediante la Resolución 1841 \_ mayo 2013.

<sup>15</sup> *Ibíd.*

<sup>16</sup> Organización de las Naciones Unidas. Objetivos del Milenio (ODM). Disponible en el sitio web: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/>



## **6. OBJETIVOS**

### **6.1 OBJETIVO GENERAL**

Identificar estrategias utilizadas en programas de salud sexual y reproductiva que hayan tenido los resultados esperados en la reducción de embarazos en adolescentes, para su aplicación en el ámbito local.

### **6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Determinar las características sociodemográficas de la población femenina de 10 a 19 años que ha tenido por lo menos un parto o cesárea, en la ciudad de Popayán.

Comparar los mecanismos de operación de programas de salud sexual y reproductiva en diferentes municipios del país.

Realizar la consulta bibliográfica de la problemática en salud pública: embarazos en adolescentes y las alternativas de solución (estrategias) que se han propuesto en diferentes países y ciudades del mundo.

## 7. MARCO TEÓRICO

### 7.1 SITUACIÓN CONTEXTUAL

**7.1.1 Aspectos geopolíticos, demográficos y económicos.** El territorio del Municipio de Popayán, creado en 1537 y según el IGAC (2013), con una extensión de 483.11 Km<sup>2</sup>, se ubica a 1737 msnm; su temperatura promedio es 19°C. Geográficamente se halla situado al sur occidente de la Colombia y tiene como vecinos: al Norte, los municipios de Cajibío y Totoró; por el Sur: Sotará y Puracé; por el Oriente: Totoró, Puracé y el Departamento del Huila y por el Occidente: El Tambo y Timbío. Popayán en un 90% es rural, pero solo viven allí el 10% del total poblacional, el resto ocupa el área urbana. El municipio se encuentra dividido en 9 comunas la parte urbana y 23 Corregimientos la rural.

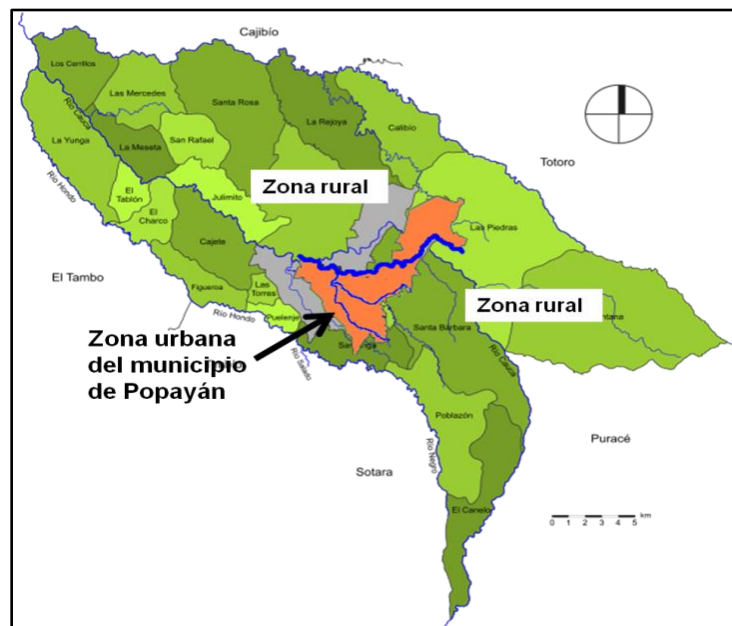


Figura 1. Mapa de Popayán indicando las zonas: urbana y rural.

Fuente. Instituto Geográfico Agustín Codazzi. (2012)

De acuerdo con la Cámara de Comercio del Cauca (Enero. 2015),<sup>17</sup> la ciudad de Popayán termina el año 2014 abandonando el tercer puesto que ocupaba entre las ciudades del país con los mayores índices de desempleo. “Este comportamiento obedece a los buenos resultados en 5 de los 10 pilares que componen el Índice de Competitividad (IC) del Cauca y Popayán, es decir, innovación y dinámica empresarial, tamaño del mercado, infraestructura, eficiencia de los mercados y educación básica y media”, pero de acuerdo con las cifras del DANE (2010), la Población Económicamente Activa (PEA), en su gran mayoría ante la falta de empresas industriales tienden hacia actividades comerciales que se registran como independientes de la más diversa naturaleza como se muestra en la Figura .2.

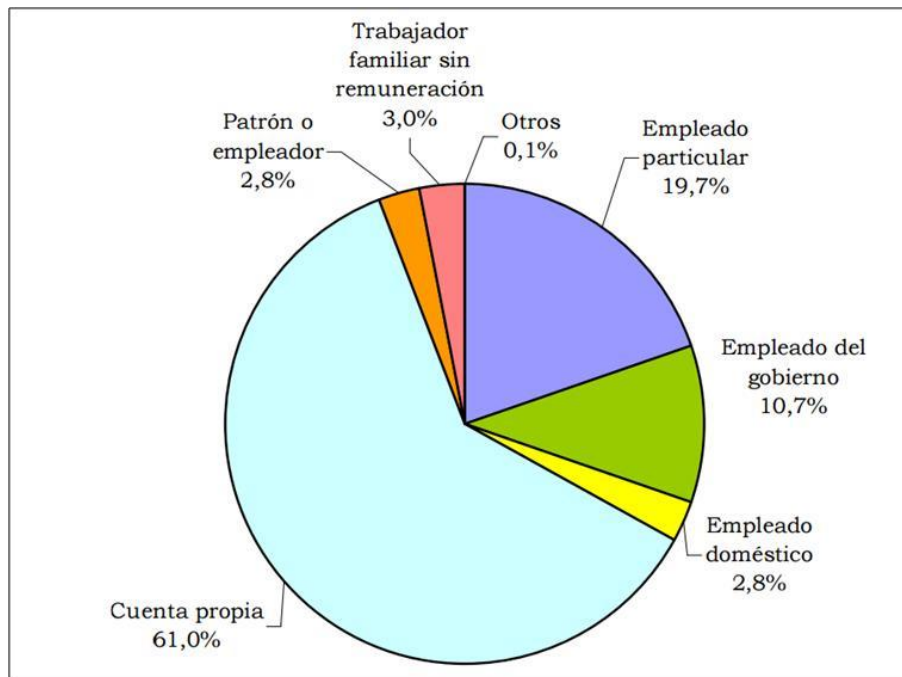


Figura 2. Distribución de ocupados, según posición ocupacional. Promedio 2010

Fuente. DANE (2010).

<sup>17</sup> Cámara de Comercio del Cauca. (enero 2015). Concepto sobre la situación socioeconómica del Cauca y Popayán al final de 2014. Popayán. Disponible en el sitio web. [http://www.cccauca.org.co/public/archivos/noticias/concepto\\_sobre\\_la\\_situacion\\_economica\\_2014.pdf](http://www.cccauca.org.co/public/archivos/noticias/concepto_sobre_la_situacion_economica_2014.pdf)

Los esfuerzos administrativos mencionados, pueden contribuir a futuro, de consolidarse en los Planes de Desarrollo Departamental y Municipal de los próximos mandatarios, a mejorar las condiciones en las cuales se encuentra la (PEA) entre 15 a 64 años, la cual representa alrededor del 57% del total poblacional para 2014, estimado por el DANE (2010-2014)<sup>18</sup> en 270.900 habitantes. De la PEA total los jóvenes de ambos sexos entre 15 a 30 años constituyen más del 35% y el grupo entre 15 a 44 años, alrededor del 57%, según estimaciones del Plan de Ordenamiento Territorial (2012), sin embargo, los ingresos de cerca del 30% de la PEA total provienen de actividades propias del subempleo.<sup>19</sup> Según el DANE, el índice de masculinidad de Popayán es de 90,50, indicando que por cada 100 mujeres hay 90,5 hombres.

En cuanto a la distribución étnica, de acuerdo con el DANE (2010-2014), existe una población indígena estimada en 7.600 personas, equivalente al 2.8% del total municipal, asentada en los Resguardos indígenas de Población y Quintana. La población afrodescendiente se estima en 8.200 personas, equivalentes al 3.0% del total. Para las autoridades administrativas políticas, de salud, judiciales y de policía, como lo registra el POT municipal, un problema que está creciendo y amenaza salirse de control, corresponde a la constante llegada de población desplazada de otros municipios caucanos e incluso de Departamentos vecinos, puesto que actualmente se estima que su número llega a 37500 personas, ubicadas en 8.600 hogares que conforman cinturones de miseria y los cuales con su presencia, desbordan completamente la capacidad de los recursos disponibles y de las redes de servicios públicos básicos para prestarles una atención verdaderamente integral.

En síntesis, las administraciones municipales de los dos últimos periodos de gobierno, trabajando conjuntamente con diversas entidades del orden, nacional, internacional y departamental, han logrado empezar a controlar uno de los más

---

<sup>18</sup> DANE. Estadísticas del Cauca y Popayán 2010-2014.

<sup>19</sup> Alcaldía de Popayán. Plan de ordenamiento territorial POT. 2012. Componente socioeconómico.

graves problemas que afectaban a Popayán, como es el desempleo y ubicarse en una media del 16% de la PEA, sin embargo, estos esfuerzos tienden a diluirse ante la llegada constante de población desplazada, en busca de oportunidades de trabajo y de mejoramiento de las precarias condiciones de vida por las que están atravesando debido al fenómeno de la violencia en las zonas rurales. Igualmente, el número de mujeres es mayor que el de hombres y usualmente las mayores diferencias se presentan en los estratos socioeconómicos más deprimidos.

**7.1.2 Los adolescentes de Popayán como prioridad para la administración municipal.** De acuerdo con la crónica del Nuevo Liberal (septiembre 25 de 2012),<sup>20</sup> la alcaldía con el apoyo de las siguientes entidades: la ESE Popayán, EPS Comfenalco, Caprecom, Salud Vida, Nueva EPS, Universidad Autónoma, Universidad del Cauca, Fundación ICBF, Generaciones con Bienestar, Ciudades Prosperas, Conpes 147, Policía de Infancia y Adolescencia, el Ministerio de Salud, Clínica La Estancia, Fundación Veri Tempus, CTI, entre otras, está empeñada a partir de 2012 en el marco del Programa de Salud y Reproductiva, liderado por la Secretaría de Salud de Popayán, en adelantar un amplio trabajo con la población joven de la ciudad, dada la preocupante problemática en la que se encuentra el Municipio, con el aumento de embarazos en adolescentes.

La preocupación surge porque la línea base de gestantes adolescentes de 10 a 17 años de edad para Popayán, era 12.4% y para Colombia, 19.5% en el rango de 10 a 19 años. No obstante para este mismo rango, la cifra alcanza en Popayán el 23.36% con 967 casos. Para el año 2013 se proyectó una línea base para el rango 10 a 17 años de 11.08%, No obstante, las cifras para el rango 10-19 mostraron que se volvió cerca de la cifra de 2012 con el 23%

---

<sup>20</sup> El Nuevo Liberal. (25 de septiembre de 2012). Embarazo y educación sexual en adolescentes. Disponible en el sitio web. <http://www.elpueblo.com.co/elnuevoliberal/embarazo-educacion-sexual-en-adolescentes/>



Figura 3. Marcha de jóvenes multiplicadores en lanzamiento de la estrategia de educación y prevención del embarazo a temprana edad en Popayán.<sup>21</sup>

Fuente. Diario El Liberal (sep. 25 de 2012)



Figura 4. Otro aspecto de marcha de jóvenes multiplicadores.

Fuente. Diario El Liberal (sep. 25 de 2012)

---

<sup>21</sup> Secretaría de Salud de Popayán. Lanzamiento de la estrategia de educación y prevención del embarazo a temprana edad en Popayán. 26 de septiembre de 2012.

En las Figuras 3 y 4, se pueden apreciar algunas de las iniciativas lideradas por la Secretaría de Salud Municipal, considerando que la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) es un problema de salud pública. Esta realidad motivó la estrategia de crear en 2012 ocho grupos de Jóvenes Multiplicadores, con 20 integrantes cada uno, dando espacio para la participación de distintas instituciones educativas, entre otras: el Alférez Real, García Paredes, Tomás Cipriano de Mosquera, José Eusebio Caro, Cajete, Carlos M. Simmonds, Instituto Técnico Industrial y Rafael Pombo, de las comunas más vulnerables de la ciudad y todos invitados a multiplicar el componente SSR con énfasis en prevención de embarazos en adolescentes, ITS/VIH SIDA.

De igual forma la Secretaría de Salud de Popayán, con los jóvenes multiplicadores promociona los servicios amigables con sus pares y trabajo en el diseño del logo y el slogan para una sexualidad responsable y quedando "Sexualidad + Educación = Buena Combinación".

## 7.2 REFERENTE TEÓRICO

**7.2.1 La adolescencia.** Considerando lo expresado por la Organización Mundial de la Salud (WHO/OMS. 2002),<sup>22</sup> la adolescencia es un periodo durante el cual: todas las personas pasan de la aparición inicial de las características sexuales secundarias a la madurez sexual; de modo similar, el individuo vive la evolución de los procesos psicológicos y los patrones de identificación de la niñez a la adultez, finalmente, la adolescencia debe ser vista como un estado de transición desde la dependencia económica y social hacia uno de relativa independencia en estas áreas. La adolescencia está definida por un rango de edad lo suficientemente

---

<sup>22</sup> Organización Mundial de la Salud. (OMS. 2005), La adolescencia: un periodo de cambios profundos en el ser humano. Cartilla

amplio: de 10 a 19 años, durante el cual se producen cambios físicos y psicológicos profundos y progresivos, razón por la cual suele ser dividida en tres estadios: adolescencia temprana, intermedia y avanzada. En el primer estadio entre 10 a 13 años, los profundos cambios físicos y sociales coinciden con la pubertad.

En el estadio intermedio entre 14 a 17 años, se lleva a cabo el proceso de consolidación del sentimiento creciente de independencia de la tutela de los padres y la familia; igualmente suelen presentarse la deserción escolar y el embarazo temprano. En el último estadio, que va desde los 18 hasta incluso los 20 años o un poco más, se encuentran los adolescentes que permanecen en el sistema de educación formal básico e ingresan a la academia para prepararse mejor de cara a su ingreso al mercado laboral, por eso no entra en sus expectativas la formación de una familia.

**7.2.2 Embarazo en adolescentes o cultura de la desesperanza.** De acuerdo con Kearney & Levine (2011),<sup>23</sup> se puede denominar la presencia de embarazos en adolescentes entre 15 a 19 años como parte de "Una cultura de la desesperanza", puesto que a manera de hipótesis y aplicando esta hipótesis con base al trabajo del sociólogo William Julius Wilson (1987), en el que sostiene que los "lugares específicos caracterizado por la pobreza persistente debido a la falta de oportunidades, el aislamiento social y la exclusión de la red de trabajo, la desesperanza genera desesperación".<sup>24</sup> Por lo tanto, en los casos de maternidad entre adolescentes de 15 a 19 años, como argumentan Kearny y Levine "cuando una pobre mujer joven percibe que el éxito socioeconómico no se puede lograr con ella, es más probable que abrace la maternidad en su situación actual, sin embargo, cuando hay relativamente más esperanza de avance económico, es relativamente

---

<sup>23</sup> Kearney, Melissa & Levine, Phillip B. (2011). "La desigualdad del ingreso y los nacimientos producto de la unión sexual precoz: Una exploración económica de la cultura de la desesperanza" Oficina Nacional de Investigaciones Económicas. Papers No. 17.157.

<sup>24</sup> Wilson, William Julius. (1987), citado por Kearney, Melissa & Levine, Philip B. (2011). Ibid.



más deseable para la adolescente retrasar la maternidad e invertir en capital humano o social",<sup>25</sup> esta comprobación la obtuvieron de una muestra de 42.000 mujeres entre las edades de 15 a 44, a quienes se les aplicó la Encuesta Nacional de Crecimiento Familiar, de esta base de datos extrajeron siete años del periodo entre 1982 y 2008, separando las respuestas dadas por mujeres solteras que estuvieron embarazadas antes de los 20 años.

Para corroborar su hipótesis de la "cultura de la desesperanza", Kearny y Levine, recurrieron al comportamiento del fenómeno por regiones geográficas de los EE.UU., considerando las tasas de natalidad en la adolescencia y el nivel estatal de la desigualdad de ingresos, encontrando que las adolescentes en Mississippi tienen hijos tres veces más a menudo que los de Nueva Hampshire, adicionalmente, comprobaron que durante 2005, la tasa de natalidad adolescente en Mississippi fue de 61 por cada 1.000 mujeres entre 15 a 19, mientras que en New Hampshire la tasa fue de 18 por cada 1.000, variaciones que evaluadas nuevamente en 2012 se mostraron como notablemente constante durante las últimas dos décadas.

Lo anterior encuentra un correlato en la desigualdad de ingresos de las familias de estas adolescentes de los dos estados antes mencionados. Mediante el uso de técnicas de modelización econométrica, fueron tenidos en cuenta otros factores que inciden en las tasas de natalidad de adolescentes tales como "las características de edad, raza o etnia, y nivel estatal como la tasa de desempleo, la religiosidad, la pobreza y las políticas de bienestar".<sup>26</sup>

Así mismo se destacó como factor clave "la medida de la desigualdad de los ingresos proporción de los ingresos en los percentiles 10 y 50 para cada estado

---

<sup>25</sup> Kearney, Melissa & Levine, Philip B. (2012). "¿Por qué es importante que descienda la tasa de natalidad en adolescentes en EE.UU.?" Nueva York. National Bureau of Economic Research Working Paper 17965.

<sup>26</sup> *Ibíd.*

analizado, porque cuanto mayor es la relación, mayor es la brecha entre los bajos ingresos y las familias de ingresos medios",<sup>27</sup> a esto se suma como otro factor de riesgo a considerar que cuando las madres de bajo nivel socioeconómico, abandonaron la escuela y viven en una situación de alta desigualdad de ingresos, ellas mismas y luego sus hijas, han sido madres en la adolescencia. Por otra parte, las adolescentes que viven en un nivel socioeconómico alto, no son menos propensas a quedar embarazadas, pero si tienden a experimentar un embarazo fracasado lo que normalmente debería traducirse como aborto inducido.

