

Determinantes del embarazo en adolescentes en Colombia: Explicando las causas de las causas.

Rocío Murad-Rivera, Juan Carlos Rivillas-García, Victoria Vargas-Pinzón, Luz Janeth Forero-Martínez.

Dirección de Investigaciones, Gerencia de Proyectos, Investigaciones e Incidencia

DOI: 10.13140/RG.2.2.22412.95362

Correspondencia: rmurad@profamilia.org.co

Resumen

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

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

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

Conclusiones: Estos resultados identificaron los determinantes que inciden de manera significativa en la ocurrencia del embarazo a temprana edad, y directamente relacionados con la falta de oportunidades y expectativas, la deserción escolar, la limitada e inoportuna información sobre sexualidad y los estereotipos de género. Es urgente la implementación de acciones y medidas efectivas para su prevención; por ello se hace necesario el diseño y puesta en marcha de políticas y programas de intervención social integral que permitan actuar sobre esos determinantes sociales desde una agenda compartida entre sectores.

Recomendaciones: A partir de los resultados del estudio fue posible identificar cinco estrategias: i) reforzar e implementar leyes que protejan las niñas y adolescentes; ii) mitigar el daño y efectos negativos de largo plazo ocasionados por los estereotipos de género, a través de la acción colectiva interinstitucional; iii) construir ambientes seguros para los niños y niñas de 10 a 14 años de edad, desde el reconocimiento de sus principales vulnerabilidades; iv) Capitalizar el alto potencial de la tecnología y la comunicación para construir sociedad; y v) Fortalecer la coordinación intersectorial y crear sinergias entre los presupuestos para amplificar el impacto de las intervenciones. Para lograrlo, se requiere entonces fortalecer la acción interinstitucional para alcanzar las metas del Plan Decenal de Salud Pública PDSP-2012-2021, la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos y, los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud sexual y la salud reproductiva al 2030.

Citación sugerida: Murad-Rivera, Rocío et al. Determinantes del embarazo en adolescentes en Colombia: Explicando las causas de las causas. Asociación Profamilia (07.07.2018) DOI: 10.13140/RG.2.2.22412.95362



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional.

Introducción

En Colombia, el embarazo en adolescentes está disminuyendo; de acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) (1), se confirma la tendencia decreciente del porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que ya son madres o están embarazadas de su primer hijo al pasar de 20.5% en 2005 a 19.5% en 2010 y a 17.4% en 2015. A partir de los registros de nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años de edad, es posible notar como en 2010 se reportaron 147.307 y en 2015, 135.979, es decir, en cinco años se evitaron 11.328 nuevos embarazos en mujeres de este grupo de edad (2). El descenso en el embarazo adolescente fue mayor en la zona urbana, en las regiones con más oportunidades, entre las mujeres con mayor nivel educativo y en el 40% de la población con mejor posición social (según quintiles de riqueza). En el año 2015 el porcentaje de mujeres de 13 a 19 años que ya son madres o están embarazadas de su primer hijo en el quintil más bajo (20% de la población más pobre) es 6 veces mayor que el porcentaje en el quintil más alto (20% de la población más rico), entre las mujeres con educación primaria (41.8%) es 5 veces mayor que el porcentaje de mujeres con educación superior (8,0%) (1).

El panorama es menos alentador entre los nacimientos en niñas de 10-14 años: aunque la cifra es inferior, ninguna niña menor de edad debería ser madre joven: según estadísticas vitales en 2010 se reportaron 6.315 nacimientos, en 2014 aumentó a 6.593 y en 2015 se redujo a 6.045(2). Asimismo, de acuerdo con la ENDS 2015 el 50% de las mujeres de 13 a 49 años tuvo su primer hijo antes de cumplir 20 años y entre ellas el 3% lo tuvo antes de cumplir 15 años. Actualmente, la maternidad temprana es mayor entre las mujeres que se encuentran en el 20% más pobre de la población (5.5%), son indígenas y viven en familias compuestas (5.1%), habitan en la zona rural (4.8%), en la Región de la Orinoquía y la Amazonía (4.6%), son desplazadas (4.4%) y, residen en municipios con afectación directa por el conflicto interno (3.8%) (1).

Los embarazos en adolescentes no se dan entre pares: entre las mujeres de 13 a 19 años que ya son madres, la edad del padre de su primer hijo la supera por lo menos 6 años en el 44.6% de casos; en 19.5% de los casos el padre fue por lo menos 10 años mayor que la madre, y en el 4.6% de los casos el padre es 20 años mayor. En la zona urbana la diferencia de edades es más baja comprado con la zona rural (1). Las mayores diferencias de edad alertan sobre el abuso de poder que vulnera la capacidad de decisión, de acceso a la información y de comprensión de las consecuencias de las propias decisiones.

Entre 1990 y 2015 se triplicó el porcentaje de mujeres de 15 a 24 años que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años; en 2015 el 17% de las mujeres de 13 a 19 años tuvo su primera relación sexual antes de los 14 años, en el 40% de los casos con una pareja 6 o más años mayor. En la ENDS 2015 se encontró que el porcentaje de mujeres que tuvo su primer hijo antes de cumplir 15 años pasa de 1.5% en el grupo de 45 a 49 años a 9.2% en el grupo de 15 a 19 años.

Según la oportunidad en la entrega y acceso a la información sobre sexualidad, en promedio las mujeres de 13 a 49 años tenían 16 años la primera vez que accedieron a información sobre sexualidad; las mujeres con menor logro escolar recibieron información sobre sexualidad por primera vez a los 22 años, mientras las mujeres con educación superior la recibieron por primera vez a los 15 años. Existe una brecha aún mayor, entre las mujeres que han tenido más de 3 hijos, quienes recibieron por primera vez información sobre sexualidad a los 21 años, y las mujeres que no han tenido hijos, que la recibieron a los 13 años (1).

