

Nota política

EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN COLOMBIA

Observatorio de Salud Sexual y Salud Reproductiva

Nury Alejandra Rodríguez Colmenares, Danny Rivera Montero, Andrés Nicolás Jiménez Díaz, Diana Marcela Zambrano Lucumí, Elías José Mejía Fuentes.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que ocurre entre los 10 y 19 años, considerando dos etapas: la adolescencia temprana de 12 a 14 años y la adolescencia tardía de 15 a 19 años; lo cual, representa el fin de la niñez y la etapa inmediatamente anterior a la adultez (1).

El embarazo en adolescentes es considerado como el resultado de la interrelación de múltiples factores entre los cuales se encuentran las desigualdades sociales, la falta de oportunidades, las limitaciones económicas, la inequidad de género, los imaginarios y estereotipos de género sobre masculinidad y feminidad, y el desconocimiento sobre la salud sexual y salud reproductiva desde edades tempranas (2,3). En este sentido, la falta de oportunidades, educación y acceso a servicios integrales de salud sexual y salud reproductiva, constituyen los principales mecanismos de reproducción del ciclo del embarazo en la adolescencia.

A su vez, el embarazo en adolescentes agudiza factores de desigualdad y discriminación que aumentan el riesgo de violencia sexual, física, psicológica, económica y patrimonial, los cuales representan una limitación para alcanzar niveles adecuados de calidad de vida y bienestar (2). Los embarazos en niñas de 10 a 14 años son considerados como un delito y representan una vulneración de derechos, puesto que se presume que siempre han sido resultado de violencia sexual (4). Lo anterior, muestra la incapacidad de las familias, la sociedad y el Estado para garantizar a los niños, niñas y adolescentes el goce efectivo de sus derechos y ofrecerles oportunidades para desarrollar sus proyectos de vida.

Embarazo en adolescentes un asunto de salud

El embarazo en adolescentes constituye una problemática de salud pública mundial que genera múltiples consecuencias a nivel psicosocial. En este periodo de edad se presenta un mayor riesgo de mortalidad y morbilidad tanto de la madre como de su hijo, dado que las madres adolescentes tienen mayor riesgo de eclampsia, endometritis puerperal e infecciones sistémicas que las mujeres adultas. Por otro lado, los hijos de madres adolescentes tienen un mayor riesgo de padecer bajo peso al nacer, nacimiento prematuro

y afección neonatal grave (1,5). A pesar de que los resultados de esta situación se vean reflejados en su mayor parte en el sistema de salud, es un tema que involucra de forma directa a diferentes sectores de la sociedad.

El embarazo en adolescentes impacta en la economía

Las mujeres que tienen su primer hijo o hija antes de los 20 años sufren desventajas económicas y sociales, generalmente asociadas con el abandono escolar, el aumento de hogares con jefatura de madres solteras y menores probabilidades de obtener un empleo de calidad.

El estudio MILENA, realizado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) evidenció que para el año 2018 la tasa de inactividad de las mujeres que tuvieron su primer hijo durante la adolescencia fue de 32,4% frente a una tasa del 30,8% de las mujeres que postergaron la maternidad. Lo cual indica que las madres adolescentes tuvieron una mayor afectación por la inactividad que quienes postergaron su maternidad (6).

Con respecto a la tasa de desempleo de las mujeres que tuvieron su primer hijo en la adolescencia, se observó que están un 38,2% más afectadas por el desempleo que las mujeres que postergaron su maternidad. En términos de costo-oportunidad, esta brecha de desempleo significó una pérdida anual estimada de ingresos para las mujeres que tuvieron un hijo en la adolescencia equivalente a 1.1 billones de pesos colombianos durante 2018, lo que equivale a 377 millones de dólares (6).

Determinantes sociales de la salud del Embarazo en Adolescentes

Los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) se definen como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, donde se incluyen las características del entorno y la relación que las personas tienen con este (7). De modo que, los DSS se refieren a las características sociales donde la vida se desarrolla y a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud, siendo una responsabilidad social.

Determinantes sociales de la salud proximales

Los determinantes proximales se relacionan con las características individuales, dentro de los que se incluyen los factores biológicos, como el desarrollo puberal, factores de comportamiento como el uso de métodos anticonceptivos, el inicio de relaciones sexuales, la nupcialidad o las uniones tempranas,

el nivel educativo y el acceso a servicios de salud, específicamente a los servicios de salud sexual y salud reproductiva. En esta categoría se incluye el proyecto y plan de vida de cada individuo, así como las creencias, las prácticas de género y su comportamiento con respecto a la sexualidad (8,9).

Determinantes sociales de la salud intermedios

En este grupo se incluyen aquellos factores relacionados con las condiciones familiares. Estos se definen a través de la categorización social de los individuos, lo cual es un elemento clave para el reconocimiento de las desigualdades sociales y del nivel de vulnerabilidad y de riesgo a condiciones desfavorables que inciden de manera negativa en el bienestar y calidad de vida (8,9). Así, la constitución familiar, el hogar, la funcionalidad y la dinámica familiar, la red de apoyo familiar, el abuso o violencia, la supervisión y el diálogo entre padres, madres y/o cuidadores y adolescentes, las normas del hogar, el cuidado y la intención de brindar una atención de calidad a hijas e hijos, el acceso oportuno a la información pertinente en torno a la salud sexual y salud reproductiva, las barreras de acceso a servicios de salud reproductiva, y la discriminación hacia las niñas y adolescentes, influyen sobre los comportamientos de autocuidado y en la configuración de las conductas en salud sexual y salud reproductiva (2).

Determinantes sociales de la salud estructurales o distales

Dentro de este grupo de determinantes se abordan e integran características de diversos sectores que hacen de este el más amplio. En este grupo se relaciona el nivel de ingresos de los hogares, el estado de empleabilidad, la pobreza, la cobertura y acceso a servicios públicos, la participación en política y el ejercicio de la democracia, las normas sociales alrededor de la sexualidad, la feminidad y la masculinidad, las relaciones de pareja o la participación de niños, niñas y adolescentes en los procesos de decisión e identidad social (2). Así como, la existencia de oportunidades de desarrollo personal y alternativas de vida, la importancia que brinda la comunidad hacia los derechos sexuales y derechos reproductivos y el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC's) para acceder a información clara y segura sobre la salud sexual y la salud reproductiva (8,9).

CONTEXTO NACIONAL

El Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), es la fuente oficial de estadísticas en Colombia y de algunos indicadores sociodemográficos como la tasa bruta de natalidad y la Tasa Específica de Fecundidad (TEFE) (10). La tasa específica de fecundidad es el número de nacimientos que ocurren durante un determinado año o periodo de referencia por cada 1.000 mujeres en edad fértil. Es así como, por ejemplo, en el año Z, hubo X nacimientos por cada mil mujeres en el grupo de edad de Y a Y+N.