Otros resultados obtenidos por Kearny y Levine, se relacionan con la apreciación cultural de la presencia del embarazo en adolescentes. En las comunidades de mayor nivel socioeconómico el estigma social es alto, considerando que la adolescente y su pareja estropearon su vida, siendo calificados como inmorales sino como "estúpidos", razón que se considera suficiente para optar por el aborto. Mientras que en comunidades de menores ingresos, con bajas perspectivas de desarrollo personal, el aborto también es común y suelen llevarlo a cabo personas que se dicen expertas y bajo condiciones de alto riesgo para la mujer, pero la tendencia es permitir que el embarazo siga y confiar en un familiar cercano propio o de la pareja para el cuidado del bebé, mientras la mujer se ve obligada a buscar trabajo para su sostenimiento.

Las conclusiones a las que llegaron Kearny y Levine, señalan que el contexto socioeconómico juega un papel relevante en el embarazo y la maternidad entre adolescentes. De allí la importancia de las políticas y programas para apoyar a los potenciales madre y padre adolescentes, con el fin de reducir futuros embarazos adolescentes. Es evidente que las mujeres entre 13 a 19 años en los países desarrollados que viven en entornos de pobreza relativa persistente representan una población de objetivo prioritario para los programas de

---

<sup>27</sup> *Ibíd.*

intervención. En tales contextos, una "cultura de la desesperanza" combinada con la vulnerabilidad económica de las adolescentes puede inducir a que ellas no tomen medidas de autocuidado y protección para prevenir el embarazo.

**7.2.3 Consecuencias socioeconómicas, culturales y de salud para la adolescente embarazada.** De acuerdo con Flórez y Soto (2013),<sup>28</sup> al analizar los casos de adolescentes entre 13 a 19 años en Colombia, que han estado o no embarazadas y su vida de pareja (unidas o no unidas), identificaron factores distales protectores y de riesgo, como se muestra en la Figura 5. Para su trabajo se basaron en las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud, ENDS, realizadas entre 1990 y 2010.

Dichas encuestas evidenciaron que en Colombia se ha incrementado de modo significativo el número de embarazadas entre 1990 y 2010, pasando de 12,8% a 19,5 %, aunque a partir de 2011 presenta una ligera tendencia a disminuir nuevamente. Lo que sí está claro es que en las zonas rurales el embarazo adolescente es más común que en las urbanas y mayor en ambos casos en las adolescentes de menor nivel de riqueza. De la misma manera, en el incremento mencionado aparecen mujeres de diferentes niveles socioeconómicos. (p. 9)

Siguiendo a Flórez y Soto, los factores determinantes del embarazo en adolescentes entre 10 a 19 años, pueden ser agrupados en dos grupos a) Factores protectores y b) Factores de riesgo. Los protectores disminuyen la probabilidad del embarazo (Ver Figura 5), como alto nivel educativo, asistencia escolar y supervisión parental, mientras que los de riesgo aumentan la probabilidad del embarazo precoz,

---

<sup>28</sup> Flórez, Carmen Elisa & Soto, Victoria Eugenia. (2013). Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia. disponible en el sitio web. <http://www.profamilia.org.co/docs/estudios/imagenes/5%20-20FACTORES%20PROTECTORES%20Y%20DE%20RIESGO%20DEL%20EMBARAZO%20EN%20COLOMBIA.pdf>

como falta de acceso a la educación, violencia intrafamiliar, falta de acceso a métodos de control natal, entre otros.

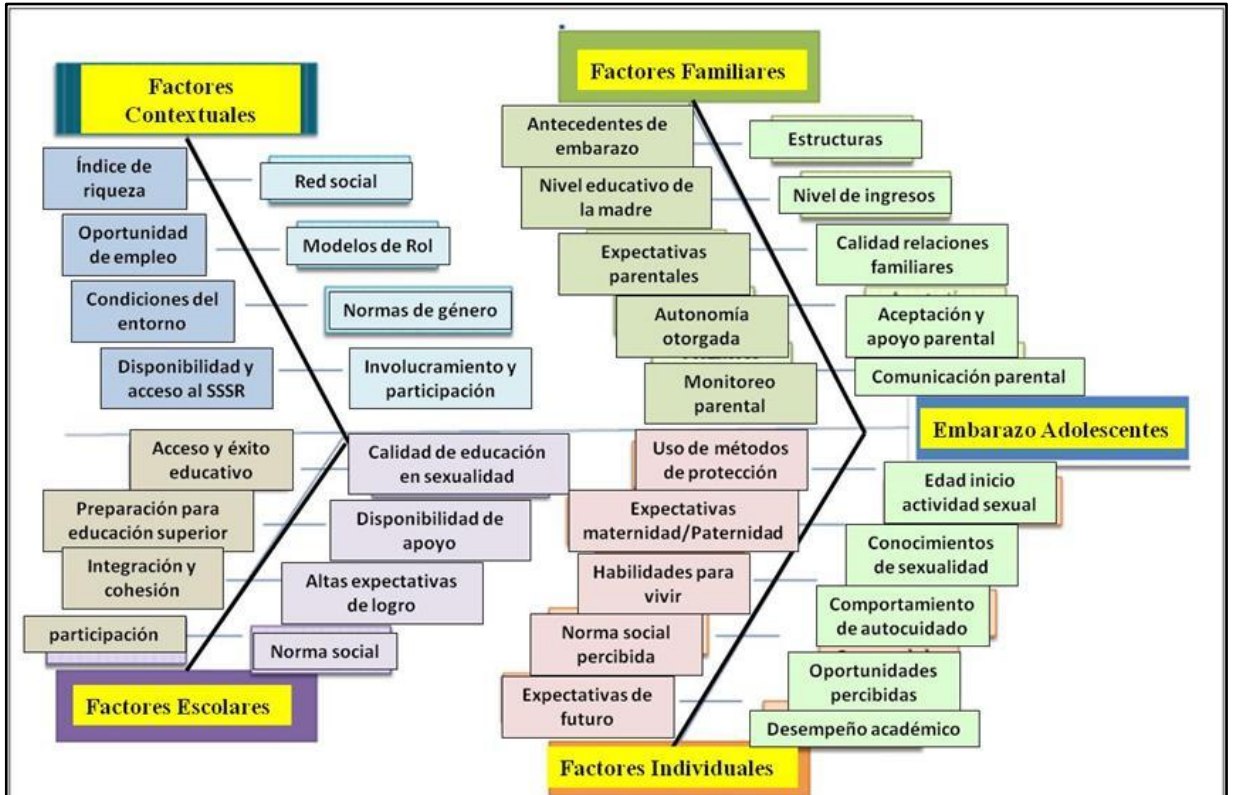


Figura 5. Factores protectores y de riesgo ante la presencia de embarazo en adolescentes entre 10 a 19 años.

Fuente. Adaptación del trabajo de Elvia Vargas. Grupo Familia y Sexualidad. Universidad de los Andes 2012.

Flórez & Soto enfatizan en que en las adolescentes con vida sexual activa, los factores distales son determinantes (Ver Figura 3), incluso señalan varios estudios en los cuales se percibe con claridad su asociación con el embarazo, entre estos se destacan:

(Gaviria, 2000; Barrera e Higuera, 2003; Flórez et ál., 2004; Vargas-Trujillo y Barrera, 2003; Vargas-Trujillo, Henao y González, 2004; Vargas-Trujillo, Barrera,

Burgos y Daza, 2004; Flórez y Soto, 2006; Cortés et ál., 2010). Los hallazgos... indican que la probabilidad de embarazo adolescente está asociada con factores personales individuales, como nivel educativo, acceso a información de SSR y a métodos anticonceptivos, percepciones sobre la norma social, la maternidad y sobre las oportunidades de movilidad social; factores interpersonales, como nivel socioeconómico del hogar, estructura familiar y violencia intrafamiliar, apertura a la comunicación con figuras parentales, supervisión parental, las actitudes de los pares hacia las relaciones sexuales en la adolescencia y factores contextuales como nivel de urbanización, la oferta de servicios de SSR de calidad, la política social en educación para la sexualidad, normas sociales sobre la maternidad y el inicio de las relaciones sexuales, y factores culturales regionales. (Flórez & Soto. 2013. p, 10)

Flórez & Soto, también señalan que el incremento en el número de embarazos en adolescentes en Colombia, podría también ser relacionado con:

- a) Un conocimiento deficiente de la fisiología reproductiva y del uso apropiado de los métodos de control natal, con altas tasas de falla en el uso de los mismos;
- b) Los resultados deficientes de los programas en educación sexual;
- c) Un impacto importante de factores psicosociales y socioculturales (tanto a nivel individual, interpersonal y contextual), cuyo efecto probablemente ha estado subestimado. (Flórez & Soto. 2013. p, 10)

Con relación a los riesgos para la salud física, mental, emocional, psicológica e incluye el nivel sociofamiliar de la adolescente embarazada, el ICBF de Colombia (2013), presenta una síntesis de los mismos que se pueden agrupar de la siguiente manera:<sup>29</sup> En cuanto a la salud, las menores de 19 años tienen mayor riesgo de enfermedad y muerte por: hipertensión, alteraciones nutricionales, anemia, infección urinaria, mayor índice de cesáreas.

---

<sup>29</sup> ICBF Colombia. (2013). Factores de riesgo y cambios en la vida de la adolescente embarazada. Disponible en el sitio web: [http://www.profamilia.org.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=361:riesgos-en-mujeres-jovenes&catid=62](http://www.profamilia.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=361:riesgos-en-mujeres-jovenes&catid=62)

Es por ello que el control prenatal resulta tan importante para detectar riesgos, prevenir enfermedades y realizar un tratamiento temprano de algunas enfermedades o afecciones. En cuanto a sus bebés, pueden presentar prematuridad; bajo peso al nacer; síndrome de Down; contraer enfermedades infecciosas; mayor incidencia de muerte súbita; cuando crecen existe el riesgo de sufrir abuso físico y discriminación; cuidados negligentes y desnutrición.

Respecto a los riesgos psicosociales, por lo general las adolescentes embarazadas abandonan sus estudios por falta de dinero, debido a que el mayor porcentaje de casos suele ocurrir en contextos deprimidos o donde algunas de las necesidades básicas permanecen en estado de constante insatisfacción. Igualmente dejan de estudiar porque les avergüenza su nueva condición, por presión de la familia o del entorno escolar, aunque no de las instituciones educativas en sí mismas sino de sus propios compañeros.

De la misma manera, la adolescente embarazada no cuenta siempre con el apoyo de su pareja ni de la familia de él, porque crean mantos de duda alrededor de la verdadera responsabilidad de su hijo si es mejor de edad o si es mayor, por lo general es desempleado o sus ingresos no le permiten responder por la nueva obligación y termina alejándose de la madre.

Este tipo de adolescente embarazada queda en riesgo de un nuevo embarazo, porque repite los mismos errores de la primera vez, en cuanto a no tomar las medidas preventivas mínimas en sus relaciones íntimas, puesto que casi siempre carecen de información adecuada, de acceso oportuno a los programas de servicios de salud de calidad y principalmente adolece de falta de dinero. De igual modo, la presencia de un bebé le dificulta conseguir trabajo bien remunerado porque carece de la formación académica requerida,

Otro factor de riesgo no menos importante, es la idealización de la maternidad y la paternidad, pero al enfrentarse a la realidad pueden surgir conflictos personales, de pareja y familiares, porque cambian completamente los tipos de actividades que antes realizaba con total libertad con su pareja o amigos, debido al tiempo y cuidados que exige su bebé.

**7.2.4. Salud sexual y reproductiva (SSR).** El año 2015 es especialmente significativo para el estudio de la salud sexual y reproductiva, de acuerdo con Bernstein & Hansen (2006),<sup>30</sup> porque en la <Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo> (CIPD), realizada en El Cairo, Egipto en el año de 1994, se trazó como una meta a 20 años implementar en todo el mundo los criterios relacionados con estos aspectos fundamentales para la salud y la vida humana.

A partir de esta conferencia, quedó establecida la ruta hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) los cuales fueron aprobados en Nueva York en el 2000 por los delegados de 189 países, habiéndose acordado su desarrollo a través de metas escalonadas en etapas: 2000, 2005 y 2015, destacándose para la presente investigación, los objetivos tres, cuatro y cinco, por cuanto se refieren a la promoción de la igualdad entre ambos géneros, a reducir la mortalidad infantil y al mejoramiento de la salud materna, porque subyacen en todas las estrategias SSR aplicadas en el mundo y, particularmente en Colombia.

Es por ello que los avances para cumplir con los ODM dependerán del logro de los objetivos de salud sexual y reproductiva establecidos en la CIPD, tal como fue ratificado por los líderes de 189 países en el Documento Final de la Cumbre Mundial de las Naciones Unidas en 2005, celebrada en Nueva York.

---

<sup>30</sup> Bernstein, Stan & Hansen, Charlotte Juul. (2006). Opciones públicas, decisiones privadas: Salud sexual y reproductiva y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas. Nueva York. pp, 4-28.

En el sentido mencionado y merced a los acuerdos alcanzados en El Cairo, la salud sexual y reproductiva (SSR), quedó definida como:

“... un estado general de bienestar físico mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir cuándo hacerlo o no hacerlo, y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos”. (ICPD, El Cairo, 1994)<sup>31</sup>

La anterior definición de SSR, implica tomar en consideración una serie de recursos técnico-científicos como métodos, técnicas y servicios destinados a contribuir a la conservación de la salud y del bienestar reproductivo, de lo cual se deriva que también está incluida la salud sexual, cuyo propósito es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales, que para ser plenas requieren de asesoramiento y atención en los temas de reproducción y enfermedades de transmisión sexual.

En cuanto a la problemática que representan los embarazos en adolescentes, Bernstein & Hansen, registran que “los y las adolescentes actualmente conforman alrededor del 20% de la población mundial con tendencia a seguir incrementándose en los próximos años” (p, 6).

---

<sup>31</sup> Organización de las Naciones Unidas ONU. (1994). Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD). El Cairo, Egipto.



Este segmento poblacional presenta necesidades especiales en SSR y es el que más está expuesto a riesgos relacionados con “el inicio de la actividad sexual a temprana edad, el matrimonio y la fecundidad, no obstante haberse producido un incremento global en la edad del matrimonio que ha contribuido al descenso en la fecundidad adolescente” (p, 6). A pesar de esta tendencia, en muchos países hasta un 70% de las mujeres empieza una vida sexual activa antes de los 20 años, muy pocas con una pareja estable, razón por la cual existe “una estrecha relación de este inicio temprano con la fecundidad adolescente y la exposición a riesgos reproductivos” (p, 6).

A esta preocupación podría añadirse que el articulado de los Derechos del Niño, Adolescentes y Jóvenes, en cuanto toca el tema del embarazo en adolescentes, resulta ambiguo y deja abierta la posibilidad a diversas interpretaciones, que entorpecen el accionar de las autoridades de salud en los países para intervenir eficazmente esta situación y revertirla socioculturalmente, ante el alegato de los adolescentes y jóvenes a ejercer su derecho de libre albedrío.

### **7.3 MARCO LEGAL**

En cuanto a la normatividad vigente en Colombia, prevalece en materia de protección de niños, adolescentes y jóvenes, especialmente en el tema de salud sexual y reproductiva, lo expresado en la Convención de los Derechos del Niño aprobada por Colombia mediante la Ley 12 de 1991, respaldado por artículo 93 de la Constitución Política de 1991.

En el artículo 12 de dicha Convención dice textualmente que: “Los Estados parte deben garantizar al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio, el derecho a expresar su opinión libremente en todos los asuntos que le puedan

afectar, teniéndose debidamente en cuenta sus opiniones, en función de su edad y madurez". Por su parte, la Corte Constitucional de Colombia

Sobre este tema la Corte Constitucional se pronunció afirmando que: "Los niños no son propiedad de nadie: ni son propiedad de sus padres, ni son propiedad de la sociedad. Su vida y su libertad son de su exclusiva autonomía. Desde que la persona nace está en libertad y la imposibilidad física de ejercitar su libre albedrío no sacrifica aquélla (Sentencia T-477/1995). Posteriormente, la misma Corte con respecto a toma de decisiones por parte del menor de edad de consentir intervenciones sobre su cuerpo, expresó lo siguiente:

Primero: "La jurisprudencia constitucional ha reconocido en los menores la titularidad del derecho al libre desarrollo de la personalidad y la posibilidad de consentir tratamientos e intervenciones sobre su cuerpo, aun cuando tengan un carácter altamente invasivo. En esta medida, descarta que criterios de carácter meramente objetivo, como la edad, sean los únicos determinantes para establecer el alcance del consentimiento libremente formulado por los menores para autorizar tratamientos e intervenciones sobre su cuerpo. En materia de aborto el legislador, si lo estima conveniente, podrá establecer reglas específicas en el futuro sobre representación, tutela o curatela sin menoscabar el consentimiento de la menor de catorce años." (Sentencia C-355/06)

Segundo. Declara "inexequible el texto subrayado del artículo 123 del Código Penal –que dice- "de mujer menor de catorce años", como figura en la Ley 599 de 2000. El derecho a la libre maternidad derivado de los principios de libertad y autonomía de la Constitución de 1991 no puede negarse a las mujeres menores de catorce años.

La frase del artículo 123 antes mencionada, fue demandada porque desconocía la autonomía de las mujeres menores de 14 años que expresen su deseo por interrumpir un embarazo. Las razones se basan en que si tienen capacidad de gestar, están demostrando un grado de madurez que debe implicar la capacidad de expresar su voluntad sobre la interrupción o no del embarazo.

Es preciso aclarar que aunque el consentimiento para sostener relaciones sexuales no se presume en las menores de 14 años, para la Corte Constitucional "sí se debe aceptar y respetar la decisión de optar o no por un aborto, cuando se trata de ejercer el derecho a la autonomía y más cuando los embarazos tempranos traen generalmente peligros para la vida, la salud y la integridad de las menores embarazadas" (Sentencia C-355-06)

## 8. DISEÑO METODOLÓGICO

### 8.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Investigación de tipo cualitativa-descriptiva,<sup>32</sup> con enfoque etnográfico, cuya finalidad era “Identificar estrategias utilizadas en programas de salud sexual y reproductiva que hayan tenido los resultados esperados en la reducción de embarazos en adolescentes, para su aplicación en el ámbito local”. El trabajo de campo consistió en desplazarse hacia las distintas fuentes de información estadística para la recolección de datos, a continuación se procedió al trabajo de escritorio y al análisis de los planteamientos de diversos autores y entidades relacionados con la problemática del embarazo en adolescentes. También la investigación fue transversal porque toma en cuenta solo el periodo en que ocurre el fenómeno entre 2010-2014, aunque en algunos casos retoma información de años anteriores para efecto de darle mayor claridad a los resultados alcanzados.