Hay que mencionar, además que el mayor porcentaje de mujeres de 13 a 24 años que fueron madres adolescentes (52%) a su vez son hijas de mujeres que fueron madres adolescentes. De igual manera, los más altos porcentajes que tienen hermanas mayores que a su vez tuvieron hijos antes de cumplir los 18 años, se encuentran en la zona rural (46%), la región pacífica (45%) y el 20% más pobre de la población (48%) (1). Considerando que, en la relación entre embarazo adolescente y pobreza interactúan otros determinantes sociales como las condiciones socioeconómicas desfavorables, exclusión social y patrones culturales en las prácticas sexuales y reproductivas que han influenciado la vida de las niñas y mujeres adolescentes, y que como resultado limitan las oportunidades de realización personal y expectativas propias y socialmente adquiridas (3). Estas interrelaciones han sido ampliamente estudiadas y se ha evidenciado que constituyen los principales mecanismos de reproducción del ciclo del embarazo en la adolescencia a través de las generaciones (4).

Al mismo tiempo, en estas desigualdades subyacen relaciones obligadas, situaciones de abuso o violencia e inequidades intergeneracionales hacia las niñas y mujeres adolescentes, que pueden dejar de ser tenidas en cuenta en una sociedad con imaginarios que legitiman la violencia contra la mujer. Lo anterior, se suma a los roles y estereotipos que las mujeres deben cumplir y que influyen el control sobre sus vidas, su cuerpo y sus decisiones en el futuro. De igual modo, el embarazo en adolescentes también tiene profundas consecuencias para la salud: puede afectar la salud física, mental y social de las mujeres más jóvenes y continúa siendo uno de los principales factores de mortalidad materna e infantil (5).

Indiscutiblemente, la desigualdad entre los géneros persiste en todo el mundo, en Colombia cada día se priva a mujeres y niñas de derechos y oportunidades fundamentales. El logro de esa igualdad y el empoderamiento de las mujeres y niñas requiere esfuerzos más enérgicos, incluso en los marcos jurídicos, para combatir la discriminación profundamente enraizada, que a menudo es consecuencia de actitudes patriarcales y de las normas sociales que estas conllevan. La agenda inconclusa en derechos sexuales y reproductivos es inmensa. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (6), además de construirse sobre los logros y completar muchas de las tareas pendientes de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), permiten alguna esperanza de progresar en el logro del acceso universal a la salud sexual y reproductiva a partir de una agenda renovada, más integrada intersectorialmente e indivisible entre los asuntos económicos, sociales y del medio ambiente. Si bien, los ODS no definieron explícitamente reducir el embarazo en adolescentes como meta universal, sí contemplaron por primera vez lograr mayor igualdad de género (ODS-5). En particular, a través de las siguientes metas se espera impactar el embarazo adolescente al año 2030: 5.1 Poner fin a todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y las niñas en todo el mundo; 5.2 Eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación; 5.3 Eliminar todas las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina, y 5.6 asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos.

La evidencia antes de este estudio revela las relaciones del embarazo en la adolescencia con la pobreza, el nivel de escolaridad, la falta de acceso a servicios de anticoncepción y el limitado uso de la información y educación en salud sexual y reproductiva, así como la falta de oportunidades y de realización personal de las niñas, niños y adolescentes (7), (8), (9), (10). Es amplio el consenso sobre las intersecciones de éstos determinantes sociales, es decir, mujer adolescente pobre, sin acceso a la educación y viviendo en poblaciones machistas y marginadas impacta los la equidad y derechos sexuales y derechos reproductivos. Sin embargo, el carácter multidimensional del embarazo en la adolescencia requiere análisis desde el modelo de determinantes sociales, con el fin de generar evidencia que oriente políticas y coordinación intersectorial con objetivos compartidos: prevenir el embarazo adolescente y postergar la maternidad. Probablemente, se necesita más investigación que explore las causas de las causas del embarazo en adolescentes, y permita descomponer la contribución de los determinantes sociales sobre los cuales se requiere actuar desde los diferentes niveles de gobierno.

Este artículo analiza los determinantes de mayor contribución en el embarazo y la maternidad en adolescentes utilizando la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2015, con el fin de aportar evidencias y recomendaciones para actuar sobre los determinantes desde la Estrategia Nacional de Prevención de Embarazo Adolescente y de la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos. Más específicamente, los objetivos fueron: primero, analizar el embarazo en adolescentes y el embarazo temprano (antes de los 15 años). Segundo, identificar los determinantes sociales de mayor contribución en el embarazo y la maternidad. La discusión se centra en un contexto deseable para el abordaje del embarazo en adolescentes y ganar mayor entendimiento de sus determinantes sociales para acelerar el logro de los objetivos de desarrollo sostenible para 2030.

Metodología

Diseño del estudio y fuentes de datos

El primer objetivo se abordó mediante un análisis descriptivo del embarazo en la adolescencia, y maternidad antes de los 15 años. El segundo objetivo se abordó mediante un conjunto de modelos de regresión para estimar el peso relativo de cada variable independiente en la explicación del embarazo y la maternidad en la adolescencia.

Se estimaron dos modelos de regresión logística, uno para 8,526 mujeres de 13 a 19 años y el otro para 831 mujeres de 13 a 19 años casadas o en unión libre al momento de la encuesta. La variable dependiente asigna el valor "1" a las mujeres que son madres, están embarazadas del primer hijo o reportaron un embarazo que terminó en pérdida y el valor "0" a las mujeres que nunca han estado embarazadas. La fuente de datos fue la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del 2015. La Encuesta proporciona datos sobre la salud sexual y reproductiva y los determinantes sociales de las mujeres de 13 a 49 años.