En el año 2022pr se presentaron 569.311 nacimientos en todo el territorio nacional, de los cuales 4.169 ocurrieron en niñas entre los 10 y 14 años y 93.096 en mujeres adolescentes de 15 a 19 años (ver Tabla 1). Lo que corresponde a una disminución del 14,8% y del 13,6% respectivamente en comparación con el año 2021.

Del total de nacimientos del año 2022pr el 98,4% se presentaron en el área urbana y el 1,6% en el área rural. Con respecto al año 2021 el número de nacimientos disminuyó 6,6% en el área urbana y 45,9% en el área rural. En niñas de 10 a 14 años del área urbana se presentó una disminución en los nacimientos del 12,9% con respecto al año 2021, y en mujeres adolescentes de 15 a 19 años hubo una disminución del 12,7%. En el área rural en niñas de 10 a 14 años se presentó una disminución del 45% y en mujeres adolescentes del 38,8%.

Para el año 2021, la cifra de nacimientos en niñas de 10 a 14 años aumentó en un 13,8%, llegando 4.895, mientras que la cifra de nacimientos en mujeres adolescentes de 15 a 19 años disminuyó en un 2,6% con respecto al año 2020 (107.741).

El número de nacimientos en niñas de 10 a 14 años de las zonas urbanas aumentó 12,1%, pasando de 4.108 en el año 2020 a 4.604 en el año 2021. Mientras que, en las zonas rurales se presentó un aumento del 50,8% en el número de nacimientos en niñas de 10 a 14 años, pasando de 193 nacimientos en el año 2020 a 291 en el año 2021. Los nacimientos en mujeres adolescentes de 15 a 19 años de las zonas urbanas presentaron una disminución del 3,1%, pasando de 107.521 nacimientos en el año 2020 a 104.209 en el año 2021. Sin embargo, los nacimientos en las mujeres adolescentes de las zonas rurales presentaron un aumento del 12,1%, pasando de 3.151 en el año 2020 a 3.532 en el año 2021.

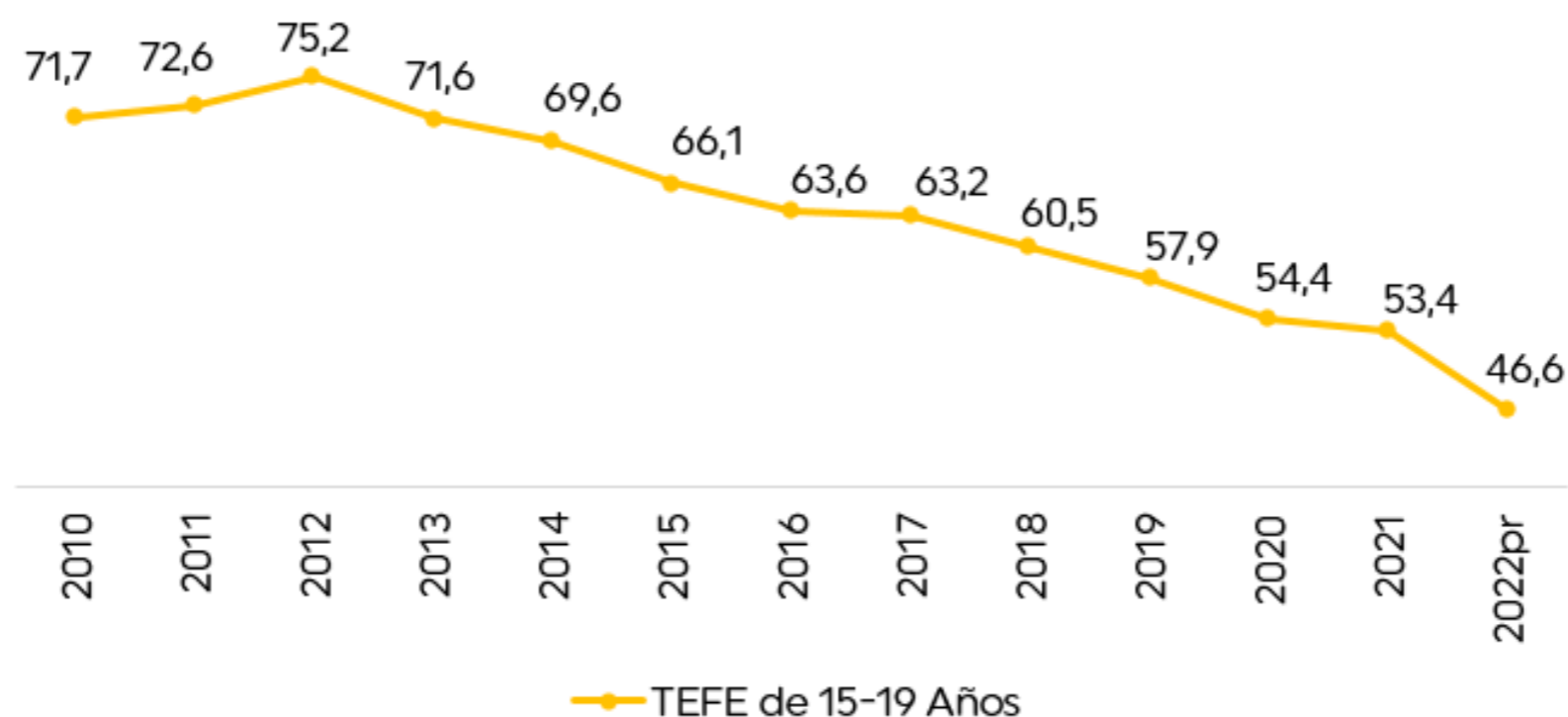
Tabla 1. Número, proporción y variación de los nacimientos en niñas de 10 a 14 años y mujeres adolescentes de 15 a 19 años, total nacional, zona urbana y zona rural, para los años 2020, 2021 y 2022pr.