### 8.2 UNIDAD DE ANÁLISIS

Como unidad de análisis fueron consideradas las Secretarías de Salud de seis ciudades incluyendo a Popayán, de donde se obtuvieron los datos necesarios para elaborar los resultados que aparecen en el documento, respaldados cuando se hizo necesario hacerlo con la información contenida en los Planes de Desarrollo Municipales vigentes.

---

<sup>32</sup> Hernández, Fernández y Baptista. (2010). Metodología de la Investigación. 8ª edición. Bogotá. McGraw Hill. pp. 170-171.

### **8.3 PROCEDIMIENTOS PARA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Para obtener información real y confiable acerca de la problemática en estudio, se recurrió a la información suministrada por las bases de datos de las Secretarías de Salud Municipales y Planes de Desarrollo de las cinco ciudades descritas en la investigación y a la información proporcionada por el Registro de Nacidos Vivos (RUAF) del Ministerio de Salud y Protección Social y el DANE.

### **8.4 PROCEDIMIENTOS PARA ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

La información acerca de las características de las adolescentes embarazadas, fue organizada en la misma secuencia en que aparecen las variables del formulario de registro de Nacidos Vivos del Ministerio de Salud y de Protección Social y del DANE. Estos datos se llevaron al programa Excel mediante el cual fueron establecidas sus frecuencias facilitando construir las tablas univariadas y gráficas respectivas, como aparecen en el documento. Con este conjunto de información se hizo la validación de las Hipótesis presentada en el capítulo de Conclusiones. Es de anotar que la información proporcionada por las Secretarías de Salud de: Armenia; Manizales; Neiva; Pereira y Pasto fue escasa, haciendo necesario fortalecerla con la información de los Planes de Desarrollo Municipales.

### **8.5 ASPECTOS ÉTICOS.**

La presente investigación está basada en información real y cierta tomada directamente de las fuentes de información tanto en forma de documentos como de material bibliográfico, respetando en todo momento los derechos de autor que corresponden en cada caso. Por lo tanto, en este aspecto los resultados obtenidos reflejan el mismo grado de veracidad de las fuentes consultadas.

Tabla 1. Variables de la investigación

Variabla	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	Indicador
Edad	Años de vida de la gestante adolescente	Años de vida que tiene la gestante	Cuantitativa	Nominal	La edad será presentada a través de frecuencias
Lugar de residencia	Lugar de residencia de la madre gestante	Zona rural o urbana	Cualitativa	Nominal	El lugar de residencia será presentada a través de frecuencias
Nivel socioeconómico	Condiciones concretas de existencia en que las adolescentes gestantes desearían sobrevivir	Estrato al que pertenece	Cualitativa	Nominal	El nivel socioeconómico será presentada a través de frecuencias
Estado Civil	Situación civil de la gestante al momento de embarazarse	<p>En esta casa y vive con sus hijos y con su pareja.</p> <p>En esta casa y lleva menos de dos años viviendo con su pareja.</p> <p>Esta separada.</p> <p>Esta soltera.</p> <p>Esta casada.</p> <p>Esta viuda.</p> <p>Sin información</p>	Cualitativa	Nominal	El estado civil será presentada a través de frecuencias
Nivel Educativo	Años de escolaridad de la adolescente gestante	<p>Escuela primaria.</p> <p>Escuela secundaria.</p> <p>Medio académico clásico.</p> <p>Medio técnico.</p> <p>Nominalista.</p> <p>Técnica profesional.</p> <p>Técnica.</p> <p>Profesional.</p> <p>Especialización.</p> <p>Mestría.</p> <p>Doctorado.</p> <p>Ninguno.</p> <p>Sin información.</p>	Cuantitativa	Ordinal	El Nivel educativo será presentada a través de frecuencias
Afiliación SGSSS	condición de afiliación de la gestante al sistema general de seguridad social de salud	<p>Contributivo.</p> <p>Suscripción.</p> <p>Excepción.</p> <p>Esencial.</p> <p>No asegurado.</p>	Cualitativa	Nominal	La afiliación será presentada a través de frecuencias
Peso al nacer del recién nacido	Peso en gramos del recién nacido	Recién nacido que pese menos de 2400 gramos	Cuantitativa	Nominal	El peso al nacer será presentada a través de frecuencias

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador
Número de controles prenatales	Controles a los que asistió la adolescente durante el periodo de gestación	Número de consultas a las que asistió	Cuantitativa	Nominal	$\frac{\% \text{adolescentes que han asistido a cuatro controles prenatales o más}}{\text{Total de adolescentes embarazadas}} \times 100$
Número de hijos	Hijos que ha tenido la adolescente	Número de hijos vivos que ha tenido la adolescente	Cuantitativa	Ordinal	$\frac{\text{Total de NV de mujeres entre los 10 y 19 años}}{\text{Total de nacidos vivos}}$
Número de embarazos previos	Embarazos anteriores a actual	Número de embarazos inducidos en el presente	Cuantitativa	Ordinal	El número de embarazos previos será presentado a través de frecuencias
Edad del padre	Años de vida del padre	Años de vida que tiene que tiene el padre al momento de sostener la relación	Cuantitativa	Nominal	La edad del padre será presentada a través de frecuencias
Nivel educativo del padre	Años cursados y aprobados en algún tipo de establecimiento educacional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Básica primaria</li> <li>Básica secundaria</li> <li>Medio académica o técnica</li> <li>Normalista</li> <li>Técnica profesional tecnológica</li> <li>Profesional</li> <li>Ninguno</li> <li>Sin información</li> </ul>	Cuantitativa	Ordinal	El nivel educativo del padre será presentado a través de frecuencias

Fuente: Adaptación del Cuestionario del Certificado de Nacidos Vivos del Ministerio de la Protección Social – DANE

## 9. RESULTADOS

### 9.1 EMBARAZO EN ADOLESCENTES ENTRE 10 A 19 EN COLOMBIA.

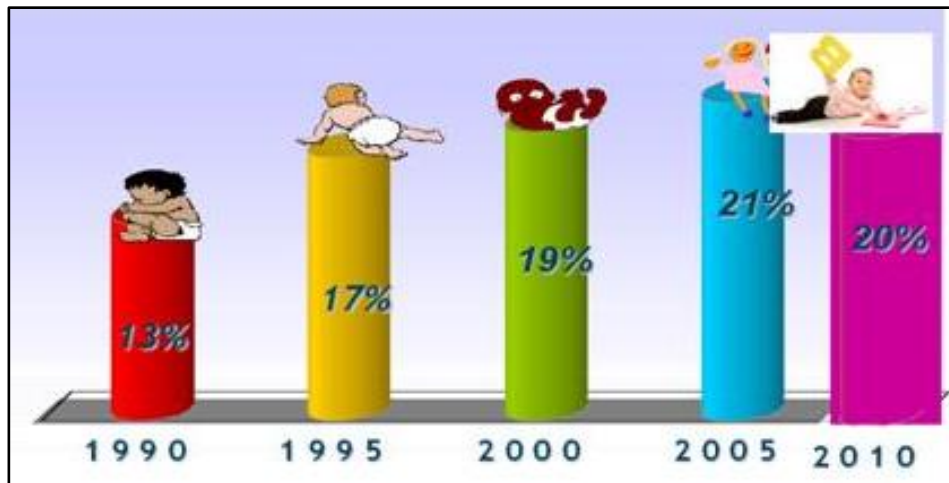


Figura 6. Evolución del embarazo en adolescentes en Colombia 1990-2010

Fuente. Encuesta Demografía y Salud 1990-2010. MinSalud y Protección Social.

En la Figura 6, se puede observar cómo se ha incrementado el porcentaje de adolescentes embarazadas entre 1990 y 2010, hasta situarse en 2014 en 20.5%, es decir, a lo largo de 25 años el fenómeno parece reflejar la situación en la que se encuentran millones de mujeres adolescentes, víctimas de las desigualdades socioeconómicas de la sociedad colombiana. De la misma manera, como se muestra a continuación, resulta de gran importancia ante el incremento del embarazo en adolescentes entre 10 a 19 años que la educación en materia de salud sexual y reproductiva, así como en los derechos sexuales y reproductivos, se les concedan un mayor énfasis para que este segmento poblacional tome consciencia del riesgo asociado con el inicio temprano de su vida sexual.



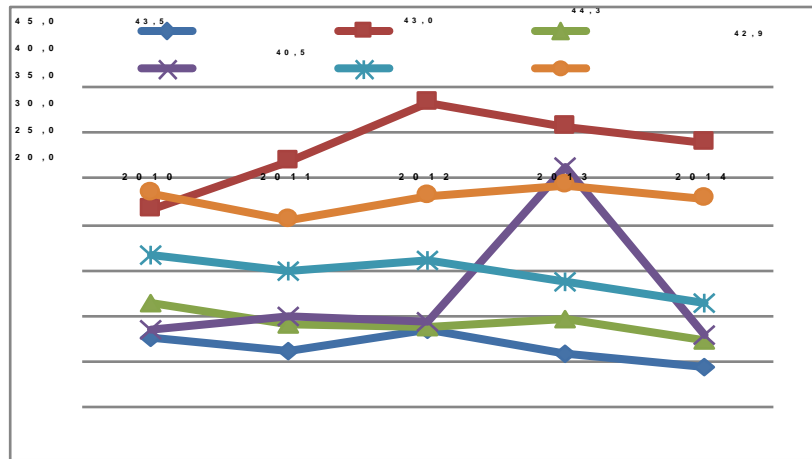


Figura 7. Tasa específica de fecundidad de 10 a 19 años. 2010-2014 en seis ciudades colombianas similares entre 2010 y 2014.

Fuente DANE 2010-2014

En cuanto a la tasa específica de fecundidad (TEF) como una medida del patrón de fecundidad para un rango de edades determinado, la ciudad de Neiva es la que presente mayores valores y variaciones llegando a un promedio de 50.0, por cada 1.000 mujeres entre 10 a 19 años, seguida por Popayán cuyo promedio se sitúa en 43.0, el promedio más bajo lo tiene Manizales con 25.0.

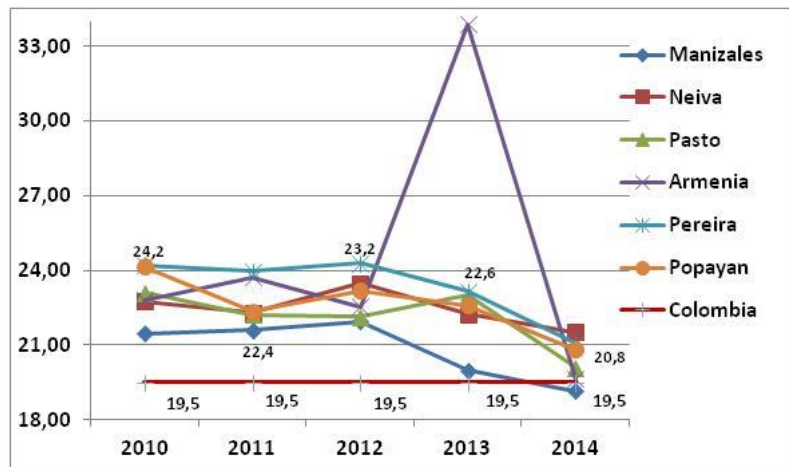


Figura 8. Distribución porcentual de los nacidos vivos en adolescentes 10-19 años en seis ciudades Vs Colombia entre 2010 y 2014.

Fuente DANE 2010-2014

En cuanto a la distribución porcentual de nacidos vivos, se encontró que con relación a Colombia que permanece en 19.5 a lo largo del periodo 2010-2014, la ciudad de Armenia presenta un salto significativo entre 2013-2014, sin datos complementarios que expliquen esta situación. Las demás ciudades, incluyendo Popayán se agrupan en el rango 21.0 a 24.0, en tanto que Pereira muestra un descenso constante a partir de 2012 que arroja una cifra por debajo del promedio nacional en 2014. Como se observa, esta distribución muestra que el fenómeno es común para ciudades similares a Popayán.

## 9.2 EMBARAZO EN ADOLESCENTES ENTRE 10 A 19 AÑOS EN POPAYÁN

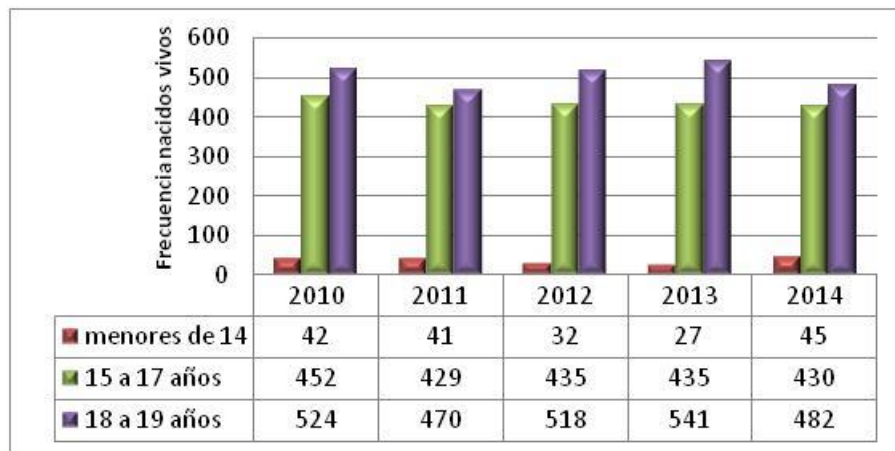


Figura 9. Frecuencia de nacido vivos en mujeres adolescentes 10-19 años.

Popayán 2010-2014

Fuente RUA F - DANE 2010-2014

En el caso de Popayán, se observa que la frecuencia de nacidos vivos para menores de 14 años y los rangos 15 a 17 y 18 a 19 años, presentan una relativa estacionalidad. En el primer caso se sitúan alrededor de una media de 37, observándose un descenso significativo en 2013, pero con un repunte en 2014 que supera ampliamente la media del rango. En el segundo caso la media corresponde a 436 y en el tercero a 507.

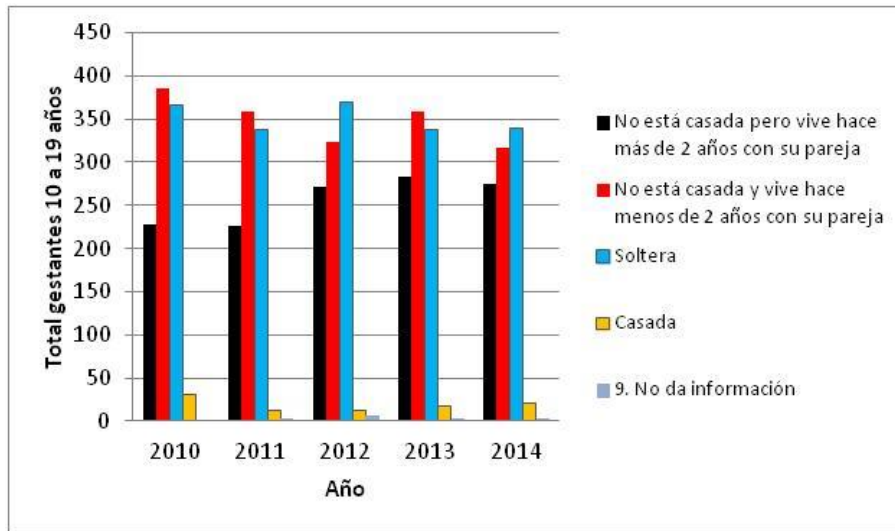


Figura 10. Estado civil de las gestantes de 10 a 19 años. Popayán 2010-2014

Fuente RUA F - DANE 2010-2014

En cuanto al estado civil, el matrimonio ya no es una opción prioritaria a la hora de formar pareja y concebir hijos. En la mayoría de caso predomina la unión marital de hecho con significativas variaciones en el tipo de relación de pareja. Incluso, se observa que en 2014, predomina la condición de madre soltera.

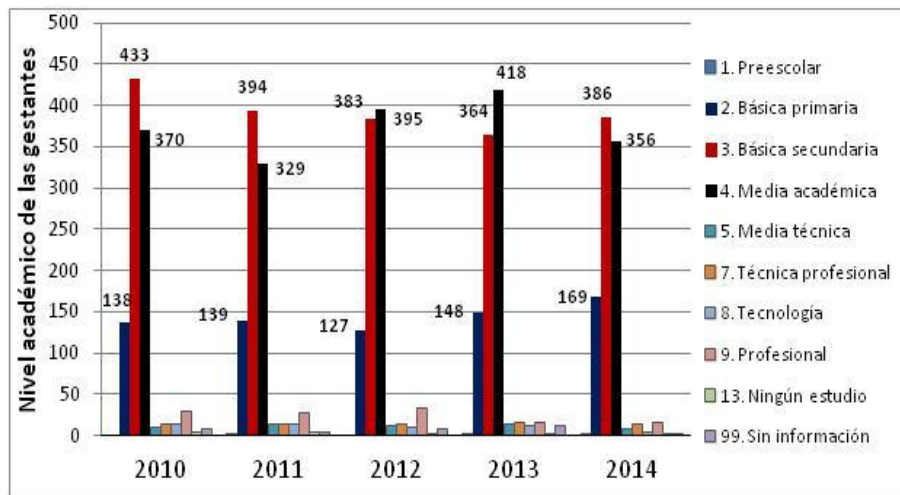


Figura 11. Nivel académico de las gestantes adolescentes de 10 a 19 años.

Popayán 2010-2014

Fuente RUA F - DANE 2010-2014

Con relación al nivel educativo de las gestantes adolescentes, en los años 2010-2011 se observa un predominio de quienes han realizado estudios de básica secundaria, seguida de media académica y en tercer lugar las que solo alcanzaron el nivel de básica primaria. Entre los años 2012-2013, predominan las adolescentes con estudios de media académica, seguidas por las de básica secundaria y luego por las de básica primaria. En 2014, nuevamente aparecen en primer lugar las de básica secundaria (42%), seguidas por media académica (39%) y después por básica primaria (19%). Como se puede observar, los niveles de educación básica media y académica, son las representativas a lo largo del periodo considerado, seguido por básica primaria, lo cual sugiere falencias en los procesos de acompañamiento escolar en materia de salud sexual y reproductiva.