Variable dependiente

Los modelos fueron calculados para la variable dependiente “*embarazo en la adolescencia*” que agrupa las adolescentes que ya son madres, están embarazadas por primera vez o experimentaron un aborto o pérdida. Dado que la variable dependiente es dicotómica¹ se seleccionó un modelo logístico binario para determinar qué tan fuerte es la relación entre los determinantes considerados y el embarazo adolescente. El peso de esta relación también se conoce como contribución, y permite identificar los determinantes que tienen impacto en el embarazo en la adolescencia.

Variables independientes

Las variables independientes fueron también seleccionadas de la ENDS 2015 de acuerdo con la clasificación definida por el modelo de determinantes sociales de la OMS (11), y que son consideradas por el Conpes 147 (12). Estas variables fueron clasificadas de acuerdo con el modelo de la OMS en determinantes estructurales, intermedios (interpersonales intrapersonales) y proximales. Se tomó información sobre condiciones de vida, comportamientos, conocimientos, actitudes y percepciones de mujeres y hombres en los diferentes ámbitos en los cuales se manifiesta la sexualidad: estudio, trabajo reproducción, anticoncepción, nupcialidad, comportamiento sexual, preferencias de fecundidad, nupcialidad y violencia de pareja. Estas variables permitieron profundizar en el conocimiento del grado de vulnerabilidad de mujeres adolescentes frente al embarazo, así como hacer seguimiento y monitoreo al goce efectivo de sus derechos sexuales y derechos reproductivos. Conociendo la naturaleza de las variables a considerar en el modelo, el siguiente paso fue establecer cuáles de ellas cumplen con los requisitos de prevalencia y número de casos suficientes para aportar información relevante a los modelos.

Limitaciones del estudio

Este estudio presenta algunas limitaciones que deben considerarse. En primer lugar, por tratarse de una encuesta transversal algunas de las variables independientes disponibles se refieren al momento de la encuesta y no al momento del embarazo en el caso de las mujeres. En segundo lugar, es importante mencionar que los modelos empleados no explican por completo todas las contribuciones de los determinantes en el embarazo y la maternidad adolescente, por lo que pueden ser complementadas explorando otras medidas o indicadores, así como otros métodos estadísticos que no fueron considerados en este estudio.

Consideraciones éticas

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

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

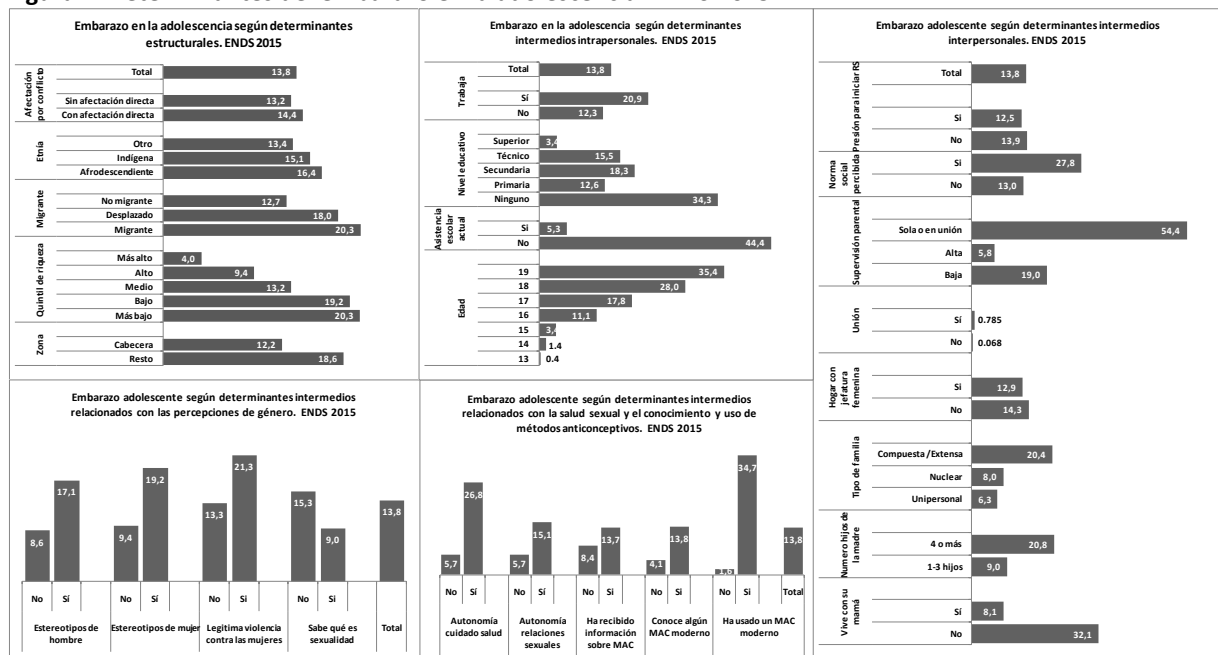
Resultados

Esta sección está organizada de la siguiente forma: i) Descomposición del embarazo adolescente según determinantes sociales; y ii) contribuciones de los determinantes en el embarazo adolescente. El análisis de los determinantes de mayor contribución se realizó a través de tres modelos de regresión: modelo para los determinantes próximos, modelo para los determinantes estructurales e intermedios, y modelo para los determinantes del uso de métodos anticonceptivos.