Zona	Grupo de edad de la madre	2020		2021		2022pr		Variación % 2020 vs 2021	Variación % 2021 vs 2022pr
		Total	Proporción	Total	Proporción	Total	Proporción		
Total	Nacional	629.402	100,00%	616.914	100,00%	569.311	100,00%	-2,00%	-7,70%
	De 10-14 años	4.301	0,70%	4.895	0,80%	4.169	0,70%	13,80%	-14,80%
	De 15-19 años	110.672	17,60%	107.741	17,50%	93.096	16,40%	-2,60%	-13,60%
Urbano	Nacional	612.269	97,30%	599.954	97,30%	560.132	98,40%	-2,00%	-6,60%
	De 10-14 años	4.108	95,50%	4.604	94,10%	4.009	0,70%	12,10%	-12,90%
	De 15-19 años	107.521	97,20%	104.209	96,70%	90.934	16,00%	-3,10%	-12,70%
Rural	Nacional	17.133	2,70%	16.960	2,70%	9.179	1,60%	-1,00%	-45,90%
	De 10-14 años	193	4,50%	291	5,90%	160	0,03%	50,80%	-45,00%
	De 15-19 años	3.151	2,80%	3.532	3,30%	2.162	0,40%	12,10%	-38,80%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos disponibles en el Boletín Técnico de Estadísticas vitales, publicado por el DANE el 24 de marzo de 2023. Pr: cifras preliminares para 2022.

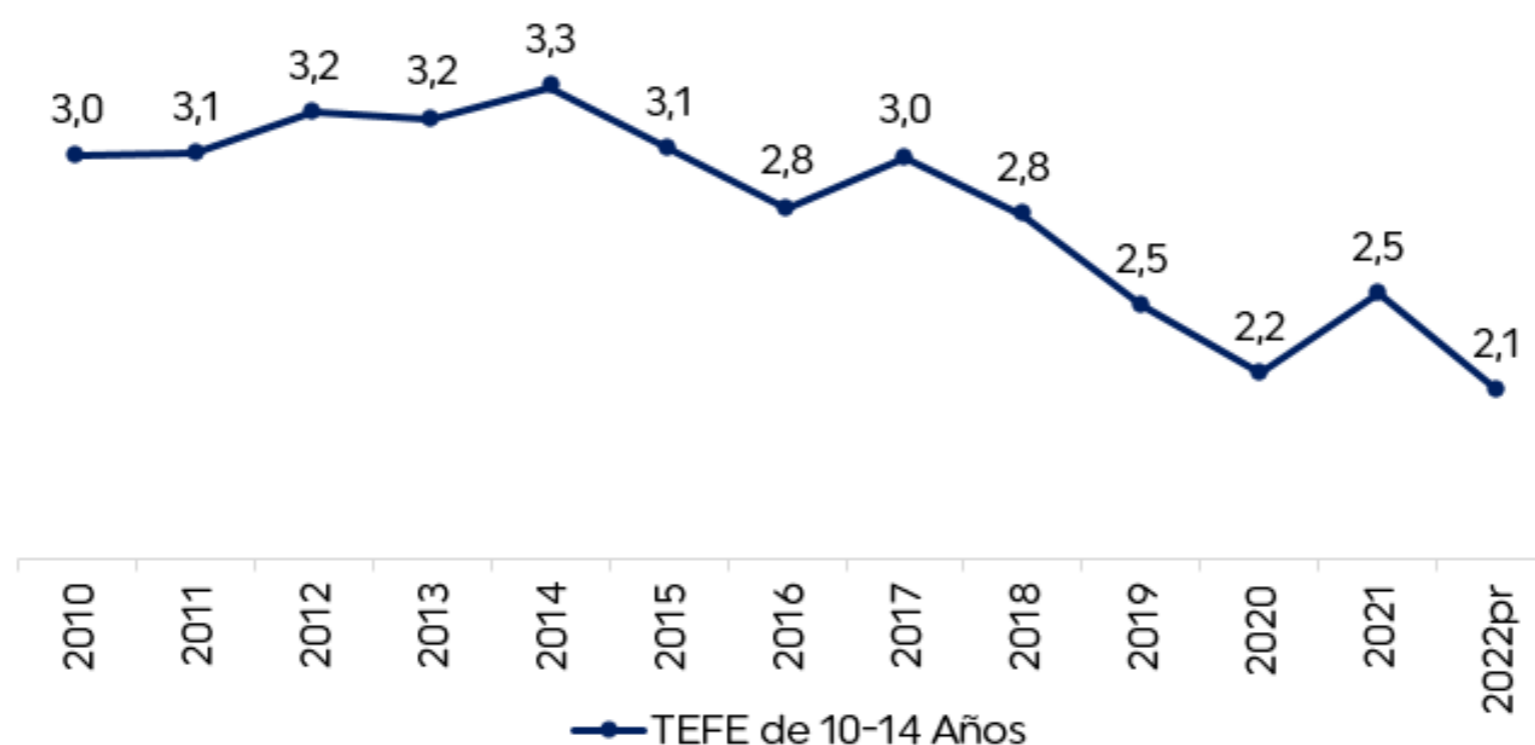
La TEFÉ en mujeres adolescentes de 15 a 19 años ha disminuido en los últimos años (ver Figura 1). Para el año 2022pr se mantiene la tendencia a la baja con respecto al año anterior. La TEFÉ para este grupo fue de 46,6 nacimientos por cada mil mujeres adolescentes de 15 a 19 años. En las niñas de 10 a 14 años la TEFÉ presentó una disminución, pasado de 2,5 nacimientos por cada mil mujeres en 2021 a 2,1 nacimientos por cada mil mujeres en el año 2022pr (Ver Figura 2).

Figura 1. Tasa específica de fecundidad en mujeres adolescentes de 15 a 19 años. Total, nacional - Años 2010 a 2022pr.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos disponibles en el Boletín Técnico de Estadísticas vitales, publicado por el DANE el 24 de marzo de 2023. Pr: cifras preliminares para 2022.

Figura 2. Tasa específica de fecundidad en niñas de 10 a 14 años. Total, nacional - Años 2010 a 2022pr.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos disponibles en el Boletín Técnico de Estadísticas vitales, publicado por el DANE el 24 de marzo de 2023. Pr: cifras preliminares para 2022.

CONTEXTO DEPARTAMENTAL

Para el año 2020, las TEFE más altas, en el grupo de edad de 10 a 14 años, se presentaron en los departamentos del Guaviare (4,8), Guainía (4,7), Arauca (4,5), Vichada (4,5) y Caquetá (4,4). En contraste, las TEFE más bajas se presentaron en los departamentos de San Andrés y Providencia (0,4), Bogotá D.C. (0,8) y Cundinamarca (1,1). Sin embargo, las TEFE más altas en mujeres adolescentes de 15 a 19 años se evidencian en La Guajira (91,1), Magdalena (89,1), Guainía (84,3) y Cesar (82,3) y las más bajas en Bogotá D.C. (30,7), Valle del Cauca (37,6), Caldas (38,3), San Andrés y Providencia (39,0) y Cundinamarca (39,6) (ver Figura 3 - A, D).