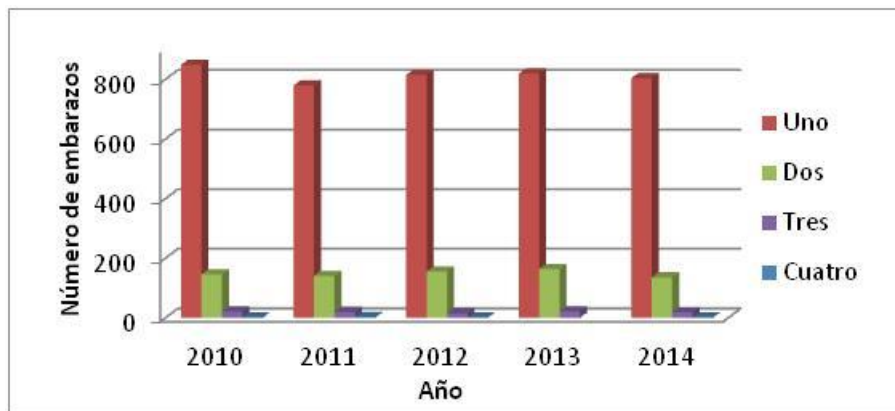


Figura 12. Número de embarazos en gestantes adolescentes de 10 a 19 años. Popayán 2010-2014.

Fuente RUAF - DANE 2010-2014

Respecto al número de embarazos, predomina con una media de 800 mujeres en todos los años del periodo considerado, que las gestantes adolescentes solo tuvieron un hijo. Con una media inferior a 180 para el mismo periodo, declaran haber tenido dos hijos. Para tres o cuatro hijos las cifras no son significativas.

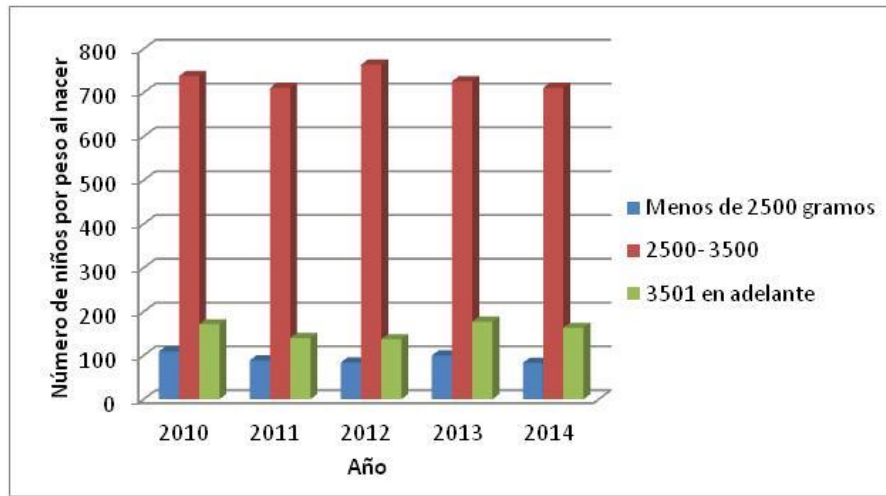


Figura 13. Peso al nacer de niños de gestantes adolescentes de 10 a 19 años. Popayán 2010-2014  
Fuente RUA F - DANE 2010-2014

En cuanto al peso de los neonatos al nacer, para quienes registraron menos de 2500 gramos, la media para el periodo es de 85 niños. Con 2500 a 3500 gramos, la media es de 700 niños y de 3501 gramos en adelante la media es de 150 niños, Estas cifras indican presencia de niños en condiciones de alto riesgo.

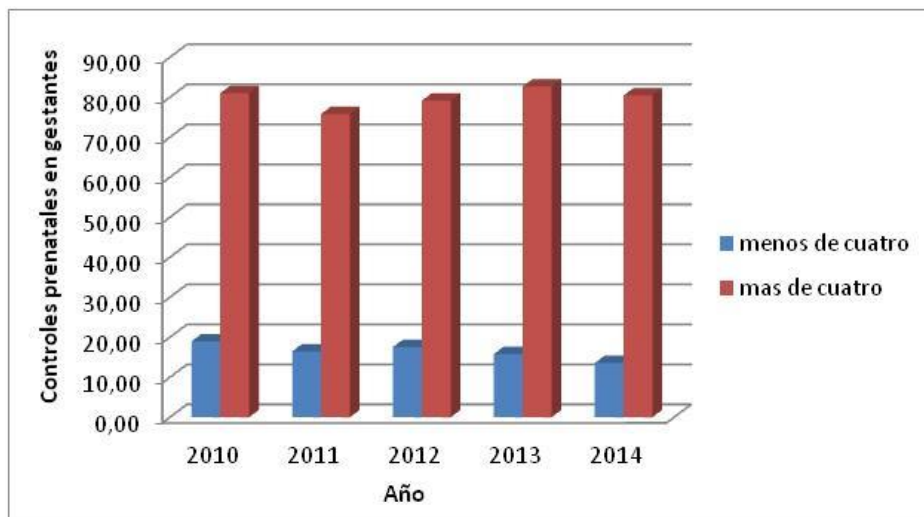


Figura 14. Controles prenatales en gestantes adolescentes de 10 a 19 años. Popayán 2010-2014  
Fuente RUA F - DANE 2010-2014

Respecto al número de controles prenatales, el 80% de las adolescentes embarazadas han asistido al menos a cuatro controles. El 20% a menos de cuatro. Estas cifras sugieren que una vez embarazadas las adolescentes en la gran mayoría de casos atienden las recomendaciones para someterse a los controles especiales que demanda su nuevo estado.

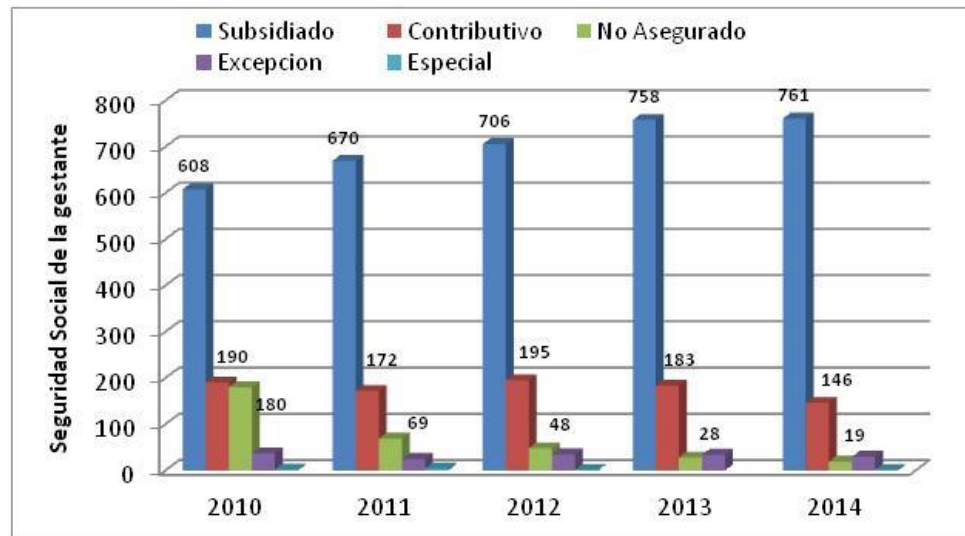


Figura 15. Seguridad social de gestantes adolescentes de 10 a 19 años. Popayán 2010-2014.

Fuente RUA F - DANE 2010-2014

Referente al tipo de cobertura en servicios de salud, durante todo el periodo considerado, las adolescentes embarazadas asisten a los controles médicos de forma mayoritaria bajo el régimen subsidiado, al cual se accede a través de la clasificación que da la Encuesta SISBEN. Le siguen quienes proceden del régimen contributivo. Luego están las que aseguran no tener cobertura en salud y en mínima proporción aparecen adolescentes cuya cobertura en salud es proporcionada por regímenes de excepción y especiales. Esta información indica que las adolescentes embarazadas proceden en su mayoría de contextos socioeconómicos subsidiados por el Estado en materia de salud.

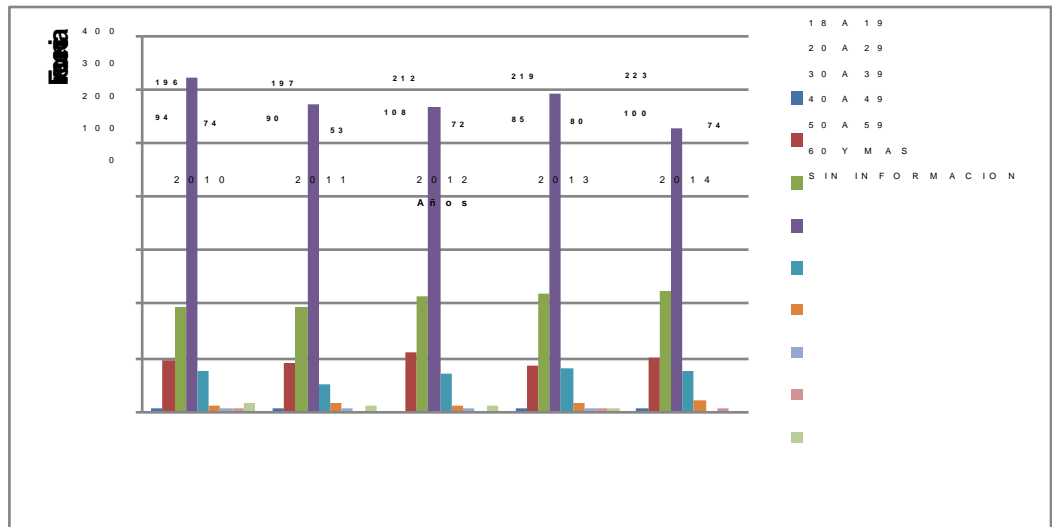


Figura 16. Edad del Padre de gestantes adolescentes de 10 19 años. Popayán 2010-2014.

Fuente RUA F - DANE 2010-2014

En conjunto se puede observar que el rango de edad 20-29 años predomina significativamente sobre los demás rangos considerados. Le sigue el rango 18 a 19 años, representando una proporción de dos a cinco respecto al rango anterior. En tercer lugar está el rango de 15 a 17 años, con una proporción de 1 a cinco con relación al primer rango. En cuarto lugar está el rango de 30 a 39 años, con una proporción cercana de 1 a cinco en relación al primer rango.

Esta información muestra que las adolescentes embarazadas han optado en su mayoría por alguien que está en condiciones de proveer algún dinero a lo largo de la relación sentimental o genera cierta expectativa de responsabilidad para asumir el evento de un embarazo no deseado (20-29 y 30-39 años), cosa que no siempre se cumple, dada la alta proporción de mujeres que se declaran solteras o viven en uniones de hecho, con respecto a las que aseguran tener una relación estable vía matrimonial (Ver Tabla 10)

Los grupos de menor edad están conformados básicamente por compañeros, vecinos o conocidos aun estudiantes, por lo tanto, las expectativas de estabilidad emocional y económica para la madre y el niño(a) son más remotas.

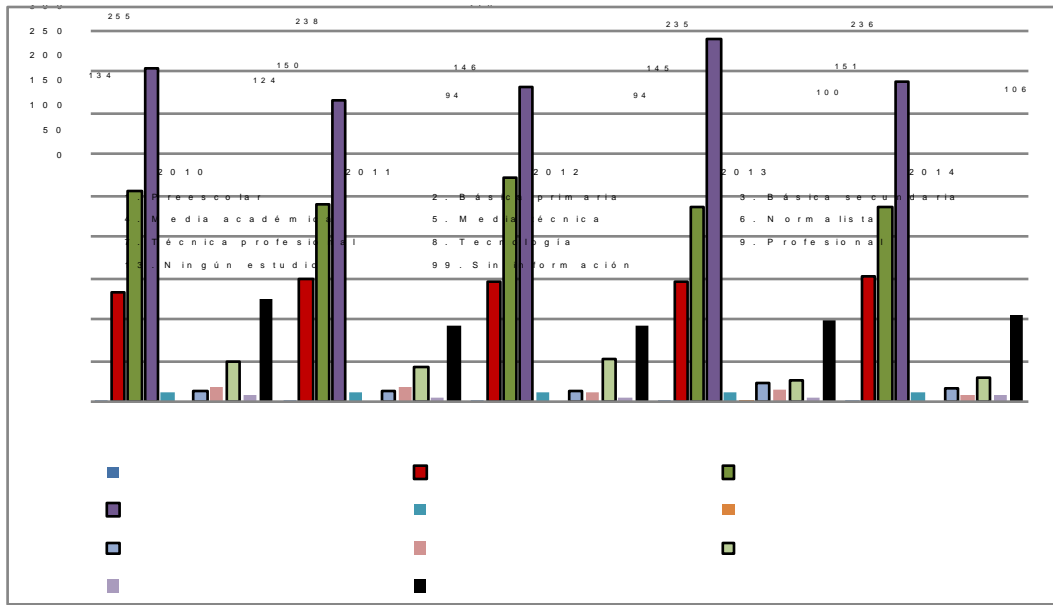


Figura 17. Nivel Académico de la Pareja de la gestante adolescente de 10 a 19 años. Popayán 2010-2014

Fuente RUAF - DANE 2010-2014

En la Figura 17 se observa que predominan los sujetos con solo un nivel educativo de media académica a lo largo de todo el periodo 2010-2014, es decir, son personas como lo registró la Figura 16 en su mayoría con edades entre 20-29 años, bajo perfil laboral y procedentes lo más probable de contextos socioeconómicos similares a los de la mayoría de las adolescentes gestantes.

Les siguen en número, los que se encuentran o han alcanzado básica secundaria y en tercer lugar quienes solo lograron terminar básica primaria. En cuarto lugar por el número de integrantes, están quienes no proporcionan información acerca de su nivel educativo.

Resulta evidente, que los padres de los hijos de las madres adolescentes, no estaban preparados para co-asumir con su pareja la responsabilidad de la crianza de un nuevo ser, por lo tanto, las familias respectivas deben intervenir para hacerse cargo o asumir la mayor parte de los gastos y responsabilidades de esta situación no planificada. Este tipo de intervención familiar suele hasta cierto punto atenuar temporalmente los impactos socioeconómicos y afectivos involucrados.



### 9.3 ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

**9.3.1 Estrategias internacionales.** A continuación se presenta una síntesis de diferentes estrategias adoptadas por organizaciones nacionales públicas y privadas de otros países así como de algunas internacionales que hacen presencia de manera global en diferentes lugares del mundo, apoyando a los gobiernos en la prevención del embarazo en adolescentes entre 10 a 19 años.

Las consecuencias de un embarazo temprano son muy costosas para las familias, para la sociedad y para el desarrollo nacional, propicia el aumento de las tasas de mortalidad materna e infantil, aumenta los costos para el sistema de salud y seguridad social, reduce las posibilidades de erradicar la pobreza, disminuye el capital humano calificado y limita las oportunidades de desarrollo personal de las madres y de los hijos, entre muchas otras.

A nivel Universal ya son muchos los actores, entidades, medios, instituciones de orden público y privado que le están apostando a esta problemática y que nos arrojan mucha información sobre los determinantes sociales, alternativas, acciones y programas para adolescentes que impacten en este indicador y funcionen continuamente. Existen ejemplos de programas exitosos en el mundo entero.

#### **Estados Unidos**

En este país, la tasa de embarazo adolescente se redujo en un 28%: de alrededor de 120 embarazos por cada 1000 adolescentes en 1991, se pasó a aproximadamente 80 por cada 1000 en el año 2000. Las investigaciones demuestran que los cambios en los comportamientos de riesgo de la población adolescente que propician el aumento tanto de la abstinencia como del uso de anticonceptivos, han contribuido a la reducción de la tasa, y que tres cuartos de esta reducción se deben al uso de anticonceptivos altamente efectivos.

#### **Save of Children Found Strategy**

Hasta el año 2014, el Fondo Mundial Save of Children, ha desarrollado 21 programas exitosos de Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes (ASRH), como parte de sus campañas en todo el mundo.<sup>33</sup> Reconocen que las adolescentes entre 15 y 19 años de edad representan aproximadamente la quinta parte de todas las niñas y mujeres en edad reproductiva del mundo, de allí la importancia del fenómeno de embarazo en esas edades. El éxito estuvo representado por la respuesta positiva de las adolescentes a las siguientes actividades: Los 21 programas ofrecieron educación de salud general y diversos grados de educación sobre VIH, sexualidad y fertilidad. Catorce programas ofrecieron capacitación en aptitudes personales, seis ofrecieron capacitación vocacional y apoyo de subsistencia, y 12 ofrecieron iniciativas para facultar a los jóvenes. Siete programas se orientaron hacia las madres jóvenes y nueve de ellos abordaron la prevención del sexo transaccional, donde las mujeres adolescentes aprendieron a decidir cuándo tener relaciones sexuales y las opciones de vida que tenían con un embarazo no deseado.

### **España y países europeos**

“Por el amor contra el adoctrinamiento sexual” fue una de las campañas que en España el Instituto Valenciano de Fertilidad, Sexualidad y Relaciones Familiares (IVAF), lanzó con el fin de suplir las carencias formativas que a menudo presentaban las familias, profesores y alumnos en materia de educación sexual. Una de las ideas básicas de la iniciativa era enseñar a los alumnos a pensar con sentido crítico sobre los contenidos que difunden los medios de comunicación.

Las claves del éxito de las estrategias de prevención primaria, consistieron en utilizar: El marketing social en la promoción de la salud sexual en la adolescencia, las actividades grupales de educación y desarrollo de habilidades desde el ámbito

---

<sup>33</sup> Save of Children Found / INFPA. Programas de salud sexual y reproductiva para adolescentes en entornos humanitarios. Diciembre 2012. Disponible en: [http://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/ASRH\\_good\\_practice\\_documentation\\_1-25-2013\\_SPANISH\\_FINAL\\_4\\_logos.pdf](http://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/ASRH_good_practice_documentation_1-25-2013_SPANISH_FINAL_4_logos.pdf)

escolar y comunitario, el asesoramiento individualizado desde de los servicios de salud o la mejora de la accesibilidad a los métodos anticonceptivos y de protección.