Descomposición del embarazo en adolescentes según determinantes sociales

La figura 1 presenta los determinantes estructurales e intermedios el embarazo adolescente, y los determinantes intermedios relacionados con las percepciones de género y con la salud sexual y el conocimiento de del uso de métodos de anticoncepción. Entre las mujeres de 13 a 19 años el 13.8% han estado o están embarazadas; los niveles más altos de embarazo adolescente se encuentran en la zona rural (18.6%), el quintil más bajo de riqueza (20.3%), las mujeres que migraron en los cinco años anteriores a la encuesta (20.3%), las residentes en municipios afectados directamente por el conflicto interno armado.

Figura 1. Determinantes del embarazo en la adolescencia. ENDS 2015.



A su vez, por cada adolescente que ha tenido un embarazo y continúa asistiendo a una institución educativa hay nueve que abandonan la escuela. Además, por cada adolescente que ha tenido un embarazo y ha aprobado algún año de educación superior, existen 11 que han tenido un embarazo y no acudieron a una institución educativa. Según la edad, el 0.4% de las niñas de 13 años ha estado o está embarazada. Este porcentaje alcanza el 3.4% a los 15 años y, entre los 15 y los 16 años es tres veces mayor. El porcentaje de adolescentes que han estado o están embarazadas es del 12% entre las que no trabajan y alcanza el 21% entre las que si lo hacen.

Las percepciones sobre atribuciones a la masculinidad y feminidad tienen un peso importante en el embarazo adolescente: el porcentaje de adolescentes que han estado o están embarazadas es dos veces mayor entre las que consideran que el rol activo en la sexualidad es propio de los hombres² y entre las que consideran que el principal rol de las mujeres es el cuidado del hogar³. Así mismo, el embarazo adolescente es del 13% entre quienes no legitiman la violencia y entre quienes sí la legitiman llega al 21%. Por otra parte, entre aquellas que saben que sexualidad es como uno se ve, se siente y se comporta, el embarazo adolescente es del 9% mientras que entre los que no tienen claridad sobre el concepto de sexualidad llega al

² los hombres necesitan más sexo que las mujeres, los hombres no hablan de sexo, lo hacen o, los hombres siempre están listos para tener sexo

³ Las mujeres deben cuidar la casa, cocinar, cuidar los niños

15%.

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

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

Contribuciones de los determinantes del embarazo en adolescentes

La tabla 1 presenta el nombre de la variable con las pruebas de asociación con la variable dependiente en orden descendente. Las variables continuas fueron: edad al inicio de las relaciones sexuales, edad a la primera menstruación, edad de entrevistada y promedio de años de educación.

Tabla 1. Embarazo adolescente, pruebas de asociación para variables nominales. ENDS 2015.

Variable	Estadístico Chi Cuadrado	CCP
Tuvo un aborto después de 2006	8513,000***	0,707
Estado conyugal	3252,040***	0,525
Supervisión de los padres	2188,741***	0,452
Asistencia escolar	1852,629***	0,422
Uso actual de métodos modernos	819,361***	0,296
Vive con la madre	752,772***	0,285
Autonomía en salud	752,220***	0,285
Actitud hacia el embarazo adolescente	659,676***	0,272
Recibió información sobre métodos en el último año	379,822***	0,207
Tipo de familia	275,267***	0,177
Índice de riqueza	256,135***	0,171
Número de hijos de la madre	241,598***	0,166
Está de acuerdo con estereotipos de mujer	169,558***	0,140
Está de acuerdo con estereotipos de hombre	123,930***	0,120
Necesidad de información sobre sexualidad	92,650***	0,105
Preferencias reproductivas	7,664**	0,103
Autonomía sexual	80,066***	0,096
Trabaja actualmente	72,807***	0,092
Zona de residencia	53,040***	0,079
Sabe que es sexualidad	50,829***	0,077
Estatus migratorio	48,192***	0,075
Legítima la violencia contra la mujer	25,991***	0,055
Edad inicio relaciones sexuales	7,222***	0,030
Etnia	5,735*	0,026
Hogar con jefatura mujer	3,719*	0,021
Afectación	2,452	0,017
Presión para iniciar las relaciones sexuales	1,216	0,012
Afiliación a la seguridad social	1,059	0,011

Se realizaron pruebas de independencia para las variables que podrían explicar la ocurrencia de embarazo en adolescentes. Este procedimiento permitió establecer una primera aproximación a los determinantes

sociales de mayor contribución con el embarazo en la adolescencia en Colombia.

La mayoría de las variables examinadas presentan asociación significativa con el embarazo en la adolescencia. Tres variables no presentaron no presentan asociación estadísticamente significativa con el embarazo adolescente: presión para inicio de relaciones sexuales, afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y la afectación por el conflicto armado. Esta información permitió concretar el conjunto de variables necesarias para construir los modelos para determinantes intermedios, distales y próximos.

a) Modelo para los determinantes próximos

Los determinantes próximos se refieren a factores biológicos como la edad a la menarquía y la fertilidad, y factores del comportamiento como inicio temprano de relaciones sexuales, nupcialidad y uso de métodos de anticoncepción. Para establecer cómo inciden los determinantes próximos en la probabilidad de tener un embarazo en la adolescencia se ajustó un modelo de regresión logística con función de enlace logit con las variables nupcialidad, uso de métodos anticonceptivos, edad a la menarquía y edad al iniciar relaciones sexuales. La tabla 3 presenta la estimación de los parámetros, los errores estándar y el nivel de significancia de cada determinante.

Tabla 2. Modelos para determinantes próximos, intermedios y estructurales del embarazo en adolescentes. ENDS 2015.