Para el año 2021, las TEFE más altas en niñas de 10 a 14 años, se presentaron en los departamentos de Guainía (9,5), Vichada (5,8), La Guajira (5,7), Chocó (5,3) y Caquetá (5,1), del mismo modo, las más bajas correspondieron a los departamentos de San Andrés y Providencia (0,4), Bogotá D.C. (0,6) y Cundinamarca (1,0) (ver Figura 3, B).

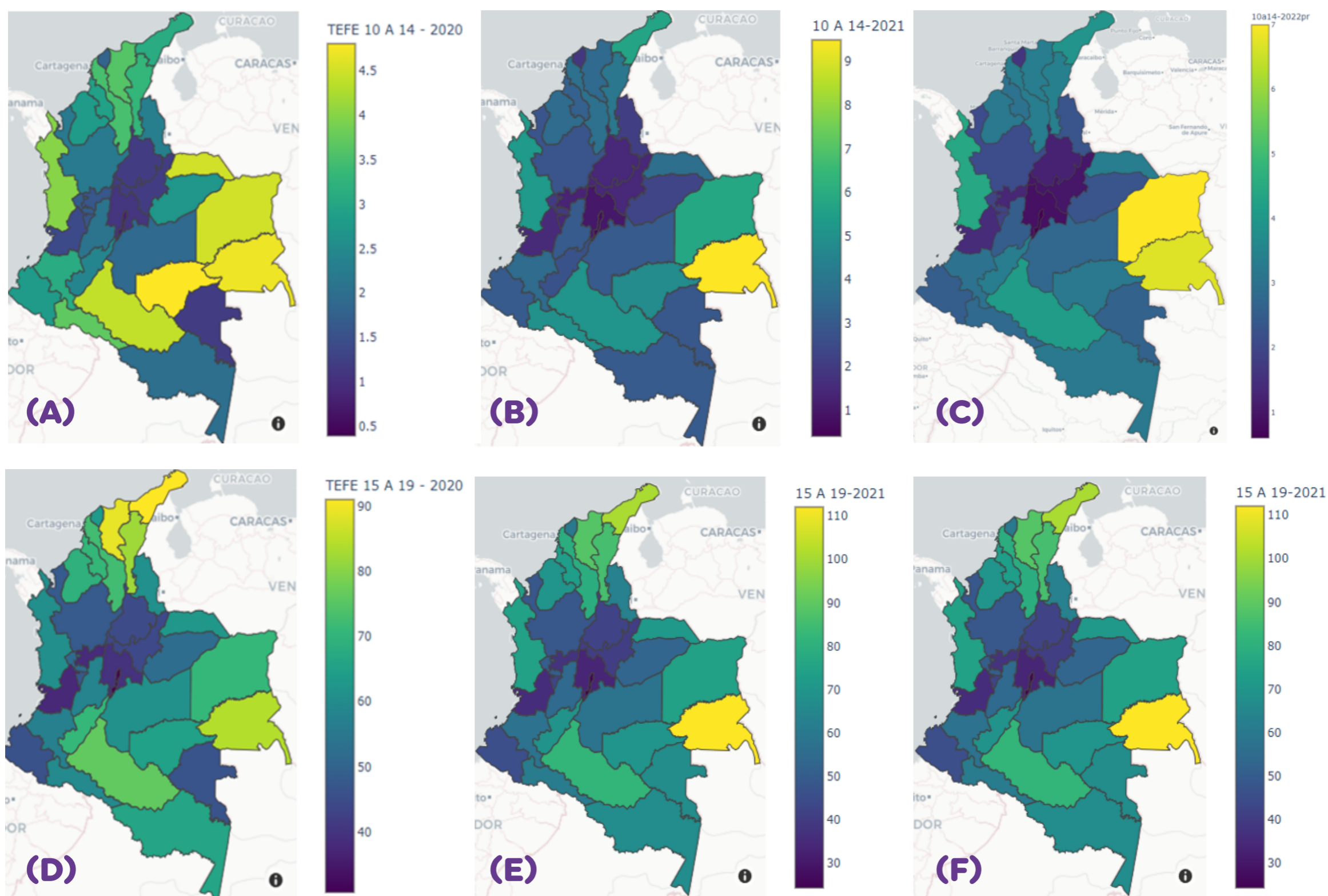
Por otra parte, la TEFE en mujeres adolescentes de 15 a 19 años mantuvieron una tendencia similar a la del año 2020, siendo los departamentos de Guainía (112,1), La Guajira (100,8), Magdalena (88,3) y Cesar (85,8) los que reportan las cifras más altas. Mientras que, las TEFE más bajas en mujeres de este grupo de edad se presentaron en Bogotá D.C. (24,2), Cundinamarca (33,4), Valle del Cauca (35,5), San Andrés y Providencia (37,3) y Caldas (37,4) (ver Figura 3, E).

En el mapa nacional de la TEFE en 2022pr se observa que los departamentos con mayor número de nacimientos por cada mil niñas de 10 a 14 años son: Vichada (7,0) y Guainía (6,7), seguidos de Chocó (4,4), Caquetá (4,1) y La Guajira (3,9). Mientras que, para el caso de los nacimientos por cada mil mujeres adolescentes de 15 a 19 años, los departamentos con mayor indicador de TEFE se sitúan al norte del país, entre ellos la Guajira (90,9), Magdalena (78,6), Cesar (75,2), Bolívar (71,1) y Sucre (66,7), seguidos de cerca por Vichada (70,9) y Caquetá (65,1) (ver Figura 3 - C, F).

Figura 3. Mapas de las Tasas Específicas de Fecundidad:

- (A)** Tasa Específica de Fecundidad en niñas de 10 a 14 años por departamento para el año 2020.
- (B)** Tasa Específica de Fecundidad en niñas de 10 a 14 años por departamento para el año 2021.
- (C)** Tasa Específica de Fecundidad en niñas de 10 a 14 años por departamento para el año 2022pr.
- (D)** Tasa Específica de Fecundidad en mujeres adolescentes de 15 a 19 años por departamento para el año 2020.
- (E)** Tasa Específica de Fecundidad en mujeres adolescentes de 15 a 19 años por departamento para el año 2021.