Los resultados a la fecha han mostrado:

- "A nivel general, las prácticas de riesgo sexual están fuertemente asociadas a circunstancias de desventaja social.
- La cultura sexual familiar y de la sociedad, inciden mucho en las prácticas sexuales de los adolescentes.
- Los mejores resultados en la prevención del embarazo se han obtenido en poblaciones con mayores niveles educativos en materia de conocimiento de la fisiología del cuerpo en relación con la propia sexualidad.
- Conocimiento de los métodos de protección en sus primeras relaciones y el desarrollo de mejores habilidades para la negociación de sexo seguro, por parte de las menores de edad". (Estrategias españolas de prevención del embarazo en adolescentes)

#### **Chile:**

En este país los médicos José Jara Rascón y Esmeralda Alonso, del Ministerio de Salud de Chile, encontraron que las tres estrategias más utilizadas para las campañas realizadas en los ámbitos escolares e institucionales, son: Abstinencia para los jóvenes sin pareja, fidelidad para las parejas y, cuando lo anterior no es posible, preservativo para reducir el riesgo.

#### **México - Guanajuato:**

Estrategia "Piénsalo Bien": En la actualidad se sabe que al menos el 50 por ciento de los adolescentes menores de 18 años sostienen relaciones sexuales, lo que hace más propicio que se den embarazos no deseados a temprana edad, de ahí nace la idea de implementar el programa: "BEBES PIÉNSALO BIEN" que tiene como objetivo reorientar los programas de: educación sexual y prevención de embarazos prematuros Prevención de Embarazos Prematuros

En el 2011 se adquirieron por parte de SSG 71 bebés virtuales y 40 simuladores de embarazo, esto con la finalidad de fortalecer la capacitación en los Grupos de Adolescentes Promotores de Salud (GAPS), y dar la oportunidad a los adolescentes de experiencia realista y concreta sobre paternidad responsable ya que les permite explorar las consecuencias físicas, sociales, emocionales y económicas en todo su entorno.

La Secretaría de Salud promueve este programa para que los jóvenes tengan una mejor información en temas de salud, además de prevenir embarazos en las adolescentes. Guanajuato, Gto. Del 2011 al 2014 se registró una disminución de 674 casos de embarazos en adolescentes entre los 10 y 19 años de edad, según cifras de la Secretaría de Salud de Guanajuato luego de estar entre los cinco primeros lugares a nivel nacional por el número de embarazos de adolescentes.

En el 2011 el sector salud detectó 19 mil 305 embarazos, mientras que el 2014 cerró con 18 mil 631, cifras que, de acuerdo con la Secretaría de Salud, colocan a Guanajuato por debajo de la media nacional en embarazos de adolescentes. En 2012, se reportaron en SSG 19 mil 505 eventos obstétricos en adolescentes y en 2013, 19 mil 711 eventos obstétricos. Actualmente existen 49 mil usuarios activos adolescentes de algún método de Planificación Familiar.

Dentro del Programa de Salud Reproductiva contempla a los adolescentes como población prioritaria ofreciéndole el Servicio de Planificación Familiar, esto con el fin de que los jóvenes se acerquen a las unidades médicas y sean orientados para que hagan uso de sexualidad de manera responsable e informada disfrutando de su salud sexual con responsabilidad.

Ofertando los métodos anticonceptivos que pueden ser utilizados por los jóvenes para evitar embarazos no planeados además de prevenir enfermedades de transmisión sexual tales como son: los condones, Inyectables Mensual y

Bimensual, Dispositivo Intrauterino ("T" de Cobre, medicado y para mujeres que no han tenido hijos, Hormonal Oral, Parches, Implante Subdérmico y Anticoncepción de Emergencia.

Los métodos utilizados por los adolescentes en las unidades de la Secretaría al mes de mayo 2015 son: 2 mil 640 hormonal oral, 2 mil 711 inyección, 7 mil 950 inyección bimensual, 10 mil 451 implante, 9 mil 69 DIU, 260 OTB, 12 mil 597 condón, 874 parche, 2 mil 339 DIU medicado y 328 usuarios de otro tipo de método. Actualmente se tiene un 98.62 por ciento de aceptación de métodos de planificación familiar después de la atención del parto, aborto o cesárea en los adolescentes.

Además en la Secretaría de Salud, según se informa en un comunicado de prensa, se ha fortalecido la atención de los adolescentes, mediante la conformación de 57 módulos de Servicios Amigables en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes con personal altamente capacitado, módulos donde se brindan servicios de consulta médica integral, consulta psicológica, consejería sobre salud sexual y reproductiva, planificación familiar y referencia a servicios de salud especializados. Dicha estrategia se ha consolidado con la participación de personal exclusivo en las unidades médicas con mayor complejidad sumándose a esta estrategia 10 médicos, 20 psicólogos, 112 promotores de salud y 52 trabajadoras sociales.

Con la finalidad de fortalecer la acción comunitaria se han formado 819 promotores juveniles en salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Y con el objetivo de fomentar entre los jóvenes una sana convivencia y cambios de conducta a favor de su desarrollo integral, la Secretaría de Salud del estado de Guanajuato impulsa el programa de Grupos Adolescentes Promotores de Salud.

**Perú - Piura:**

Gracias a la instalación del Centro de Formación para el Desarrollo Integral de Adolescentes (Cefodia) en 16 distritos de la región Piura, el embarazo adolescente ha experimentado una reducción de 5.1 por ciento en lo que va del presente año con relación a igual periodo del 2014, se destaca: Según datos proporcionados por la Dirección Regional de Salud (Diresa) Piura, durante el 2013, Piura registraba 14.6 por ciento de casos de embarazo adolescente y durante este año se ha reducido a un 9.5 por ciento.

Frente a esto, la Gerencia Regional de Desarrollo Social del Gobierno Regional Piura (GRP), junto con el Consejo Regional de la Mujer (Corem), generaron este programa que permitirá que las preocupaciones y experiencias de las mujeres, al igual de los hombres, sean parte integrante en la elaboración, control y evaluación de las políticas y programas en la esfera política, económica y social, las prioridades a trabajar en la estrategia es reducir la mortalidad materna, la incidencia del embarazo adolescente, la violencia contra la mujer, mejorar el acceso a servicios educativos y los niveles de inserción laboral de mujeres al mercado laboral.

Asimismo, detalló que también contempla la disminución de la tasa de analfabetismo de las mujeres, optimizar la participación de las mujeres en el acceso a la propiedad y manejo de los recursos naturales, mejorar la igualdad de género en la participación ciudadana y política en el desarrollo local y regional.

## **Ecuador**

"Plan Familia Ecuador" que reemplaza a la desaparecida Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención de Embarazos en Adolescentes (Enipla). En el plan se incluye la promoción de la abstinencia como alternativa para prevenir los embarazos adolescentes. Con esta medida, Correa considera que los adolescentes tendrán todas las opciones para decidir sobre su sexualidad.

El Objetivo: brindar educación y asesoría en afectividad y sexualidad tomando como punto de partida a la familia y el desarrollo de todas las dimensiones de la persona". Para esto, se educará en "valores, afectividad y sexualidad con enfoque de familia" a 1,2 millones de adolescentes en el país (el 74% del total) y 1,7 millones de niños (el 71% del total). También se implementará "asesoría en salud sexual y reproductiva", a través de la "promoción de actividades de voluntariado y emprendimiento", dirigido a 500.000 jóvenes. Se creará la "escuela para padres", que llegará a 840.000 familias (20% del total en el país).

#### **Salvador:**

Estrategia: Juventudes + Derechos + Salud + Logros: Buenas Prácticas en la Construcción de Habilidades para la Vida con Jóvenes y Adolescentes, modelo que tiene un énfasis en Servicios de Salud Amigables.

#### **República Dominicana**

A partir de marzo de 2011, se puso en ejecución el programa: "*Prevención del Embarazo en Adolescentes, con Perspectiva de Género y Enfoque de Derechos Humanos: Hacia una Política Nacional*". A partir de ese punto se constituyó el Comité Técnico Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en la Adolescencia, encargado de diseñar las estrategias y realizar su seguimiento, control y evaluación. Las causas estructurales consideradas sobre las cuales se basan las estrategias son: a) Las reticencias institucionales (familiar y social) respecto de la sexualidad adolescente premarital; b) La falta de oportunidades educativas, laborales y de proyecto de vida autónomo para las adolescentes (en particular las pobres); c) Una cultura "*familista*" que, a través de diversos mecanismos, amortigua los costos socioeconómicos y culturales de la reproducción temprana. Como fundamentos de la estrategia se tiene:

a) Hasta ahora no existe evidencia respecto que algún programa basado en la abstinencia, retrase el inicio de la actividad sexual, acelere el retorno a la abstinencia o reduzca el número de parejas sexuales.

b) Se requiere que la comunidad envíe mensajes claros y consistentes respecto de lo que se espera como comportamiento sexual apropiado

c) Uno de los programas más integrales e intersectoriales (Educación Sexual, Atención Clínica y eventos comunitarios), es el que ha mostrado hasta ahora, más y mejores resultados en términos de disminuir los embarazos.

**Líneas estratégicas a seguir:**

- "Fortalecimiento del marco legal y de políticas públicas en materia de desarrollo de adolescentes
- Promoción de la educación sexual, los derechos sexuales y los derechos reproductivos
- Ampliación de la cobertura de servicios de salud amigables y de calidad para adolescentes
- Promoción del empoderamiento de su sexualidad por parte de las y los adolescentes.
- Desarrollo de sistemas de información y estadísticas sobre salud sexual y salud reproductiva de adolescentes
- Fomento de la participación y organización de los y las adolescentes
- Fortalecimiento de las alianzas estratégicas y la colaboración intersectorial."

(República Dominicana 2011-2014).

**Honduras**

Programa de la Primera Dama "Piénsalo Bien", con el apoyo logístico, financiero y coordinación de la agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo (USAID). Su finalidad es responder a la situación de haber identificado que una de cada cuatro mujeres entre 15 a 19 años ha estado alguna vez embarazada. También que un 45% de las adolescentes sin educación han estado embarazadas, frente a un 0.9% de las que están en educación superior. El Gobierno trabaja sobre cinco estrategias: a) intervenir en la educación, b) asegurar el derecho a la educación integral para la sexualidad, c) participar a los hombres de las soluciones,



d) empoderar a las adolescentes y e) garantizar los servicios de salud para la prevención de embarazo.

### **Países Andinos**

En el estudio liderado por el Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas (UNFPA) entre 2001-2010,<sup>34</sup> encontraron que en siete países latinoamericanos (Bolivia, Colombia, República Dominicana, Guyana, Honduras, Nicaragua y Perú), 19.5 por 1.000, era el indicador promedio del número de adolescentes del rango 15-19 años que habían estado embarazadas en el periodo 2001-2010, con variaciones entre 13.5% y el 25.0%. En este rango de edades de las adolescentes, 50% no tenía educación, el 59% vivía en zonas rurales, el 61% vivía sin adultos en el hogar y el 60% vivía en la pobreza. Por su parte, para América del Sur este indicador llega a 74 por 1.000, con un rango entre 55 y 90 por 1.000 para los países andinos, de acuerdo al informe del Estado de la Población Mundial (UNFPA, 2010). Ante esta situación que persiste en el último balance de la UNFPA en 2012, este organismo recomienda, entre otras, las siguientes estrategias institucionales a cargo de los estados suramericanos que apoyan decididamente su intervención en esta problemática del embarazo en adolescentes: Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú Y Venezuela:

Mantener la prioridad de la prevención del embarazo adolescente y la salud sexual y reproductiva dentro de las agendas públicas de desarrollo social de la subregión.

Manejar las barreras que aún persisten en los países, especialmente las vinculadas al acceso de adolescentes y jóvenes a la educación sexual, servicios de anticoncepción y salud sexual y reproductiva.

Fortalecer el trabajo con adolescentes indígenas y otras poblaciones que viven en condiciones de exclusión.

---

<sup>34</sup> Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas. Estudio de la situación de adolescentes embarazadas en siete países latinoamericanos mediante encuestas de población entre 2005-2012. New York. Disponible en sitio web:

Continuar fortaleciendo las políticas públicas dirigidas a las y los adolescentes, promoviendo el ejercicio de los derechos y la salud sexual y reproductiva, así como la igualdad de género.

Enfocarse en las y los adolescentes menores de 15 años, mejorando la información existente, para responder a sus necesidades de manera oportuna y aplicar todas las medidas efectivas para prevenir el embarazo.

**9.3.2 Estrategias nacionales.** Colombia se ha caracterizado por adoptar rápidamente estrategias desarrolladas en otros países o por organismos internacionales que lideran este tipo de actividades, siendo el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF el líder de estos procesos y de irradiarlos a las entidades de salud Municipales y Departamentales.

En Colombia en la década de los sesenta, las corrientes internacionales que fomentaban el control de la natalidad influyeron en las temáticas tratadas ocasionalmente en la escuela, como en las cátedras de Ciencias Naturales y Salud o de Comportamiento y Salud. Pero fue hasta la década de los noventa, con la Constitución de 1991 que se marcó un hito en la educación sexual, toda vez que contemplaba los Derechos Sexuales y Reproductivos (DHSR), tanto en los derechos fundamentales como en los sociales, económicos y culturales (DESC). Así, muchos de los derechos sexuales y reproductivos, propuestos por la Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo, celebrada en el Cairo /94, fueron incluidos explícitamente en la Constitución Política colombiana. Como lo expresa un documento de trabajo elaborado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), las ideas de la Conferencia Internacional de 1994 representaron un importante avance. Plantearon que la cobertura y la calidad de los servicios de salud para mejorar los niveles de salud reproductiva debían complementarse con procesos educativos en los que las personas pudieran apropiarse de conocimientos, habilidades, actitudes y valores, que aseguraran el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

### **A nivel nacional por el Ministerio de Salud y Protección Social**

En el 2010, realizó el Ministerio de Protección Social en cooperación con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), del Ministerio de Educación Nacional y de la Consejería Presidencial de Programas Especiales, un encuentro para dar a conocer la nueva campaña nacional “Derecho a una sexualidad con sentido” que tuvo como estrategia reconocer los derechos sexuales y reproductivos en la vida cotidiana del ser humano para que pudiese tomar decisiones, conociera y accediera a los servicios a los que tiene derecho. En esta campaña se hizo hincapié en la sexualidad como legítima, consentida, deseada y sin ningún tipo de presión, buscando que la sexualidad fuese felicidad y bienestar y no, riesgo y miedo.

### **CONPES 147 de 2012.**

Es un documento de política social en donde se establecen unos lineamientos específicos para la prevención del embarazo adolescente, “Los lineamientos tienen como finalidad orientar el diseño de una estrategia que haga énfasis en los proyectos de vida de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes desde los 6 hasta los 19 años, la permanencia escolar y la culminación del ciclo educativo, y el logro de familias funcionales, trascendiendo los enfoques biológicos y de riesgo planteados hasta el momento en algunas instituciones y proyectos, y reconociendo las diferencias culturales, regionales, y poblacionales”.

El CONPES 147 fue creado por la necesidad de impactar a adolescentes y jóvenes a través de cuatro acciones intersectoriales:

Fortalecimiento Intersectorial

Desarrollo Humano y Proyecto de Vida

Servicios en Salud Sexual y Reproductiva

Monitoreo y Gestión del Conocimiento

**Generación + Más:** La estrategia nacional tiene un eje central: trabajar con los jóvenes, hombres y mujeres, para ayudarlos a tomar decisiones saludables y responsables? Cómo promover sus derechos, especialmente la igualdad de género, el derecho a la educación, el derecho a la salud, y el acceso a la información sobre salud y servicios sexuales y reproductivos. Esta es una responsabilidad que debe ser compartida por la sociedad en su conjunto. La campaña nacional busca abrir el camino a la inversión en programas de salud reproductiva accesibles a los jóvenes, iniciando un diálogo positivo entre adolescentes, maestros, padres, madres, proveedores de servicios, encargados de las políticas y miembros de la comunidad en todo el país. Es el primer paso en la dirección correcta; el segundo es garantizar los recursos necesarios para implementar estos programas.

Generación + Más va mucho más allá de impulsar campañas que promueven el uso de anticonceptivos, esta iniciativa busca fomentar entre los y las jóvenes decisiones autónomas, pero conscientes, basadas en el respeto, la autoestima y la proyección personal. Por tal razón el gobierno inicia un proceso de capacitación de jóvenes, con el objetivo de que ellos repliquen el mensaje y asuman sus derechos frente a la sexualidad con responsabilidad para prevenir embarazos adolescentes y enfermedades de transmisión sexual. Los tres pilares de Generación + Más son:

**a) Serie de televisión "REVELADOS":** Edu-entretenimiento: Herramienta audiovisual que busca acompañar los procesos de educación sexual y reproductiva, tanto en la televisión abierta como en el aula, con el que se espera que grupos de adolescentes, jóvenes, padres, madres y docentes, puedan identificar y analizar críticamente las características y situaciones de índole personal, familiar, escolar, comunitaria y sociocultural que facilitan u obstaculizan el ejercicio de los Derechos Humanos Sexuales y Reproductivos (DHSR).

**b) "Por miyo decidido":** Esta campaña está orientada a prevenir el embarazo en adolescentes evidenciando la importancia del proyecto de vida para que las y los

jóvenes y adolescentes estén más informados y tomen decisiones responsables. A través de diversas acciones y piezas comunicativas como cuñas, comerciales de televisión y la página web [www.pormiyodecidedo.com](http://www.pormiyodecidedo.com), se busca transformar imaginarios sobre las normas sociales y culturales vigentes que promueven el embarazo a temprana edad y como único proyecto de vida.

**c) Iniciativas Juveniles:** Esta estrategia financiará hasta 620 iniciativas juveniles de 192 municipios priorizados, de 30 departamentos del país. Las iniciativas de cada grupo de jóvenes seleccionado recibirán 8 millones de pesos representados en computadores, instrumentos musicales, equipos de sonido, implementos deportivos, etc.