Determinantes próximos	Estimación	Error estándar	Sig
Intercepto	0,73	0,685	
Edad a la menarquía	0,081	0,036	**
Edad inicio relaciones sexuales	-0,605	0,037	***
Estado conyugal actual	2,435	0,107	***
Uso actual de métodos modernos	-0,453	0,094	***
Determinantes intermedios y estructurales	Estimación	Error estándar	Sig
Intercepto	9,850	0,667	
Edad	0,541	0,029	***
Zona			
Rural (Ref)			
Urbana	-0,269	0,094	***
Estatus migratorio			
Desplazado (Ref)			
Migrante	-1,299	0,481	***
No migrante	-0,972	0,471	**
Asistencia escolar actual	-1,701	0,086	***
Trabaja actualmente	-0,223	0,097	**
Vive con la madre	-1,002	0,086	***
Número de hijos de la madre			
Más de 3 hijos (Ref)			
3 o menos hijos	-0,346	0,084	***
Tipo de familia			
Compuesta y extensa (Ref)			
Nuclear	-0,875	0,087	***
Unipersonal	-3,033	0,725	***
Sabe qué es sexualidad	-0,487	0,105	***
Estereotipos de hombre	0,231	0,093	**
Estereotipos de mujer	0,536	0,088	***
Legítima la violencia contra la mujer	0,429	0,156	***
Necesidad insatisfecha de métodos	0,372	0,082	***

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

b) Modelo para los determinantes estructurales e intermedios.

Los determinantes estructurales se refieren a la pobreza, el área de residencia, las inequidades sociales, las relaciones de poder, los estereotipos de género, las normas sociales y el capital social (recursos de instituciones políticas y comunitarias). La tabla 2 presenta las estimaciones, los errores estándar y el nivel de significancia de cada variable.

En este modelo, la edad de la adolescente como factor de riesgo, y es posible confirmarlo con el análisis descriptivo de esta variable que evidencian como el porcentaje de embarazo adolescente aumenta significativamente en cada año de edad. Los resultados del modelo exponen a la vida en la zona rural y al desplazamiento por el conflicto armado como factores de riesgo del embarazo adolescente. La zona de residencia (urbana o rural) en la que vive la adolescente y su estatus migratorio: si vive hace más de 5 años en el mismo municipio, fue desplazada por el conflicto interno armado o migró por razones diferentes también determinan en gran medida la ocurrencia de un embarazo adolescente.

A nivel estructural, el determinante que explica en gran medida el embarazo en la adolescencia es la pobreza: una distribución inequitativa de la riqueza determina en gran medida los indicadores de embarazo en la adolescencia. La zona de residencia, la migración, la etnia y el desplazamiento también contribuyen de forma determinante en la explicación del embarazo en la adolescencia. A nivel de determinantes intermedios, la edad y asistir a actividades escolares determinan en gran medida que ocurra o no el embarazo en la adolescencia. Una niña y mujer joven con deserción escolar tiene alta probabilidad de tener un embarazo en la adolescencia. Otra parte del embarazo en la adolescencia puede ser explicado desde determinantes como el trabajo, estereotipos de los hombres y las mujeres, actitudes que legitiman la violencia contra la mujer y conocimientos sobre la sexualidad. Finalmente, determinantes como necesidad insatisfecha en métodos anticonceptivos, autonomía sexual, deseo del embarazo, autonomía sobre cuidado de la salud y conocimiento de métodos de anticoncepción contribuyen en menor medida con el embarazo en la adolescencia.

Del mismo modo, los determinantes intermedios encontrados en este modelo corresponden a aquellos asociados a los conocimientos y percepciones que tienen las adolescentes sobre la sexualidad, estereotipos de género y violencia contra la mujer. La primera variable que se asocia al conocimiento de una adolescente de la definición de sexualidad. Los resultados de este modelo muestran que el hecho de considerar la sexualidad la manera como uno se ve, se siente y se comporta es un factor protector para el embarazo adolescente. En lo respectivo a los estereotipos de género, no estar de acuerdo con los estereotipos de hombre o los estereotipos de mujer representa un factor protector. Similarmente, las adolescentes que legitiman la violencia contra la mujer presentan mayor riesgo de embarazo adolescente que aquellas que no la legitiman. La figura 2. presenta el tamaño de la contribución de los determinantes estructurales e intermedios en el embarazo en la adolescencia en Colombia.

Figura 2. Contribución de los determinantes sociales al embarazo en la adolescencia en Colombia. ENDS 2015.



A nivel interpersonal, vivir con la madre, el número de hijos de la madre y el tipo de familia, es decir, el entorno favorable al embarazo adolescente, tienen un rol determinante en que este ocurra o no.

Finalmente, las preferencias del número de hijos deseados por la pareja, la presión para iniciar las relaciones sexuales, la supervisión parental y la jefatura femenina en el hogar también contribuyen explicando el problema del embarazo en la adolescencia desde las preferencias a nivel interpersonal. Adicionalmente, los resultados exponen que el hecho de no vivir con la madre representa un factor de riesgo para la adolescente (o que el embarazo produce el abandono del hogar materno). De igual manera, vivir en hogares compuestos y extensos se asocian a un mayor riesgo de embarazo para una mujer entre los 13 y los 19 años, esto explicado por el hecho de que las adolescentes deban incorporarse a un grupo familiar más extenso una vez se saben embarazadas. Finalmente, más de tres hijos por parte de la madre de la adolescente también constituye un factor de riesgo.

c) Modelo para los determinantes del uso de métodos anticonceptivos

La Tabla 3 presenta los determinantes que están asociados al uso de métodos modernos. Las adolescentes de mayor edad, las que están actualmente unidas, las que están o han estado en embarazo y las que están trabajando presentan mayores probabilidades de usar métodos anticonceptivos modernos. De otra parte, estar usando un método anticonceptivo moderno no varía entre las adolescentes que viven en familias nucleares o compuestas y extensas; mientras que sí existe una asociación significativa entre las que viven en hogares unipersonales. La pertenencia étnica también es relevante: mientras que no existe diferencia significativa en la probabilidad de uso de métodos modernos entre mujeres que no pertenecen a alguna etnia, y afrodescendientes, la probabilidad de estar usando un método moderno en mujeres indígenas es muy baja.