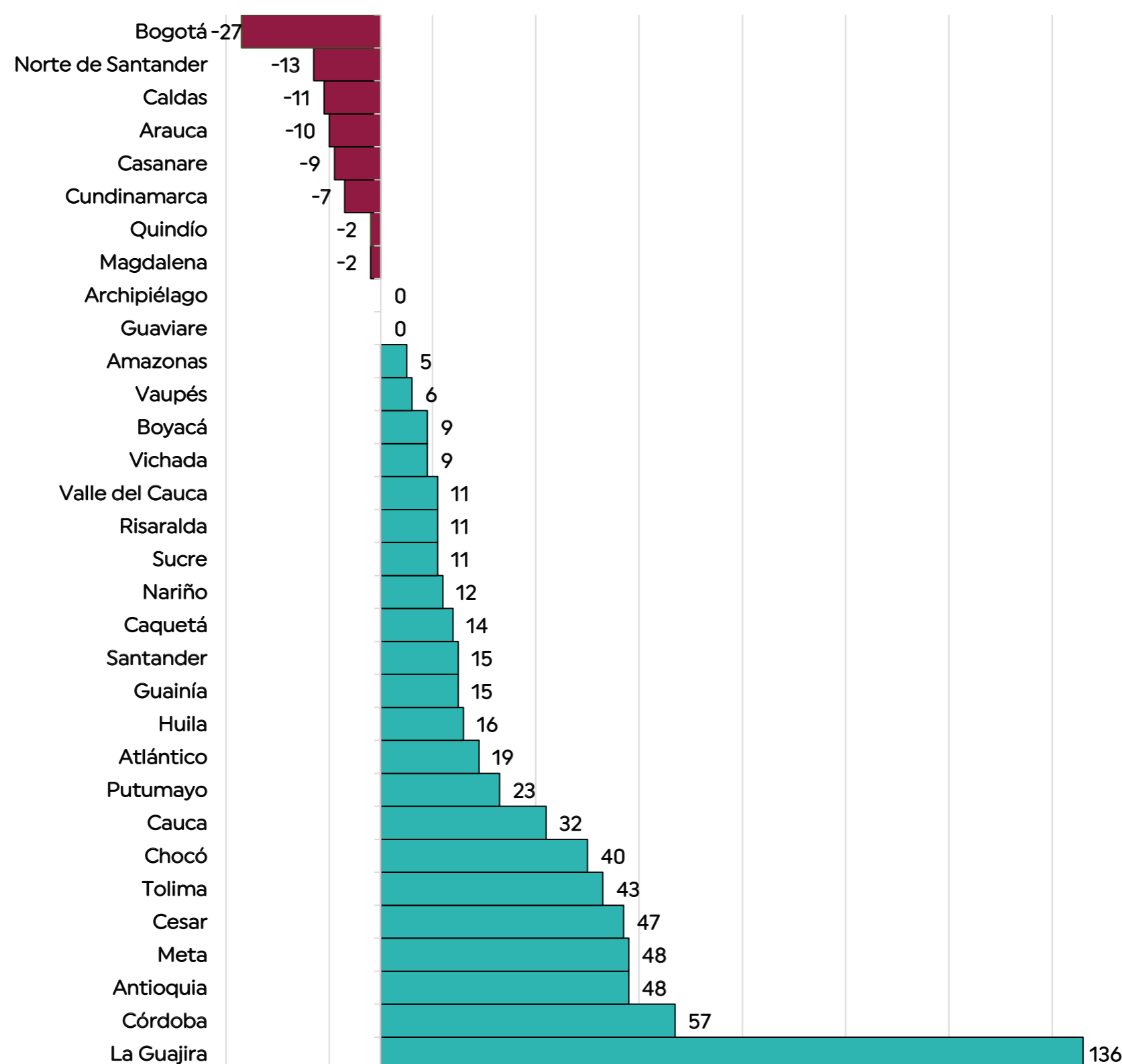
(F) Tasa Específica de Fecundidad en mujeres adolescentes de 15 a 19 años por departamento para el año 2022pr.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos disponibles en el Boletín Técnico de Estadísticas vitales, publicado por el DANE el 24 de marzo de 2023. Pr: cifras preliminares para 2022.

En el departamento de La Guajira se presentó el mayor aumento (en valores absolutos) del número de nacimientos en niñas de 10 a 14 años, entre el año 2020 y el año 2021, con 136 casos más (ver Figura 4). Por su parte, Bogotá D.C. fue el lugar dónde se presentó la mayor disminución de los nacimientos para este grupo de edad, con 27 casos menos en este mismo periodo.

Figura 4. Variaciones absolutas de los nacimientos en niñas de 10 a 14 años entre los años 2020 y 2021, por departamento.