**Bogotá:**

La estrategia educativa “Que tu primer amor sea el propio”, permitió lograr, a paso lento pero seguro, una disminución significativa en el número de embarazos en adolescentes que se encuentran entre los 15 y 19 años de edad, así como en niñas entre los 10 y 14 años. Los casos de embarazos en adolescentes pasaron de 20 mil 837 en el año 2008 a 14 mil 9 en el 2010, es decir, que en el promedio se contaron 6 mil 828 embarazos menos en menores. No obstante no se pudo establecer si la estrategia siguió operando o fue reemplazada o simplemente desaparición.

**Cartagena:**

El programa “Ahora Sí, Salud en el Colegio”: realiza visitas a las instituciones para brindar charlas de sensibilización tanto a niños, niñas y adolescentes como a padres de familia sobre la importancia de las buenas relaciones y la comunicación entre ellos, especialmente la promoción de valores, además de los servicios de salud. En Cartagena hay preocupación porque también crecen los casos de niñas embarazadas entre los 10 y 14 años. En el 2013 en este rango de edad se presentaron 151 casos de niñas embarazadas y en el 2014 fue de 134

**Medellín:**

Estrategia "Sol y Luna" de Metrosalud como experiencia exitosa durante Reunión de Países Andinos sobre prevención de Embarazo Adolescente. "Sol y Luna", es una política de ciudad que ha resultado determinante para la disminución de embarazo adolescente en Medellín, la estrategia inició en 2007 con sólo 10 consultorios. Hoy son 33 centros "Sol y Luna", situados en sedes de Metrosalud en toda la ciudad. Los centros "Sol y Luna" son sedes especializadas en la atención integral de la población adolescente de Medellín. En estos espacios se desarrollan actividades de promoción en diferentes campos de la salud y de orientación que favorezcan la práctica de una adecuada sexualidad.

Estos consultorios de referencia cumplen una doble función: orientar y educar a los adolescentes en diversos temas. Allí, profesionales debidamente capacitados, pero sobre todo confiables y amigables, atienden las inquietudes que habitualmente plantea la población joven de Medellín. La dinámica de los centros "Sol y Luna" está conformada por un trabajo de equipo articulado, donde hacen presencia fundamentalmente las enfermeras, pero que cuenta con la activa participación de médicos, trabajadoras sociales, sicólogas y demás profesionales de la salud que integran la Red Pública de Metrosalud.

Aunque la estrategia hace parte de una política integral de ciudad, liderada desde la Administración Municipal, es la ESE Metrosalud la que finalmente se encarga de su operación y ejecución de las distintas acciones de promoción y prevención, dirigidas a la población adolescente pobre y vulnerable de Medellín. Esta ciudad ha logrado impactar un indicador con base a la persistencia de una política pública que está instaurada desde 2007 en la ciudad. A lo largo de estos cinco años de presencia se han logrado resultados significativos en la disminución del embarazo adolescente entre los 10 y los 19 años. Las cifras de reducción de este fenómeno en la ciudad son reveladoras: entre 2007 y 2008 se presentaron en

Medellín 474 casos menos de embarazo adolescente. En el período 2008 y 2009 se disminuyó a 494 reportes y en el último año, de 2009 a 2010, se evitaron 344 embarazos adolescentes en toda la ciudad.

“Sol y Luna” es un programa que arrancó en 2007 con una visibilización del embarazo adolescente como un problema social serio y prevenible, que incluía sólo 10 puntos de atención durante la administración, en estos momentos la estrategia cuenta con 33 consultorios en la ciudad, todos situados estratégicamente en los centros de salud y unidades hospitalarias de la ESE Metrosalud en cada una de las comunas y corregimientos de Medellín.

#### **Cali:**

Servicios Amigables para Jóvenes, estrategia que ayuda a cerrarles el paso a ETS y embarazos: El año pasado en Cali, de 192.421 niñas y adolescentes entre los 10 y los 19 años un 2,7 por ciento, es decir, 5.137 de ellas, quedaron embarazadas. Una cifra que no deja de preocupar a las autoridades de salud, pero que evidencia una leve reducción con respecto al año anterior (2012) cuando de 193.657 niñas un 3,5 por ciento, es decir 6.781 resultaron embarazadas. “Son servicios diseñados desde 2008 porque estos grupos de población no tenían ninguna consideración desde el punto de vista de salud. Allí (en los SAJ) integralmente lo que se les presta es un servicio de apoyo psicológico, educación salud sexual y reproductiva y atención médica”.

Estos Servicios Amigables hacen parte de la estrategia que, desde el 2008, viene implementando Cali para prevenir el embarazo en adolescentes y la prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Tabla 2. Estrategias para intervenir la problemática del embarazo en adolescentes en ciudades similares a Popayán.

Neiva	Pasto	Armenia (PP)	Manizales	Pereira
Articulación con el sector educativo en la educación para la sexualidad y construcción de la ciudadanía (PEI, proyectos transversales)	Servicios Amigables para jóvenes con énfasis en consejería y oferta anticonceptivos de emergencia y métodos modernos de planificación en las instituciones de salud	Constituyeron y fortalecieron las redes sociales de salud sexual y reproductiva Articulación con el sector educativo en la educación para la sexualidad y construcción de la ciudadanía (PEI, proyectos transversales)	Servicios Amigables para jóvenes con énfasis en consejería y oferta anticonceptivos de emergencia y métodos modernos de planificación en las instituciones de salud.	Asistencia técnica a las IPS y EPS en Servicios Amigables para jóvenes con énfasis en consejería y oferta anticonceptivos de emergencia y métodos modernos de planificación en las instituciones de salud
Modelo de atención en salud familiar integral, articulado con el Plan de SSR Promover la utilización de métodos anticonceptivos modernos, mediante la demanda inducida efectiva hacia los programas institucionales,	Articulación con el sector educativo en la educación para la sexualidad y construcción de la ciudadanía (PEI, proyectos transversales) Campaña comunicacional "D & D" construida con los adolescentes y jóvenes, significa Diálogo y Derechos Comité Intersectorial Municipal de Prevención de Embarazos en Adolescentes, CIMPEA	Fortalecimiento de las habilidades y competencias de la familia frente a los derechos sexuales y reproductivos Promoción y prevención Líneas de acción: Jóvenes protagonistas de su desarrollo (autoestima - proyecto de vida), Prevención en farmacodependencia en población, Responsabilidad en Salud sexual y reproductiva, Hábitos saludables	Estrategias educativas - materiales Visitas de asistencia técnica a universidades e institutos técnicos Talleres	Articulación con el sector educativo en la educación para la sexualidad y construcción de la ciudadanía (PEI, proyectos transversales) Veeduría juvenil: grupo constituido mediante acto administrativo para la vigilancia, seguimiento y control de los Servicios Amigables para jóvenes
Capacitación comunitaria; y eliminación de barreras de acceso en los servicios de salud		Atención a la salud de la población juvenil: Acceso y cobertura en el servicio de salud, Atención integral en salud (Apoyo psicosocial) Celebración del día de la prevención de embarazos para adolescentes Participación de jóvenes en la red virtual de Facebook y H15 para la discusión de temas de SSR		"Vivimos la Sexualidad con Sentido", con perspectiva de jóvenes para jóvenes, busca el trabajo de pares para llegar a los compañeros, docentes y padres de familia, promocionando prácticas que favorezcan la SSR
Formular el Plan de salud Territorial, en la prioridad de salud sexual y reproductiva				

Fuente. Secretarías de Salud Municipales.



**9.3.3 Otras estrategias lideradas por jóvenes en Colombia para la Prevención del Embarazo Adolescente.** Aplicando las directrices del Documento CONPES 147 de 2012 y como parte del Programa Presidencial “Colombia Joven”, en diferentes ciudades del país, grupos de adolescentes han llevado a cabo actividades entre 2012 y 2014, en las cuales se hace énfasis en la importancia que tiene para adolescentes y jóvenes escolarizados o no, apropiarse de los valores contenidos en los programas de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR), promovidos en las instituciones educativas y por parte de las seccionales municipales y departamentales de Salud Pública.

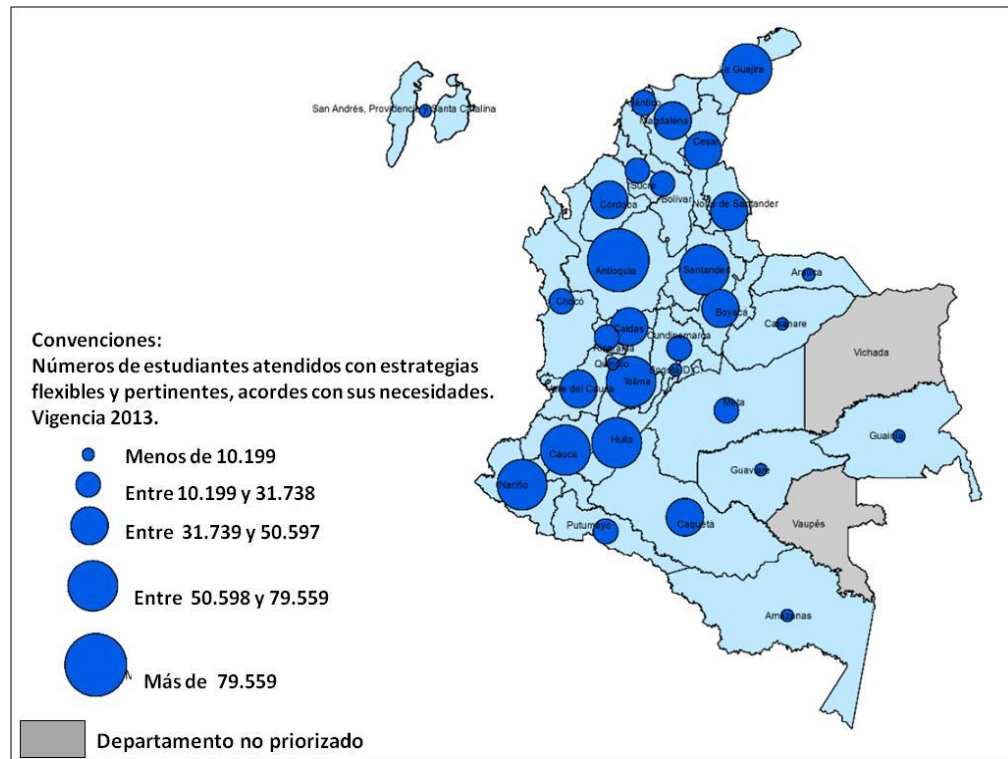


Figura 18. Regiones colombianas hacia donde se han dirigido los recursos promovidos por el CONPES 147 de 2012.

Fuente. CONPES 147 de 2012. Ministerio de Educación MEN. 2013.

En tal sentido a continuación se relacionan algunas de estas actividades.

**Sexi-Chiva.** A través de recorridos en "Chiva", el transporte típico de la región, jóvenes de Cartago (Valle) promueven los derechos sexuales y reproductivos entre sus pares. El bus está dotado con computadores, Internet y materiales a los que se puede acceder de manera gratuita. La propuesta plantea una estrategia de difusión en la que se lleva la chiva a las zonas rurales y barrios de escasos recursos, para que otros jóvenes tengan la oportunidad de recibir información acerca de sexualidad, derechos y prevención del embarazo adolescente, entre otros temas. Vocero: Sebastián Herrera Valencia. (Programa Presidencial "Colombia Joven", 2014)

**Alaescena.** Proyecto creado por jóvenes artistas de Chía (Cundinamarca), que quieren compartir su talento con otros jóvenes y a la vez crear espacios de promoción de los derechos sexuales y reproductivos. A través del circo, el teatro, la música y las artes plásticas, la iniciativa facilita a jóvenes entre los 12 y 18 años una exploración por medio del arte. Para lograr sus objetivos Alaescena realiza talleres de artes integradas y puestas en escena, entre otras actividades. "Cómo Esquivar el Iceberg" y "Navega tu Sexualidad" son algunos de los espacios que proponen una manera creativa y efectiva de abordar la sexualidad juvenil, el conocimiento del cuerpo, la prevención y el autocuidado. Vocero: Daniel Amaya Maldonado. (Programa Presidencial "Colombia Joven", 2014)

**Música por los Derechos.** Por medio de esta iniciativa, la Red de Músicos Independientes de La Ceja (Antioquia) realiza conciertos pedagógicos como un mecanismo de promoción de los derechos sexuales y reproductivos de los y las jóvenes del municipio. Acompañados de música, se promueven mensajes positivos de cambio que invitan a los jóvenes a pensar proyectos de vida basados en el arte y la cultura. Los integrantes del grupo son músicos profesionales, interesados en replicar el mensaje a sus pares a través de actividades artísticas que se programan en diferentes espacios de su localidad. Vocero: Cristian Camilo Montoya Delgado. (Programa Presidencial "Colombia Joven", 2014)

**Grupo de Teatro Castillo del Rey.** Bajo la premisa "Conoce el arte, conoce tu cuerpo", este colectivo de Manizales (Caldas) promueve la salud sexual y reproductiva a través de expresiones artísticas dirigidas a los jóvenes. El grupo propone el arte como un espacio de interacción y diálogo sobre los temas que les interesan directamente como la sexualidad responsable y los derechos. El proyecto plantea utilizar diferentes espacios en alianza con las casas de cultura y las instituciones educativas de la ciudad, para llamar la atención de los adolescentes y transmitir el mensaje de una manera diferente a través del arte. Vocera: Marcela Ramírez Álvarez. (Programa Presidencial "Colombia Joven", 2014)

**Fútbol mi Pasión.** Por medio de la pasión que genera el fútbol, este proyecto busca vincular a los adolescentes de Popayán (Cauca), para que conozcan sobre sus derechos sexuales y reproductivos. La iniciativa nació en una búsqueda por contribuir al bienestar de los jóvenes, el aprovechamiento de los espacios y el uso del tiempo libre. Empezó reuniendo jóvenes alrededor de prácticas como "banquitas", una estrategia que fue utilizada para evitar el consumo de sustancias, y promover a través del deporte, el autocuidado y la prevención de embarazos a temprana edad. La convocatoria que se logra a través del fútbol permite además que los jóvenes se ocupen, y alrededor de las prácticas deportivas surjan líderes en la comunidad que generen importantes procesos de cambio. Vocero: Camilo Ernesto Mosquera. (Programa Presidencial "Colombia Joven", 2014)

**Red Hip-Hop Pasto.** A través de la música y expresiones culturales que son programadas los fines de semana en parques y sitios públicos de la ciudad, este grupo busca crear conciencia sobre problemáticas que afectan directamente a la juventud en Nariño como el embarazo en adolescentes, las infecciones de transmisión sexual y el mal uso del tiempo libre. Al captar la atención de un importante grupo de adolescentes Red Hip Hop Pasto involucra en sus actividades temas como los métodos anticonceptivos, los derechos sexuales y reproductivos y las ITS, entre otros, que les permitan el desarrollo de competencias y la toma de

decisiones responsables e informadas frente a su vida y su sexualidad. Vocera: Diana Marcela Meza. (Programa Presidencial "Colombia Joven", 2014)

**Armenia: ¿Cuál es tu mito?**. Por medio de esta obra de teatro preparada por jóvenes de Armenia (Quindío), se trabajan los mitos y tabúes que existen frente a la sexualidad. El grupo promueve los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes de una manera clara, para propiciar espacios de diálogo y brindar información. La obra será presentada en varias instituciones educativas de Armenia y paralelamente se desarrollarán foros y conversatorios dirigidos por profesionales, con la participación de los estudiantes. La elaboración de los libretos está basada en investigación sobre política pública, y las puestas en escena se recrean a partir de situaciones cotidianas e inquietudes de los jóvenes, que han sido recogidas a través de conversaciones y sondeos en las redes sociales. Vocero: David Alejandro Patiño. (Programa Presidencial "Colombia Joven", 2014)

**Nuevo Estilo Dance**. Esta propuesta juvenil está dirigida a jóvenes entre 12 y 17 años de la Comuna 20 de Cali, para que se vinculen por medio de la danza urbana a procesos de sensibilización en temas relacionados con la prevención de la violencia, la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y el respeto a la diversidad. El objetivo principal de la academia es invertir el tiempo libre, crear espacios de prevención, promoción e innovación de propuestas culturales a través de la danza, y llegar a diferentes sectores replicando la propuesta e invitando a participar a toda la comunidad. Vocera: Jissel Tatiana Carbachi. (Programa Presidencial "Colombia Joven", 2014)

**Manos a la Obra - "Ellos, tu y yo, es arte o hacer parte"**. Es el nombre de la obra presentada por un grupo de jóvenes en Villa del Rosario (Norte de Santander) para promover la prevención del embarazo adolescente. A través de una particular familia de títeres, se ponen en escena diversas situaciones que llaman la atención de los adolescentes sobre la manera en que deben ejercer sus

derechos y tomar decisiones responsables, autónomas e informadas frente a la sexualidad. La iniciativa impulsa el desarrollo de proyectos de vida y la toma de decisiones con proyección personal. En el marco del proyecto, los participantes reciben capacitación sobre derechos sexuales y reproductivos y se convierten en multiplicadores del mensaje en su comunidad. Vocera: Jennyfer Paola Salazar. (Programa Presidencial "Colombia Joven", 2014)

**Nuestro Cuerpo Territorio de Paz.** La iniciativa trabaja con niños, niñas y adolescentes de la Comuna Ciudadela del Norte en Manizales (Caldas), a través de actividades lúdicas y recreativas que promueven los derechos sexuales y reproductivos. El proyecto se ha implementado desde hace 7 años con la comunidad para brindar espacios de información adecuada y oportuna que aporte a disminuir los índices de embarazo adolescente que se presentan en la región. En el marco de esta propuesta los participantes reciben charlas sobre autocuidado y métodos anticonceptivos, entre otros temas. También hacen parte de actividades como la elaboración de murales y pasacalles como herramientas de expresión sobre "Nuestro cuerpo territorio de paz". Espacios como colegios, calles, esquinas y parques son intervenidos por las actividades propuestas por el grupo, que ya cuenta con 92 niños, niñas y jóvenes trabajando como agentes de cambio. Vocera: Diana Carolina Castrillón Yepes. (Programa Presidencial "Colombia Joven", 2014)

**Pura Raza.** El Movimiento realiza procesos de interacción con jóvenes de Zipaquirá (Cundinamarca) a través del arte y la cultura Hip-Hop. Involucra a los participantes en actividades lúdicas relacionadas con el grafiti, el dibujo y la música, como espacios de expresión y de aprovechamiento del tiempo libre. Esta iniciativa impulsa la participación ciudadana, los derechos sexuales y reproductivos y el papel de los jóvenes como actores sociales de cambio. Promueve espacios de formación y la realización de campañas visuales en las comunidades, entre otras actividades. Vocero: David Vargas Calvo. (Programa Presidencial "Colombia Joven", 2014)

**Flova Producciones.** A través de producciones audiovisuales, esta iniciativa busca generar conciencia en los adolescentes de Florida (Valle) sobre el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. La productora, que es liderada por jóvenes, tiene además el objetivo de involucrar a los padres de familia para que lleven una mejor relación con sus hijos y hablen con confianza sobre temas como la sexualidad. Flova Producciones realiza comerciales, cortometrajes, campañas sociales y otras propuestas audiovisuales en las que se habla directamente a los jóvenes sobre las problemáticas que más les afectan. Temas como la drogadicción, el uso del condón y la prevención del embarazo adolescente hacen parte de las piezas producidas. Vocero: Daniel González Castro. (Programa Presidencial "Colombia Joven", 2014)

#### **9.4 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS ESTRATEGIAS EXITOSAS**

**9.4.1 Acciones realizadas en las estrategias exitosas.** Según lo que demuestran las diferentes estrategias exitosas investigadas, los programas combinan los siguientes elementos: la reducción de los comportamientos sexuales de riesgo con base en la identificación de los factores de riesgo y de protección; enviando un mensaje claro sobre los riesgos de las relaciones sexuales no protegidas, sobre los métodos para evitarlas y sobre el uso de anticonceptivos y del condón; al mismo tiempo tienen en cuenta las presiones sociales sobre el comportamiento sexual; proporcionan modelos y prácticas de habilidades de comunicación que permitan negociar o rechazar la relación sexual; utilizan métodos y materiales de enseñanza que involucren la participación activa de los adolescentes hombres y mujeres, apropiados a la edad, la experiencia sexual y la cultura de los estudiantes.