Asimismo, la autonomía sobre la toma de decisiones juega un rol determinante: las adolescentes que no gozan de autonomía para la toma de decisiones sobre su salud y su sexualidad están asociadas a probabilidades más bajas de uso de métodos modernos de anticoncepción. Finalmente, la percepción que tienen sobre temas relativos a la sexualidad también es determinante del uso de anticonceptivos modernos. Las adolescentes que están en desacuerdo con la entrega de condones a adolescentes y jóvenes de 12 a 14 años como parte de un proceso educativo para la sexualidad y las que no están de acuerdo con que enseñe a los niños y niñas entre 12 y 14 años acerca de cómo usar un condón para evitar infectarse con el virus que causa el SIDA, tienen menor probabilidad de usar un método anticonceptivo moderno.

Tabla 3. Modelo de determinantes del uso de métodos anticonceptivos modernos.

Determinante	Estimación	Error estándar	Sig
Intercepto	6,296	0,393	
Edad	0,390	0,021	***
Estado conyugal	1,039	0,107	***
Embarazo adolescente	0,474	0,095	***
Trabaja actualmente	0,355	0,075	***
Tipo de familia			
Compuesta y extensa (Ref)			
Nuclear	-0,026	0,064	
Unipersonal	1,092	0,331	***
Etnia			
Ninguna (ref)			
Indígena	-0,460	0,152	***
Afrodescendiente	0,109	0,108	
Conocimiento del acceso a métodos en la EPS	0,685	0,064	***
Autonomía para el cuidado de la salud	0,178	0,068	***
Autonomía sexual	1,091	0,147	***
Acuerdo con entrega de condones a adolescentes de 10 a 14 años	0,280	0,079	***
Acuerdo con enseñar a niños de 12 a 14 sobre el uso del condón para la prevención del virus del SIDA	0,346	0,135	***

Discusión y conclusiones

En Colombia, el embarazo y la maternidad en la adolescencia se explican en gran parte por la falta de oportunidades (ser pobre, limitado acceso a los recursos, vivir en comunidades marginadas socialmente), la deserción escolar, la limitada e inoportuna información sobre sexualidad y, los estereotipos de género. Se destaca cómo el embarazo en adolescentes puede ser explicado desde los determinantes estructurales en un 80% por la pobreza y el área de residencia. De otro lado, a nivel de determinantes intermedios (a nivel intrapersonal), la inasistencia escolar y los estereotipos de género explican más del 60% de los embarazos tempranos en Colombia. Finalmente, no vivir con la madre, el número de hijos de la madre y el tipo de familia explica a nivel interpersonal el 75% de los embarazos tempranos. Estos resultados envían un mensaje de urgencia sobre la necesidad de actuar para impactar los determinantes de mayor contribución en la ocurrencia del embarazo y la maternidad en la adolescencia tales como las inequidades sociales, la falta de oportunidades y los estereotipos de género.

En cuanto al embarazo y maternidad en la adolescencia, se confirma que entre los determinantes próximos la postergación del inicio de la actividad sexual y el uso de métodos anticonceptivos modernos, constituyen los factores protectores más importantes del embarazo temprano a diferencia de las uniones tempranas que constituyen el principal factor de riesgo. Entre los determinantes intermedios y estructurales la permanencia en la escuela es el principal factor protector del embarazo adolescente. Los principales factores de riesgo son en su orden son tener preconcepciones sobre el rol de la mujer, legitimar la violencia contra la mujer, no tener cubierta la necesidad de información sobre sexualidad y tener estereotipos sobre el rol del hombre.

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

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

Para concluir, los estereotipos de género afectan de forma estructural y profunda como las niñas y mujeres jóvenes acceden a sus derechos sexuales y reproductivos, tienen el control sobre su vida y toman ventaja de las oportunidades para realizarse como personas. De acuerdo con el planteamiento de Roberta Cook (13), *“un estereotipo es una visión generalizada o una preconcepción sobre los atributos o características de los miembros de un grupo particular o sobre los roles que tales miembros deben cumplir, [...] no importa si dichos atributos o características son o no comunes a las personas que conforman el grupo o si sus miembros de hecho poseen o no tales roles. [...] En la medida en que ignoran las necesidades, habilidades, circunstancias y los deseos individuales, estos generan un impacto significativo en la capacidad que tienen las personas para crear o formar sus propias identidades de acuerdo con sus valores y deseos”*.

La socialización de los géneros y de los estereotipos de género constituye un proceso de aprendizaje cultural de los papeles asignados a cada uno según su sexo que inicia desde el embarazo cuando se expresan

diferentes expectativas según sea niño o niña; durante la primera infancia los niños y niñas aprenden las diferencias que existen a través del trato y atención diferenciados que reciben por parte de los integrantes de su entorno familiar y social (14). Continúa durante toda la vida pero la adolescencia temprana (entre los 10 y los 14 años), es un momento crítico en el que las nociones preconcebidas sobre los roles y comportamientos que deben adoptar hombres y mujeres se intensifican: cambian las expectativas propias y las de los demás sobre los roles de género que se tenía en la infancia (15).