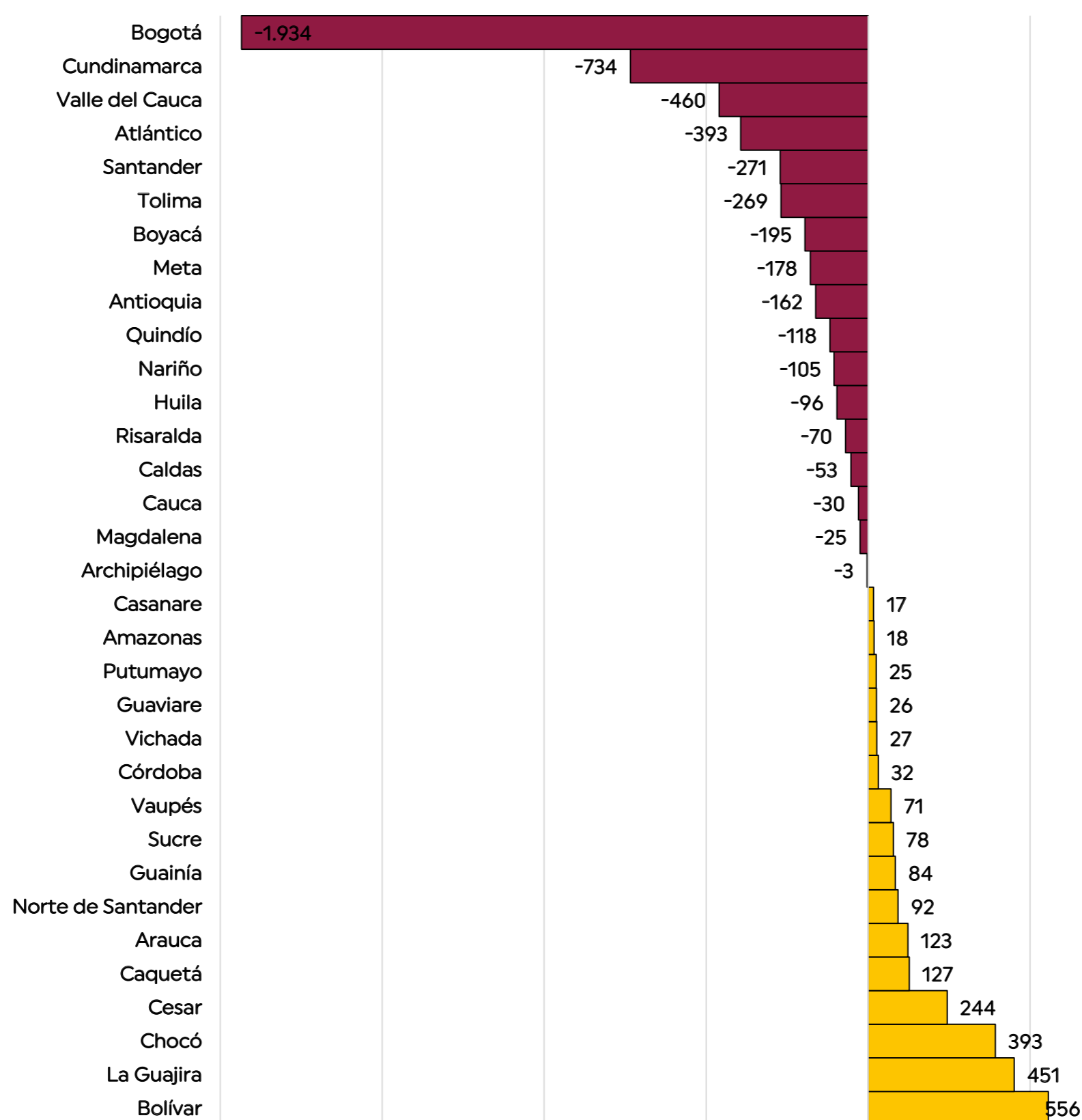


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos disponibles en el Boletín Técnico de Estadísticas vitales, publicado por el DANE el 24 de marzo de 2023.

El departamento de Bolívar presentó el mayor aumento en el número de nacimientos en mujeres de 15 a 19 años, con 556 nacimientos más en el año 2021 con respecto al año anterior. Por su parte Bogotá D.C. registró la mayor disminución en los nacimientos en este grupo de edad, con 1.934 casos menos en el año 2021 con respecto al año 2020 (ver Figura 5). Sin embargo, el departamento de Vaupés presentó el mayor aumento porcentual con

un 54,2% más en el año 2021 con respecto al año anterior; en términos absolutos este aumento fue de 71 nacimientos más. Bogotá D.C. además de presentar la más alta disminución absoluta, también tiene la mayor disminución porcentual con un 23% menos de nacimientos en el año 2021 con respecto al año 2020.

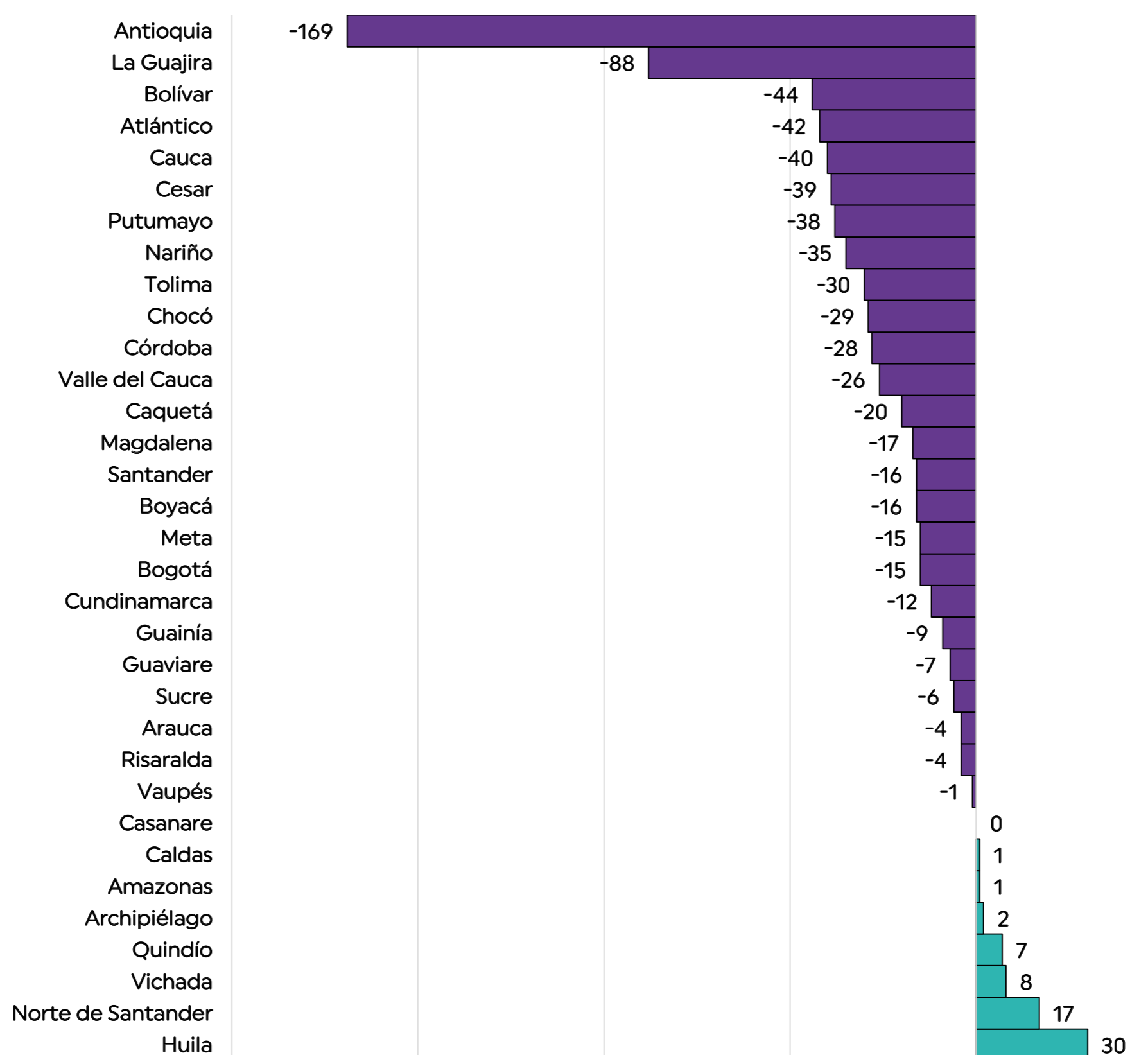
Figura 5. Variaciones absolutas de los nacimientos en mujeres adolescentes de 15 a 19 años entre los años 2020 y 2021, por departamento.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos disponibles en el Boletín Técnico de Estadísticas vitales, publicado por el DANE el 24 de marzo de 2023.