La información en las campañas de educación y prevención de embarazos están dirigidas preferentemente a los niños, niñas y adolescentes, como una estrategia coherente para prevenir conductas sexuales riesgosas; sin embargo en ocasiones éstas han estado aisladas de formación de valores y por el contrario se han materializado con un mensaje general, *tener sexo con protección*; por lo que surge la necesidad de crear los contenidos de información según el grupo de edad objetivo.

Los programas de Prevención de Embarazos no son constantes ni tienen un seguimiento previo para medir el alcance de éstos. Por ende las cifras de embarazos no deseados disminuyen temporalmente o siguen en aumento.

Es importante considerar los mecanismos a través de los cuales podemos prevenir las consecuencias de la actividad sexual precoz y no protegidas en adolescentes. Para ello es necesario crear real conciencia sobre la problemática a nivel de la sociedad, con cambios importantes a nivel político para poder implementar eficazmente los programas destinados a producir este cambio. Un pilar fundamental es la denominada "prevención primaria" que se refiere a la promoción de Programas de Educación Sexual a desarrollarse en forma transversal en los establecimientos escolares, contrariamente a los mitos existentes, la educación sexual no fomenta la práctica sexual. El segundo pilar es la "prevención secundaria", que se refiere a la creación y mantención de servicios de salud con atención integral para adolescentes, proporcionando asesoría y consejería en salud Adolescente con énfasis en salud sexual y reproductiva, orientados a la prevención de las principales consecuencias biopsicosociales como son el embarazo no deseado y las ITS/SIDA.

**9.4.2 Aspectos a mejorar en las estrategias exitosas.** Cada campaña de educación y prevención de Embarazo en Adolescente debe ser pensada desde los valores que debe inculcar el hogar y la escuela (respeto, tolerancia, amor, sinceridad, honestidad, responsabilidad, entre otros) y debe estar dirigida a las diferentes edades. Hay que tener presente cuáles son los intereses y necesidades

de la población. En pocas palabras: de la edad depende el contenido y la forma de cada estrategia. Adicionalmente, se debe incluir como principio, la diferenciación de conceptos como sexo y sexualidad, puesto que los niños, las niñas y los jóvenes según sea su edad, piensan, perciben y opinan diferente.

Es necesario que como parte de las estrategias de impacto se promueva el afecto entre padres e hijos, profesores y alumnos donde se expresen tanto el cariño como el amor verbal y físico de manera apropiada según las edades. Lo anterior, para favorecer la capacidad creativa, lúdica e imaginativa de los jóvenes permitiendo en ellos la expresión de sentimientos y el sentido del humor para el desarrollo de sus habilidades sociales. La preparación de las familias para la formación integral de la personalidad es un tema de vital importancia para actuar adecuadamente en aras de la prevención de embarazos en la adolescencia, por lo que se sugiere capacitar a las familias al ofrecerles orientación sobre el adecuado proceso de comunicación como vía para educar desde la prevención.

Resulta clave la generación de Políticas Municipales encaminadas a reducir el embarazo adolescente con énfasis en las edades más jóvenes, donde se promueva la educación sexual desde edades tempranas, a través de información y formación, en sus diferentes medios: formal, informal y de media; todo apoyado de evaluaciones de impacto de las intervenciones con el fin de adecuar y mejorar dichas intervenciones.

Cuando se establezcan las políticas, estrategias o programas estas mantengan la atención diferenciada, para promover y fortalecer los servicios, las acciones de promoción, prevención y los procesos de transformación de las actitudes y los conocimientos asociados a la sexualidad.

Un aspecto fundamental que no debe ser abandonado es la formación de actores clave de los medios de comunicación social para abordar las temáticas de



la sexualidad en la infancia, la niñez, la adolescencia y la juventud con base en evidencia científica de manera que contribuyan al logro de los objetivos de las iniciativas de promoción de los derechos humanos sexuales y reproductivos.

Las Temáticas abordar deben apuntar a retrasar la edad de inicio de la vida sexual, a reducir la frecuencia de las relaciones sexuales, a aumentar el uso correcto y consistente de anticonceptivos y del condón, y a reducir el número de parejas sexuales.

De la misma manera es necesario identificar estrategias de comunicación que permitan construir actitudes desfavorables hacia la iniciación sexual en contextos de asimetría de poder y hacia el embarazo en menores de 14 años.

## 10. CONCLUSIONES

Se pudo establecer que algunas de las estrategias desarrolladas en otros contextos nacionales e internacionales contienen significativos componentes lúdicos que pueden ser sumados a las actividades que lideradas por la Secretaría de Salud Municipal de Popayán desde septiembre de 2012, están influyendo en la reducción de los índices de embarazos en adolescentes, corroborando que los procesos de enseñabilidad y aprendibilidad cuando se sintonizan con la cultura local, van incidiendo en la formación de nuevos hábitos y costumbres en materia de salud sexual y reproductiva, así como en los derechos sexuales y reproductivos de las nuevas generaciones de payaneses, por lo tanto, la Hipótesis General se valida plenamente..

De la misma manera, la Hipótesis H<sub>1</sub>, también se valida, puesto no solo a nivel local sino estudios realizados en el ámbito internacional, comprobaron que las adolescentes entre 10 a 19 años, después de una primera experiencia de embarazo con nacido vivo, al continuar viviendo en el mismo entorno, tiende a reproducir los mismos comportamientos y prácticas de no aplicar el autocuidado y tomar las medidas necesarias para negociar con su pareja las condiciones en que desea tener relaciones íntimas.

Resultó evidente que en aquellos entornos nacionales e internacionales, donde se enfocó el embarazo de adolescentes, como un problema complejo cultural y al mismo tiempo de salud pública, las estrategias aplicadas alcanzaron mayores éxitos que si solo hubiese sido tomada en cuenta una sola perspectiva, puesto que los simples programas educativos sin un estamento oficial que apoye en la atención y seguimiento integral del problema, con los recursos necesarios en infraestructura,

capital humano altamente capacitado y los recursos suficientes para sostener los programas de prevención, los resultados serán solo parciales y de corto alcance. Por lo tanto la Hipótesis H<sub>2</sub> se valida plenamente.

La Hipótesis H<sub>3</sub>, se valida igualmente, puesto que la investigación bibliográfica arrojó diversas alternativas probadas en otros contextos diferentes a Popayán, mostrando una significativa coincidencia en sus objetivos, programas y la metodología aplicada. Adicionalmente, muchos de los programas de prevención de embarazos investigados tienen en común la falta de continuidad, estar sujetos a disponibilidad de recursos y contratación, no realizan mediciones precisas y periódicas; por ende las cifras de embarazos no deseados fluctúan en cada vigencia o siguen en aumento, notándose que la concientización de las nuevas generaciones implica importantes cambios a nivel político para que los programas puedan tener el éxito esperado.

Las cifras analizadas en el municipio de Popayán de los años 2010 al 2014 muestran una disminución leve en el porcentaje de embarazo en adolescentes, sin embargo, éste continúa siendo relevante, se encuentra por encima de la línea nacional que es del 19,5 y los objetivos del milenio que es reducir al 15% .-

Se evidencia una relación entre bajos recursos económicos, bajo nivel de escolaridad y el embarazo adolescente, generándose de esta manera un círculo de pobreza cada vez mayor en el municipio de Popayán.

Las Secretarías de Salud Municipales de los 5 Municipios analizados realizan importantes acciones directas orientadas a jóvenes y adolescentes con el fin de mejorar los indicadores de SSR en cumplimiento de las normas existentes y los Planes de Desarrollo y de Salud Territoriales, conjuntamente con las IPS y EPS, pero también cobran transcendental relevancia los aportes que realizan las

secretaría de educación, gobierno, cultura y deporte para la construcción de ciudadanía, identidad, habilidades para la vida, emprendimiento, liderazgo.

Sin embargo el problema de salud pública continúa siendo un desafío para los sistemas de salud municipales y para la sociedad en general, por los altos costos socioeconómicos, culturales, políticos y legales, entre otros, exigiendo estrategias creativas, innovadoras para continuar interviniendo de manera prioritaria.

Se encontró que ninguno de los 5 Municipios estudiados cuenta con una Política Pública Local para el direccionamiento del componente de Derechos Sexuales y Reproductivos.

Existen dos importantes ejes, la "prevención primaria" como parte de la promoción de programas de Educación Sexual a desarrollarse en forma transversal en los establecimientos escolares; el segundo es la "prevención secundaria", para la creación y mantención de servicios de salud con atención integral para adolescentes, con asesoría y consejería en salud y con énfasis en SSR, orientados a la prevención de las principales consecuencias biopsicosociales.

Cobra gran relevancia la intervención de factores de riesgo de las relaciones sexuales no protegidas, los métodos para evitarlas y sobre el uso de anticonceptivos y del condón; al unísono tienen en cuenta las presiones sociales sobre el comportamiento sexual; proporcionan modelos y prácticas de habilidades de comunicación que permitan negociar o rechazar la relación sexual; utilizan métodos y materiales de enseñanza que involucran la participación activa de los adolescentes hombres y mujeres, apropiados a la edad, la experiencia sexual y la cultura de los estudiantes.

## 11. RECOMENDACIONES

Es necesario contar con la participación activa de los actores interesados (stakeholders) que legitimen y multipliquen el proceso de construcción colectiva con inclusión de componentes educativo, familiar, de diferenciación pluriétnica y multicultural, el uso adecuado de los métodos de planificación familiar, garantizando la atención diferenciada, que promuevan y fortalezcan los servicios de salud, los conocimientos asociados a la sexualidad, con énfasis en las edades tempranas. Para que los adolescentes puedan decidir con autonomía y sin coacción de ningún tipo, cuándo y con quién tener relaciones sexuales, accediendo, sin ningún tipo de barrera, a los métodos anticonceptivos.

Es vital para la puesta en marcha de las políticas y programas liderados por diferentes instituciones, que confluyan recursos de los sectores público, privado y de cooperación internacional para poder garantizar la intervención continua en uno de los principales problemas de salud pública de los países en vía de desarrollo como es el embarazo en adolescentes

Formar actores clave de los medios de comunicación social para abordar las temáticas de la sexualidad en la infancia, la niñez, la adolescencia y la juventud con base en evidencia científica de manera que contribuyan al logro de los objetivos de las iniciativas de promoción de los derechos humanos sexuales y reproductivos.

Desde el punto de vista familiar y escolar, es posible sugerir a estos dos estamentos de socialización que la situación encontrada revela la existencia de falencias en ambos contextos, en el sentido que a las adolescentes entre 10 a 19 años no se les está proporcionando un entorno estable y flexible en materia de

autoconocimiento y ejercicio de la propia sexualidad, donde las referencias a los asuntos sexuales no sean omitidos o discutidos de manera fragmentaria o distorsionada, sino tratados por padres y docentes de forma afectuosa, franca y cierta, un paso más allá de la simple información caudalosa, que por lo excesiva es a veces tomada por las adolescentes como materia sabida.

Por ello, resulta de gran importancia que estos dos agentes de socialización se unan para revertir el riesgo de un embarazo precoz y no deseado, al que están expuestas muchas adolescentes, brindándoles mayores posibilidades de madurar como personas y como mujeres en una estructura psicoafectiva, física y moral, en sus propios hogares y en el medio educativo por igual, antes de asumir el riesgo de un embarazo precoz.

Por otra parte, es indispensable que el Estado a través de las entidades nacionales, Departamentales y Municipales que corresponda, incentivos económicos para aquellas comunas (JAL) e instituciones educativas que demuestren estar trabajando de manera continua en la disminución del fenómeno del embarazo en adolescentes, teniendo en cuenta que estos estímulos pueden adquirir muchas formas de apoyo.

De modo similar, es importante no desatender a quienes desde las aulas están contribuyendo a concientizar a sus estudiantes acerca de una sexualidad responsable y de la construcción de ciudadanía. Este apoyo puede estar representado en horas adicionales remuneradas para desarrollar proyectos transversales sobre estas temáticas e ingreso a programas de capacitación especializados que sean validos para mejorar sus condiciones salariales.

## 12. G L O S A R I O

A continuación se relacionan y explican algunos términos usualmente utilizados en este documento, con base a la recopilación elaborada por la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), Publicado en enero de 2010, en Londres, Inglaterra.

**Aborto.** Terminación del embarazo antes de que el feto sea viable. Esto supone la expulsión prematura desde el útero de los productos de la concepción: feto, membranas fetales y placenta.

**Aborto inducido** Aborto causado voluntariamente (con frecuencia se usa el aborto quirúrgico o médico para inducir el aborto). Sinónimo: interrupción, terminación del embarazo.

**Abstinencia.** Es una decisión consciente para evitar ciertas actividades o comportamientos. Las definiciones de la abstinencia sexual varían. Puede significar la ausencia de contacto sexual o de penetración (oral, anal o vaginal).

**Abuso sexual** Actividad sexual que es dañina o no consensual, o ambas.

**Acoso sexual** Insinuaciones sexuales no deseadas, mediante gestos, lenguaje o tocamiento.

**Adolescencia** Período durante el cual una persona avanza desde la dependencia de adultos a una adultez responsable. La Organización Mundial de la

Salud y la ONU definen la adolescencia como el período evolutivo humano comprendido entre los 10-19 años de edad.

**Amigable para jóvenes** Características de, por ejemplo, políticas, programas, recursos, servicios o actividades que atraen a la gente joven, satisfacen sus necesidades de salud sexual y reproductiva y son aceptables y accesibles para una diversidad de jóvenes.

**Anemia.** Condición en la cual el cuerpo carece de hemoglobina adecuada, comúnmente debido a la deficiencia de hierro o pérdida excesiva de sangre. Como resultado, los tejidos no reciben una cantidad adecuada de oxígeno.

**Anticonceptivos.** Cualquier práctica, método o dispositivo que puede usarse para evitar el embarazo en una mujer sexualmente activa. Los anticonceptivos no son abortivos.

**Aprendizaje.** Proceso mediante el cual los conocimientos y experiencias influyen directamente en cambios en el comportamiento. Tanto el monitoreo como la evaluación serán inefectivas si no conducen al aprendizaje

**Atención primaria a la salud (APS).** Atención esencial a la salud, accesible para todas las personas. Es el primer nivel de contacto de las personas, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud; lleva los servicios de salud tan cerca como sea posible a los hogares y centros de trabajo; y constituye el primer elemento de un proceso continuo de atención a la salud (Con base en la Declaración de Alma Ata, septiembre de 1978).

**Bajo peso al nacer (BPN)** Los infantes que nacen con pesos menores a 2.5 kilogramos (alrededor de 5.5 libras) se clasifican como de bajo peso al nacer. Están



en mayor riesgo de enfermedades o discapacidades a corto y largo plazo. Las madres generalmente están bajas de peso o desnutridas.

**Consejería en sexualidad** Consejería sobre asuntos de sexualidad con el propósito de crear un clima en el cual las y los clientes puedan expresarse por sí mismos y plantear sus preocupaciones con respecto a las relaciones sexuales y la intimidad sin temor a discriminación.

**Derechos reproductivos** *“Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y los medios para ello y el derecho de alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos”.* (Definición de la Organización Mundial de la Salud)

Modelos y enfoques aplicados por el CONPES 147 de 2012 para los procesos de intervención asignados a los programas relacionados con Salud Sexual y Reproductiva (SSR) en Colombia.

**Determinantes próximos:** Características individuales en los que se destacan factores biológicos como el desarrollo puberal y factores del comportamiento como 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.

**Determinantes intermedios:** Se refieren a la familia o el hogar en el que se encuentre el niño, niña o adolescente y en su escuela, entre los que se consideran las condiciones familiares, la existencia de abuso o violencia, la supervisión y el diálogo entre padres o cuidadores y adolescentes, las normas de funcionamiento del hogar, el cuidado por mantener al niño, niña o adolescente y jóvenes en el sistema escolar, la formación de calidad en Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) en la escuela, entre otros.

**Determinantes Distales:** Están relacionados con los ingresos, pobreza, la cobertura y acceso oportuno a servicios públicos, la oportunidad de participar en las decisiones públicas y el ejercicio de la democracia, los legados culturales que trascienden las instituciones, las comunidades, el macro entorno social, las normas sociales sobre la sexualidad, la feminidad, la masculinidad, las relaciones de pareja o la participación de las niñas(os) y adolescentes en los procesos de decisión e identidad social, de la existencia de oportunidades de desarrollo personal y alternativas de vida.