En la adolescencia temprana las normas y actitudes que generan desigualdades basadas en género son reforzadas por compañeros y padres; entre sus pares los adolescentes encuentran apoyo emocional, así como protección social pero también control y presión para cumplir con las normas de género prevalecientes, a través de burlas, intimidación y exclusión social. La adolescencia temprana trae también una disminución en la tolerancia social para las amistades del sexo opuesto, provocada por el temor de los padres al inicio de las relaciones sexuales, así como una fuerte presión para que sus hijos asuman roles que se ajusten a las normas de género prevalecientes en su cultura que protegen la reputación de sus hijos y familias del “perjuicio” que producirían conductas no convencionales. A su vez, los medios sociales y de masas, que facilitan la comunicación de los adolescentes a través de redes sociales y mensajes de texto, también están siendo utilizados para transmitir mensajes que reflejan actitudes desiguales de género, así como para el acoso cibernético (15). Estas inequidades en el género son también reforzadas desde el gobierno cuando se diseñan, implementan y evalúan políticas que no ponen en el centro a las niñas y mujeres, y que no consideran enfoques de género apropiadamente.

Según el contexto social en el que se encuentren y los procesos de adaptación que vivan, los adolescentes podrán desarrollar patrones de conducta que tendrán efectos positivos o negativos duraderos en su salud y bienestar futuros como el consumo o no consumo de drogas o alcohol, el inicio o postergación de las relaciones sexuales, la adopción de conductas riesgosas o el uso de protección en relación con las prácticas sexuales (16, 17,18).

Se identificaron los determinantes que inciden de manera significativa en la ocurrencia del embarazo a temprana edad y directamente relacionados con la falta de oportunidades y expectativas como la deserción escolar, la limitada e inoportuna información sobre sexualidad y los estereotipos de género. Es urgente la implementación de acciones y medidas efectivas para su prevención; por ello se hace necesario el diseño y puesta en marcha de políticas y programas de intervención social integral que permitan actuar sobre esos determinantes sociales desde una agenda compartida entre sectores.

Se espera que estos hallazgos informen los debates de políticas sobre estrategias para reducir el embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana y mostrar la importancia de diseñar políticas para actuar sobre sus determinantes sociales con objetivos compartidos entre los sectores de gobierno. Por ejemplo, a través de intervenciones para prevenir el abuso o violencia de género hacia las niñas y mujeres adolescentes; programas de educación sexual integral desde los seis años de edad para asegurar transformaciones sociales inter-generacionalmente y servicios de salud y de asistencia social centrados en las necesidades, identidades y circunstancias de las mujeres más jóvenes. Esta nueva dirección ayudará que Colombia alcance un progreso sustancial en los ODS-3 (salud universal) y ODS-5 (equidad de género). En particular, sería ideal que el país lograra reducir el embarazo adolescente al año 2030 notablemente, muchos países lo han logrado con oportunidades y eliminando estereotipos de género.

Finalmente, es necesario destacar el potencial de la ENDS en Colombia para llevar este tipo de análisis. La encuesta aportó información relacionada con los siguientes determinantes: pobreza, desplazamiento, zona, etnia, tipo de familia, inicio de las relaciones sexuales, edad de la pareja, patrones de nupcialidad, acceso a información sobre sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, acceso a servicios en salud sexual y salud reproductiva, percepción sobre roles y estereotipos de género, y violencia de género.

En conclusión, Colombia ha logrado obtener avances en la reducción del embarazo adolescente y en la maternidad temprana. Sin embargo, este progreso podría ser más acelerado si los tomadores de decisión y responsables de implementación de políticas lograran una combinación única de mejoras en los determinantes sociales de la salud, la adopción de programas intersectoriales sostenidos y programas del sector de la salud y la ampliación buenas prácticas de evidencia. El siguiente paso sería mejorar la

coordinación intersectorial en el marco de la Política Nacional de Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos, en especial durante momentos sensitivos del curso de vida en los adolescentes, en particular entre las niñas de 10 y 14 años de edad.

Recomendaciones

A partir de los resultados del estudio fue posible identificar cinco estrategias:

a) *Reforzar e implementar leyes que protejan las niñas menores de edad.*

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

b) *Eliminar los estereotipos de género.*

Es urgente reforzar la inversión en estrategias y programas orientados al fortalecimiento de la educación para la sexualidad con enfoque de género desde las tempranas edades. Esto sin duda, puede representar cambios en las actitudes de las futuras generaciones, que finalmente se reflejarán en la reducción del embarazo en adolescentes, las desigualdades sociales y la exclusión social, en particular de las niñas y mujeres más jóvenes. Así, por ejemplo, vale la pena revisar dos modelos orientados en este sentido deben ser considerados. El primero, desarrollado en Bogotá a través de la integración curricular de la ciudadanía sexual y el enfoque diferencial y de géneros redujo el embarazo en adolescentes (19). El segundo, es el Global Early Adolescent Study's (15) que investigó, entre adolescentes de 10 a 14 años de ocho países, cómo es el proceso de socialización de género, cómo se forman el género, las normas y las actitudes relacionadas con la sexualidad, cómo estas normas y actitudes dan forma a las trayectorias de salud cuando se transita de la adolescencia en la adultez y, cuáles son las medidas y métodos apropiados para investigar estas temáticas.

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

A partir de la identificación de las necesidades e intereses de los adolescentes que toman en cuenta sus capacidades cognitivas es posible: desarrollar procesos reflexivos que generen conocimiento y apropiación de los derechos humanos, sexuales y reproductivo; asimismo, propiciar discusiones abiertas sobre normas y actitudes de género, desarrollar procesos pedagógicos y didácticos y, estimular la reflexión crítica para cambiar las actitudes y normas dentro de grupos de pares. Se ha documentado cómo la construcción de entornos comprensivos y respetuosos hacia las mujeres y las personas con sexualidades diversas es un mecanismo para reducir el embarazo en adolescentes y fortalecer las rutas de atención frente a la violencia sexual y de género. Adicionalmente, el apoyo de servicios incluyentes, es decir sin barreras y con atención diferencial y adaptada a las necesidades de niñas, niños y adolescentes, aporta significativamente a esta construcción. Es necesario sensibilizar a los actores que están en el día a día de los adolescentes sobre el daño que causan los estereotipos de género para que a su vez puedan propiciar ambientes seguros que permitan que los adolescentes logren el máximo potencial cuando tiene la oportunidad de elegir, así como un mayor control sobre su vida.