La comparación de valores absolutos entre los años 2021 y 2022pr, refleja que los nacimientos en niñas de 10 a 14 años para los departamentos del Huila, Norte de Santander y Vichada aumentaron con respecto al año anterior. Los departamentos de Antioquia y La Guajira presentaron las más altas disminuciones absolutas.

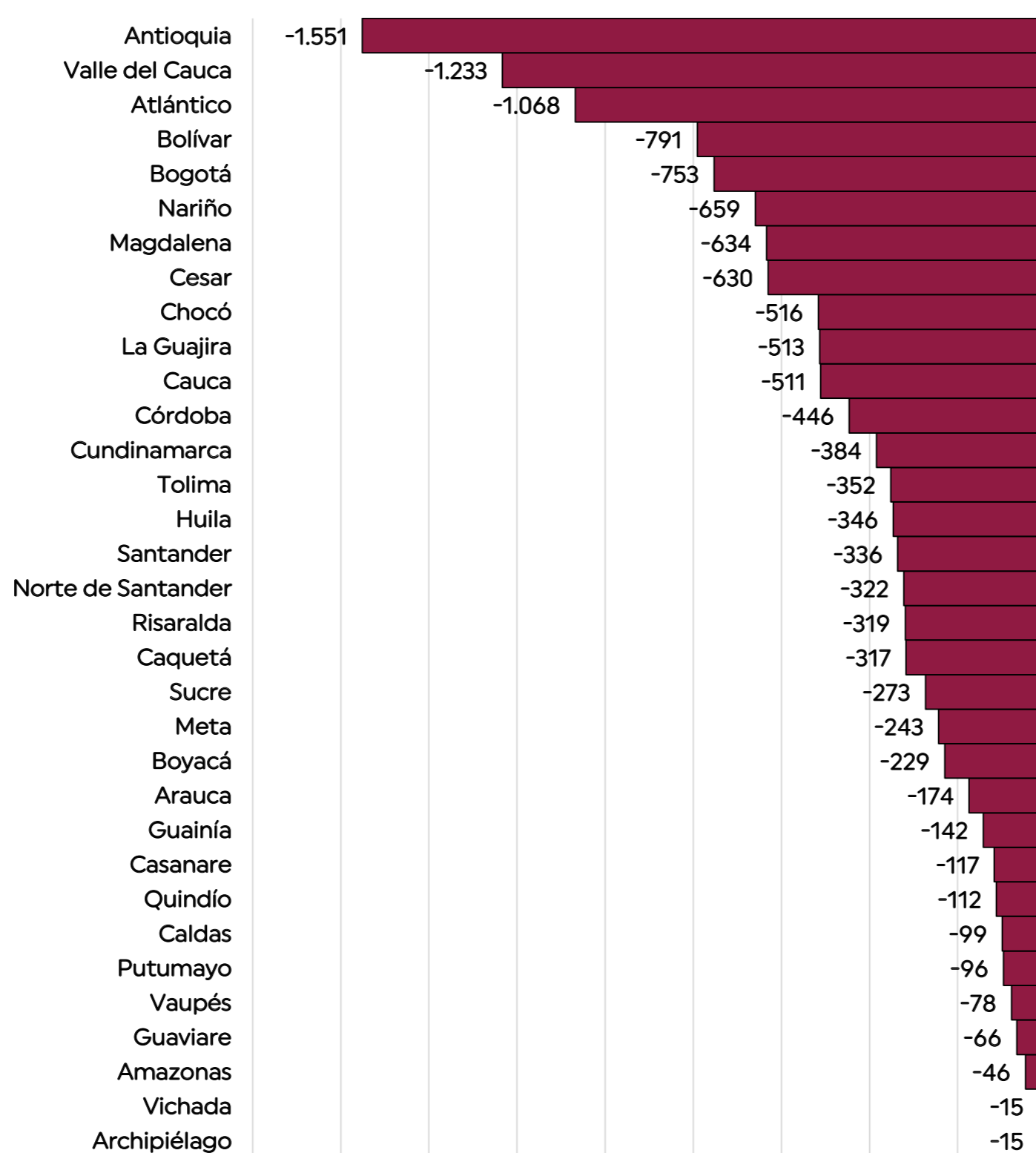
Figura 6. Variaciones absolutas de los nacimientos en mujeres adolescentes de 10 a 14 años entre los años 2021 y 2022pr, por departamento.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos disponibles en el Boletín Técnico de Estadísticas vitales, publicado por el DANE el 24 de marzo de 2023. Pr: cifras preliminares para 2022.

La comparación de valores absolutos entre los años 2021 y 2022pr, refleja que los nacimientos en niñas de 15 a 19 años para los departamentos Antioquia, Valle del Cauca y Atlántico presentaron las mayores disminuciones, mientras que, los departamentos Vichada, Amazonas y el Archipiélago de San Andrés fueron los que presentaron menores disminuciones absolutas.

Figura 7. Variaciones absolutas de los nacimientos en niñas de 15 a 19 años entre los años 2021 y 2022pr, por departamento.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos disponibles en el Boletín Técnico de Estadísticas vitales, publicado por el DANE el 24 de marzo de 2023. Pr: cifras preliminares para 2022.

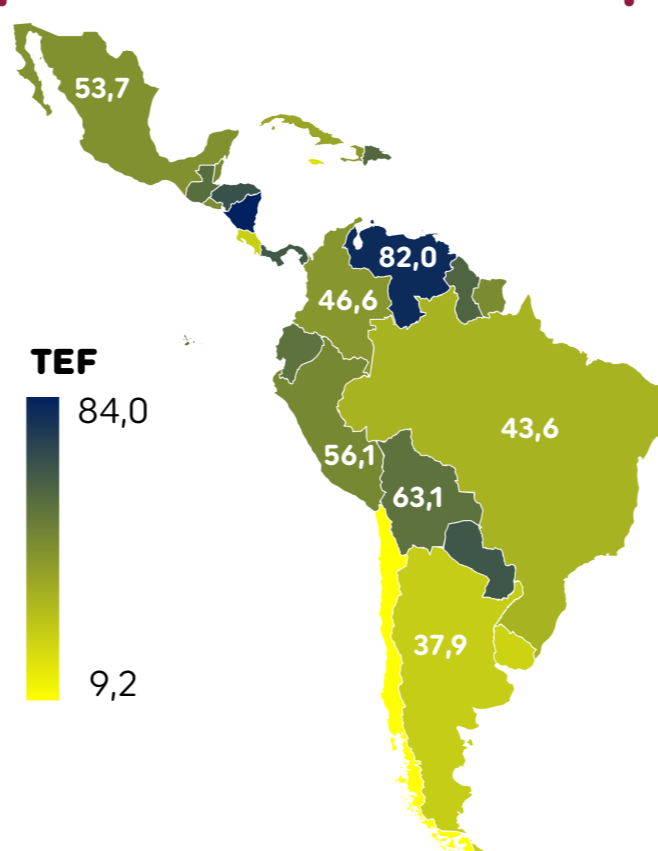
CONTEXTO INTERNACIONAL

De acuerdo con las proyecciones de la TEFE realizadas por el grupo de población de Naciones Unidas para los países de América Latina y el Caribe (LAC), para el año 2022pr Colombia tuvo una tasa de 46,6 nacimientos por cada 1.000 mujeres adolescentes entre los 15 y 19 años (10,11), ocupando el puesto número 7 entre los países de América Latina, cercano a Brasil y México que registran una tasa de 43,6 y 53,7 nacimientos por cada 1.000 adolescentes entre los 15 y 19 años respectivamente (ver Figura 6).