**Modelo ecológico:** Concibe los determinantes desde diferentes niveles. En el primer nivel se encuentran los determinantes del individuo (sexo, edad, etc.); en el segundo nivel los del microsistema (familia, escuela o iglesia); luego aparecen los determinantes del exosistema (amigos de la familia, medios de comunicación, servicios legales o de bienestar social), y en otro nivel, los del macrosistema (por ejemplo, las ideologías inmersas en la cultura).

**Enfoque de Derechos:** Reconoce a los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos y responsables de deberes <sup>15</sup>, y como individuos que ejercen sus derechos, este reconocimiento lleva a implementar acciones que buscan potenciar la autonomía.

**Enfoque de Desarrollo Humano:** énfasis en la libertad del ser humano, la cual permite a la gente conducir su vida de una manera que le resulte significativa. Su objetivo esencial es modificar las condiciones de vida haciendo que aumenten las opciones para que los seres humanos puedan elegir libremente el estilo de vida que quieren llevar.

**Enfoque de resiliencia:** Bajo este concepto se identifican los factores protectores que posibilitan a los adolescentes construir un proyecto de vida propio y luchar por alcanzarlo, de tal manera que decidan quedar –o no- en embarazo, y por lo tanto sus comportamientos, en todos los aspectos de su vida, estarán orientados a mantener esta decisión.

**Enfoque de Capital social:** grado de integración social de un individuo, es decir, su red de contactos sociales. Implica relaciones, expectativas de reciprocidad, comportamientos confiables, que le permiten mejorar su efectividad privada.

**Enfoque diferencial:** apoyo instrumental de la conjugación de distintos aspectos referidos a condiciones propias de las poblaciones como etnia, género, edad, discapacidad, proveniencia, entre otros factores, que ponen de presente la necesidad de abordajes específicos para realidades socioeconómicas particulares, especialmente por la necesidad de focalizar los recursos del Estado hacia sectores poblacionales con mayores carencias y reducidas oportunidades desde el punto de vista económico.

### 13. BIBLIOGRAFÍA

Alcaldía de Popayán. Plan de ordenamiento territorial POT. 2012. Componente socioeconómico.

Alonso Sandoica, Esmeralda & Rascón, José Jara. (26 de marzo de 2008). Ética y eficacia en las campañas de salud sexual. Santiago de Chile. Disponible en la página web. <http://www.aceprensa.com/articles/tica-y-eficacia-en-lascampanas-de-salud-sexual/>

Bernstein, Stan & Hansen, Charlotte Juul. (2006). Opciones públicas, decisiones privadas: Salud sexual y reproductiva y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas. Nueva York. pp, 4-28.

Camacho, Virginia. (junio. 2009). Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. En: Boletín de la Organización Mundial de la Salud Recopilación de artículos. Volumen 87: pp. 405-484. Disponible en el sitio web. <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>

Cámara de Comercio del Cauca. (enero 2015). Concepto sobre la situación socioeconómica del Cauca y Popayán al final de 2014. Popayán. Disponible en el sitio web. [http://www.cccauca.org.co/public/archivos/noticias/concepto\\_sobre\\_la\\_situacion\\_economica\\_2014.pdf](http://www.cccauca.org.co/public/archivos/noticias/concepto_sobre_la_situacion_economica_2014.pdf)

DANE. Estadísticas del Cauca y Popayán 2010-2014.

Díaz Arroyave, Marcela; Montañez Gordo, Erika & Motta Cabrera, Catalina. (2012). ¿Cuál ha sido el alcance y la eficacia comunicativa en las campañas de educación y prevención de embarazos en adolescentes (de 10 a 19 años), de estrato 3 del Colegio Distrital Heladia Mejía en la localidad bogotana de Barrios Unidos?. Tesis de grado de comunicación social. Bogotá, Universidad Sergio Arboleda Escuela de Comunicación Social y Periodismo.

El Nuevo Liberal. (25 de septiembre de 2012). Embarazo y educación sexual en adolescentes. Disponible en el sitio web. <http://www.elpueblo.com.co/elnuevo liberal/embarazo-educacion-sexual-en-adolescentes/>

Flórez, Carmen Elisa & Soto, Victoria Eugenia. (2013). Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia. disponible en el sitio web. <http://www.profamilia.org.co/docs/estudios/imagenes/5%20-20FACTORES%20PROTECTORES%20Y%20DE%20RIESGO%20DEL%20EMBARAZO%20EN%20COLOMBIA.pdf>

Hamilton, Brady E. & Ventura, Stephanie J., (2012). "Índices de nacimiento para adolescentes estadounidenses Alcance mínimos históricos para todas las edades y grupos étnicos". Datos NCHS Breve 89.

Hernández, Fernández y Baptista. (2010). Metodología de la Investigación. 8ª edición. Bogotá. McGraw Hill. pp. 170-171

ICBF Colombia. (2013). Factores de riesgo y cambios en la vida de la adolescente embarazada. Disponible en el sitio web: [http://www.profamilia.org.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=361:riesgos-en-mujeres-jovenes&catid=62](http://www.profamilia.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=361:riesgos-en-mujeres-jovenes&catid=62)

Instituto Geográfico Agustín Codazzi. (2012). Mapas de Popayán y el Cauca.

Internacional Programs Population Referente Bureau (2012. PBR). "Relación de la natalidad adolescente con la desigualdad en el ingreso", disponible en el sitio web. <http://www.prb.org/Publications/Articles/2012/us-teen-birthrate-income.aspx&prev=search>

Jara Lily. (2009). Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que son madres o están embarazadas. Indicador propuesto para el Observatorio de Igualdad de Género de América Latina. OPS-CEPAL. Disponible en el sitio web: <http://www.cepal.org/mujer/noticias/noticias/0/33810/embarzoadolescente.pdf>

Kearney, Melissa & Levine, Philip B. (2012). "¿Por qué es importante que descienda la tasa de natalidad en adolescentes en EE.UU.?" Nueva York. National Bureau of Economic Research Working Paper 17965.

Kearney, Melissa & Levine, Phillip B. (2011). "La desigualdad del ingreso y los nacimientos producto de la unión sexual precoz: Una exploración económica de la cultura de la desesperanza" Oficina Nacional de Investigaciones Económicas. Papers No. 17.157.

Ministerio de Salud y Protección Social Colombia. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 adoptado en Colombia mediante la Resolución 1841 \_ mayo 2013.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013) Estrategias de salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes. Bogotá. Cartilla informativa.

Ministerio de Salud y Protección Social. (Diciembre 2013). Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Un modelo para adecuar las

respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia. 2ª edición. Bogotá. Cartilla informativa.

Organización de las Naciones Unidas ONU. (1994). Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD). El Cairo, Egipto.

Organización de las Naciones Unidas. Objetivos del Milenio (ODM). Disponible en el sitio web: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/>

Organización Mundial de la Salud. (OMS. 2005), La adolescencia: un periodo de cambios profundos en el ser humano. Cartilla

Republica del Perú (2003). Ley 25673/2003, mediante la cual se crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Ministerio de Salud (2013). Evaluación de resultados de aplicación de la Ley a lo largo de 10 años. Lima.

Rosen, James E. (junio de 2009). Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. En: Boletín de la Organización Mundial de la Salud Recopilación de artículos. Volumen 87: pp. 405-484. Disponible en el sitio web. <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>

Rosenbaum, Janet. Zenilman, Jonathan; Rose, Eve; Wingood, Gina & DiClemente, Ralph. "Cash, Cars y Condomes: Factores Económicos en la desventaja de la adolescente que no utiliza condón". En: Journal of Adolescent Health. Disponible en el sitio web: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3428592/>

Secretaría de Salud de Popayán, (2014). Informes sobre salud sexual y reproductiva en el Cauca.

Secretaría de Salud de Popayán. Lanzamiento de la estrategia de educación y prevención del embarazo a temprana edad en Popayán. 26 de septiembre de 2012.

Secretaría Departamental de Salud. (2014), Informes sobre salud sexual y reproductiva en el Cauca.



Wilson, William Julius. (1987), citado por Kearney, Melissa & Levine, Philip B. (2011). Ibid.

Vargas, Elvia. (2012). Grupo Familia y Sexualidad. Universidad de los Andes



**A N E X O S**

ANEXO A. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

 Ministerio de la Protección Social	República de Colombia <b>CERTIFICADO DE NACIDO VIVO</b>	
Los datos que el DANE solicita en este formulario, son estrictamente confidenciales según el artículo 17 de la Ley 1712 de 2014, y están protegidos bajo reserva estadística por la Ley 78 de 1993, Artículo 1.		<b>1. NÚMERO DEL CERTIFICADO DE NACIDO VIVO</b> <span style="font-size: large; font-weight: bold;">52282570 - 4</span>
<b>I. DATOS DEL NACIMIENTO</b>		
<b>2. LUGAR DEL NACIMIENTO</b> Departamento: _____ Municipio: _____		
<b>3. ÁREA DEL NACIMIENTO</b> <input type="checkbox"/> 1. Cabecera municipal <input type="checkbox"/> 2. Cerro poblado <input type="checkbox"/> 3. Rural disperso <span style="font-size: small;">Inspección, corregimiento o caserio</span>		<b>4. SITIO DEL PARTO</b> <input type="checkbox"/> 1. Institución de salud <input type="checkbox"/> 2. El domicilio <input type="checkbox"/> 3. Otro sitio, ¿cuál? _____
<b>5. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD</b> Nombre: _____ Código: _____		<b>6. SEXO DEL NACIDO VIVO</b> <input type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Femenino
		<b>7. PESO DEL NACIDO VIVO, AL NACER</b> _____ Gramos
<b>8. TALLA DEL NACIDO VIVO, AL NACER</b> _____ Centímetros	<b>9. FECHA DEL NACIMIENTO</b> Año: _____ Mes: _____ Día: _____	
		<b>10. HORA DEL NACIMIENTO</b> Hora: _____ Minutos: _____ <input type="checkbox"/> Sin establecer
<b>11. EL PARTO FUE ATENDIDO POR:</b> <input type="checkbox"/> 1. Médico <input type="checkbox"/> 2. Enfermera(a) <input type="checkbox"/> 3. Auxiliar de enfermería <input type="checkbox"/> 4. Promotora de salud <input type="checkbox"/> 5. Partera <input type="checkbox"/> 6. Otra persona, ¿cuál? _____		<b>12. TIEMPO DE GESTACIÓN DEL NACIDO VIVO</b> _____ Semanas completas <input type="checkbox"/> Ignorado
		<b>13. NÚMERO DE CONSULTAS PRENATALES QUE TUVO LA MADRE DEL NACIDO VIVO</b> _____ Consultas
<b>14. TIPO DE PARTO DE ESTE NACIMIENTO</b> <input type="checkbox"/> 1. Espontáneo <input type="checkbox"/> 2. Cesárea <input type="checkbox"/> 3. Instrumentado <input type="checkbox"/> 4. Ignorado		<b>15. MULTIPLICIDAD DEL EMBARAZO</b> <input type="checkbox"/> 1. Simple <input type="checkbox"/> 2. Doble <input type="checkbox"/> 3. Triple <input type="checkbox"/> 4. Cuádruple o más
<b>16. APOGAR DEL NACIDO VIVO</b> Al nacer: _____ (1-10) A los cinco minutos: _____ (1-10)		<b>17. HEMOCLASIFICACIÓN DEL NACIDO VIVO</b> Grupo sanguíneo: _____ Factor Rh: _____
<b>18. DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLO O RASGOS FÍSICOS, EL NACIDO VIVO ES RECONOCIDO POR SUS PADRES COMO:</b> <input type="checkbox"/> 1. indígena (¿A cuál pueblo indígena pertenece?) _____ <input type="checkbox"/> 2. Rom (gitano) <input type="checkbox"/> 3. Raíz del Archipiélago de San Andrés y Providencia <input type="checkbox"/> 4. Palenquino de San Basilio <input type="checkbox"/> 5. Negro(a), mestizo(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente <input type="checkbox"/> 6. Ninguno de los anteriores		

II. DATOS DE LOS PADRES DEL NACIDO VIVO			
<b>DATOS DE LA MADRE DEL NACIDO VIVO EN EL MOMENTO DEL PARTO</b>			
19. APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DE LA MADRE (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE		21. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)	22. EDAD DE LA MADRE A LA FECHA DEL PARTO
<input type="checkbox"/> 1. Registro civil <input type="checkbox"/> 2. Tarjeta de identidad <input type="checkbox"/> 3. Cédula de ciudadanía <input type="checkbox"/> 4. Cédula de extranjera <input type="checkbox"/> 5. Pasaporte <input type="checkbox"/> 6. Sin información			<input type="text"/> Años cumplidos
23. ESTADO CONYUGAL DE LA MADRE		24. ÚLTIMO AÑO DE ESTUDIOS QUE APROBÓ LA MADRE	
<input type="checkbox"/> 1. No está casada y lleva dos o más años viviendo con su pareja <input type="checkbox"/> 2. No está casada y lleva menos de dos años viviendo con su pareja <input type="checkbox"/> 3. Está separada/divorçada <input type="checkbox"/> 4. Está viuda <input type="checkbox"/> 5. Está soltera <input type="checkbox"/> 6. Está casada <input type="checkbox"/> 7. Sin información		<input type="checkbox"/> 1. Preescolar <input type="checkbox"/> 2. Básica primaria <input type="checkbox"/> 3. Básica secundaria <input type="checkbox"/> 4. Media académica o clásica <input type="checkbox"/> 5. Media técnica <input type="checkbox"/> 6. Normalista <input type="checkbox"/> 7. Técnica profesional <input type="checkbox"/> 8. Tecnológica <input type="checkbox"/> 9. Profesional <input type="checkbox"/> 10. Especialización <input type="checkbox"/> 11. Maestría <input type="checkbox"/> 12. Doctorado <input type="checkbox"/> 13. Ninguno <input type="checkbox"/> 14. Sin información Último año o grado aprobado <input type="text"/>	
25. LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE			
País <input type="text"/> Departamento <input type="text"/> Municipio <input type="text"/>			
26. ÁREA DE RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE			
<input type="checkbox"/> 1. Cabecera municipal    Barrio <input type="text"/> Dirección <input type="text"/> Localidad o comuna <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 2. Centro poblado    Inspección, corregimiento o caserío <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 3. Rural disperso    Vereda <input type="text"/>			
27. NÚMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS QUE HA TENIDO LA MADRE, INCLUIDO EL PRESENTE	28. FECHA DE NACIMIENTO DEL ANTERIOR HIJO NACIDO VIVO	29. NÚMERO DE EMBARAZOS, INCLUIDO EL PRESENTE	
<input type="text"/> Hijos	<input type="text"/> Año <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Día	<input type="text"/> Embarazos	
30. RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE LA MADRE		31. ENTIDAD ADMINISTRADORA EN SALUD A LA QUE PERTENECE LA MADRE	
<input type="checkbox"/> 1. Contributivo <input type="checkbox"/> 2. Subsidado <input type="checkbox"/> 3. Excepción <input type="checkbox"/> 4. Especial <input type="checkbox"/> 5. No asegurado		Tipo de administradora <input type="checkbox"/> 1. Entidad Promotora de Salud <input type="checkbox"/> 2. Entidad Promotora de Salud Subordinada <input type="checkbox"/> 3. Entidad Adaptada de Salud <input type="checkbox"/> 4. Entidad Especial de Salud <input type="checkbox"/> 5. Entidad Excepcional de Salud Nombre de la administradora <input type="text"/>	
<b>DATOS DEL PADRE DEL NACIDO VIVO</b>			
32. EDAD DEL PADRE A LA FECHA DEL NACIMIENTO DE ESTE HIJO	33. ÚLTIMO AÑO DE ESTUDIOS QUE APROBÓ EL PADRE		
<input type="text"/> Años cumplidos	<input type="checkbox"/> 1. Preescolar <input type="checkbox"/> 2. Básica primaria <input type="checkbox"/> 3. Básica secundaria <input type="checkbox"/> 4. Media académica o clásica <input type="checkbox"/> 5. Media técnica <input type="checkbox"/> 6. Normalista <input type="checkbox"/> 7. Técnica profesional <input type="checkbox"/> 8. Tecnológica <input type="checkbox"/> 9. Profesional <input type="checkbox"/> 10. Especialización <input type="checkbox"/> 11. Maestría <input type="checkbox"/> 12. Doctorado <input type="checkbox"/> 13. Ninguno <input type="checkbox"/> 14. Sin información    Último año o grado aprobado <input type="text"/>		
<b>III. DATOS DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO</b>			
34. APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
35. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		36. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)	37. PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO
<input type="checkbox"/> 1. Cédula de ciudadanía <input type="checkbox"/> 2. Cédula de extranjera <input type="checkbox"/> 3. Pasaporte			<input type="checkbox"/> 1. Médico <input type="checkbox"/> 2. Enfermero(a) <input type="checkbox"/> 3. Auxiliar de enfermería <input type="checkbox"/> 4. Promotor(a) de salud <input type="checkbox"/> 5. Funcionario de registro civil
38. REGISTRO PROFESIONAL		39. LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO	
<input type="text"/>		Departamento <input type="text"/> Año <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Día <input type="text"/> Municipio <input type="text"/>	
		40. FIRMA DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO	
		<input type="text"/>	

**CUESTIONARIO**

El presente instrumento de recolección de información tiene como objeto establecer estrategias aplicadas y sus resultados dentro del programa de Salud Sexual y Reproductiva, específicamente en la reducción de las tasas de embarazo en adolescentes, que para este estudio incluirán edades entre los 10 a 19 años, atendiendo a la aplicación del estudio en diferentes regiones del país.

1. ¿El embarazo en adolescentes es una problemática en su Municipio?

SI: \_ \_ \_ \_ NO: \_ \_ \_ \_ \_

¿POR QUÉ?

2. ¿Cuentan con estrategias o acciones implementadas, direccionadas para la disminución del embarazo en adolescentes en su Municipio?

SI: \_ \_ \_ \_ NO: \_ \_ \_ \_ \_

¿CUÁLES?

3. Describa cuales fueron los logros alcanzados con estrategias o acciones para la disminución en el embarazo en adolescentes.

4. Tasas de embarazo en adolescentes.