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

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

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

La única forma de actuar sobre los determinantes estructurales del embarazo en adolescentes es a

través del trabajo colectivo e interconectado entre los programas sectoriales centrados en reducir las desigualdades. Esto exige ampliar y fortalecer la acción intersectorial para alcanzar las metas del Plan Decenal de Salud Pública PDSP-2012-2021, la Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos y, los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados. Para ilustrar mejor, sectores como Educación, Cultura, Planeación Nacional, Asistencia Social (como la Agencia para la Superación de la Pobreza), la Consejería para la Equidad de Género, Deportes y Recreación, Cultura y Medio ambiente, pueden contribuir significativamente a la reducción del embarazo en adolescentes cuando coordinan acciones e inversiones que beneficien a niñas, niños y mujeres más jóvenes. Sin embargo, la acción intersectorial debe trabajar en la garantía de la permanencia en el sistema educativo de la población joven desde todas las dimensiones.

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

Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 2015. Bogotá, Colombia; 2017.
2. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Estadísticas vitales. Nacimientos 2010, 2014, 2015. [actualización 2017; consultado 2017 Dic 15]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos>
3. Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 2006: Equidad y desarrollo. [Internet]. [actualización 2006; consultado 2017 Dic 15]. Disponible en: <http://documents.worldbank.org/curated/en/435331468127174418/pdf/322040World0Development0Report02006.pdf>
4. Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 2007: El desarrollo y la nueva generación. [Internet]. [actualización 2007; consultado 2017 Dic 15]. Disponible en: <file:///C:/Users/Roc%C3%ADo/Downloads/WDR%202007%20-%20Spanish.pdf>
5. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible ODS. Objetivo 5. Igualdad de género. [Internet] [actualización 2015; consultado 2018 mar 20]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/gender-equality/>
6. Flórez C, Soto V. Fecundidad Adolescente y Desigualdad en Colombia y la Región. Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza Cepal, UNFPA. [actualización 2006 nov 14 y 15; consultado 2017 Oct 30] Disponible en: https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/florez_soto.pdf
7. Organización Mundial de la Salud. Cerrando la brecha. Las políticas de acción sobre los determinantes sociales. [Internet]. [actualización 2011; consultado 2018 Feb 26]. Disponible en: http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-SP.pdf
8. Organización Mundial de la Salud. Marco conceptual para la acción sobre los determinantes sociales de la salud. [internet]. [actualización 2007; consultado 2017 Dic 20]. Disponible en: http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=technical-documentation&alias=1036-950-amesp&Itemid=493
9. Rivillas, J et al. Observatorio de medición de desigualdades y análisis de equidad en salud ODES Colombia: perspectivas del por qué, para qué y cómo? IV Congreso de la Asociación Colombiana de Economía de la Salud. [Internet]. [actualización 2015 Feb 15; consultado 2018 Mar 20]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/ODES-PROESA-ACOES-Cali-2015.pdf>
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Observatorio Nacional e Intersectorial del Embarazo Adolescente. Guía Metodológica. Serie: Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales en Salud. [actualizado 2013; consultado 2017 Nov 15]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/ross-embarazo-adolescentes-oniea.pdf>
11. OMS. 62 Asamblea Mundial de la Salud. Determinantes Sociales de la Salud en el Mundo. [Internet]. [actualizado 2011; consultado 2017 Dic 7]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/A62_REC1-sp.pdf

12. DNP. Conpes Social 147. Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas y adolescentes en edades entre 6 y 19 años. [Internet]. [actualizado 2012 En 31; consultado 2017 Jul 18]. Disponible en: http://www.mintic.gov.co/portal/604/articles-3496_documento.pdf
13. Cook R. Estereotipos de género. Perspectivas legales transnacionales. (A. Parra, Trad.) 2010. Bogotá: Profamilia.
14. UNICEF. Socialización de los géneros en la primera infancia. [Internet]. [actualizado 2008; consultado 2018 Feb 17]. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/earlychildhood/index_40749.html
15. Venkatraman Chandra-Mouli, et al. Journal of Adolescent Health 61. Implications of the Global Early Adolescent Study's Formative. S5eS9 . Internet]. [actualizado 2017 Oct; consultado 2018Ene 28]. Disponible en: [http://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(17\)30358-0/pdf](http://www.jahonline.org/article/S1054-139X(17)30358-0/pdf)
16. OMS. The sexual and reproductive health of young adolescents in developing countries. [Internet]. [actualizado 2011; consultado 2017 Nov 15]. Disponible en: file:///C:/Users/Roc%C3%ADo/Desktop/unfpa%20plan/WHO_RHR_11.11_eng.pdf
17. UNFPA. Estado de la población mundial 2016. Nueva York.[Internet]. [Actualizado 2017; consultado 2018 Feb 20]. Disponible en:<https://www.unfpa.org/es/swop-2016>
18. Rodríguez, J. Reproducción en la adolescencia en Chile: la desigualdad continua y urgen políticas activas. Serie Población y Desarrollo 116. [Internet]. [actualizado 2017 abril; consultado 2017 Sept 28]. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/41135/1/S1700062_es.pdf
19. Bermúdez Luís. La integración curricular de la ciudadanía sexual y el enfoque diferencial y de géneros. [Internet]. [actualizado 2017; consultado 2018 Febrero 17]. Disponible en: https://compartirpalabramaestra.org/documentos/mejores_propuestas/propuestas2017/la-integracion-curricular-de-la-ciudadania_luis-miguel-bermudez.pd