Nicaragua (84,0) y Venezuela (82,0) son los países con mayor TEFE de la región (11), con más de 80 nacimientos por cada 1.000 mujeres adolescentes entre 15 y 19 años, seguidos de Honduras (71,3), Paraguay (69,9) y Panamá (68,5). Por otro lado, los países que presentaron una menor TEFE correspondieron a las Islas Malvinas y Chile con un registro de 15,8 y 22,8 nacimientos por cada 1.000 mujeres adolescentes de 15 a 19 años respectivamente, seguidos de Uruguay (35,2) y Costa Rica (35,8).

Figura 8. Mapa de América Latina y el Caribe con la TEFE según estimaciones de la división poblacional de las Naciones Unidas y el DANE.

Tasa Específica de Fecundidad por país - 2022



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos disponibles en el visor de datos de la división de población para las Naciones Unidas y el Boletín Técnico de Estadísticas vitales, publicado por el DANE el 24 de marzo de 2023, para 2022. Nota: Los datos presentados corresponden a proyecciones realizadas por la división de población de las Naciones Unidas.

En la Tabla 2 se observa una comparación de Colombia frente al promedio del grupo de países a los que pertenece por su ubicación geográfica o por su nivel de ingresos. La tasa de fecundidad para Colombia se encuentra cercana al promedio de América Latina y el Caribe. Sin embargo, esta es superior a la de los países que al igual que Colombia han sido catalogados como países de ingreso medio. Lo anterior muestra que existen variables diferentes al nivel de ingreso que influyen sobre este fenómeno, además de remarcar un posible fenómeno regional.

Tabla 2. TEFE grupo de países a los que pertenece por su ubicación geográfica o por su nivel de ingresos.

Área	TEFE 2022
América Latina y el Caribe	52,1
Sur América	50,0
Colombia (Preliminar)	46,6
Países de Ingreso Medio - Bajo	42,2
Mundo	41,8
Países de ingreso medio	37,0
Países de Ingreso Medio - Alto	26,7

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos disponibles en el visor de datos de la división de población para las Naciones Unidas y el Boletín Técnico de Estadísticas vitales, publicado por el DANE el 24 de marzo de 2023, para el 2022. Nota: Los datos presentados corresponden a proyecciones realizadas por la división de población de las Naciones Unidas.

Experiencias exitosas

Las políticas públicas enfocadas hacia la disminución de la tasa de fecundidad en niñas y mujeres adolescentes de 10 a 19 años en América Latina y el Caribe se centran principalmente en 3 enfoques (12):

- Enfoque tradicional: provisión de información para la toma de decisiones.
- Enfoque de derechos: proporcionar un contexto que respete los derechos de los adolescentes.

- Enfoque integral: intervenciones multicomponentes, multidisciplinarias, multisectoriales y multiniveles.

Con base en estos enfoques se han descrito los avances y aciertos de las políticas públicas relacionadas con la reducción del embarazo en adolescentes.

Los puntos centrales de estas políticas son la educación como una extensión de los conocimientos alrededor de la salud sexual y salud reproductiva, fortaleciendo y garantizando la divulgación de información apropiada sobre los derechos del ciudadano, infancia y adolescencia. Así como, la mitigación de situaciones externas que impactan sobre los indicadores de fecundidad en adolescentes, tales como el matrimonio y uniones tempranas y la eliminación de todas las formas de violencia.

Políticas específicas y exitosas

México, Chile y Uruguay han sido países que por medio de la implementación de una política pública relacionada con la salud sexual y salud reproductiva han logrado reducir el embarazo en adolescentes.

Según el Instituto Nacional de las Mujeres de México, en el año 2020 hubo una reducción del 7% de la tasa de fecundidad adolescente, lo cual se atribuye a la serie de intervenciones contenidas dentro de la Estrategia Nacional para la Prevención en Adolescentes (ENAPEA), donde se incluyen acciones directas para disminuir el abandono escolar, la Educación Integral en Sexualidad (EIS), entre otras (13).

La estrategia de prevención del embarazo en adolescentes en Uruguay plantea 4 componentes: i) fortalecer las condiciones para el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos y la toma de decisiones con autonomía; ii) fortalecer los mecanismos de detección y captación temprana del embarazo en adolescentes, dirigido a adolescentes embarazadas; iii) garantizar el acceso a oportunidades y prevenir la ocurrencia de embarazos no intencionales reiterados, dirigido a madres y padres adolescentes; y por último; iv) la implementación intersectorial de la política pública. Como resultado de la implementación de esta estrategia se ha logrado reducir las cifras de embarazo

adolescente, pasando de una TEFE de 59 nacimientos por cada 1.000 mujeres adolescentes en 2014, a 32 nacimientos por cada 1.000 mujeres adolescentes en 2019 (14).

En el caso de Chile, país que cuenta con una de las TEFE más baja de la región de América Latina con 22,8 nacimientos por cada 1.000 mujeres adolescentes, su éxito se relaciona con un trabajo directo, ofertando servicios amigables en educación integral en salud sexual y afectiva individualizada y acceso a métodos anticonceptivos, incluida la anticoncepción de emergencia (15).

TRABAJO DE PROFAMILIA

Profamilia en los últimos 3 años en la población de Niños, Niñas y Adolescentes (NNA) de 10 a 19 años que ha accedido a servicios de salud sexual y salud reproductiva, ha evitado que 96.253 niñas y adolescentes fueran madres, 112.701 niñas y adolescentes tuvieran que acceder a un aborto, 236.768 embarazos no deseados, 93.426 niñas y adolescentes tuvieran que acceder a un aborto inseguro y 58 muertes maternas.

Mejorar el acceso a la información y educar alrededor de la salud sexual y salud reproductiva permite tomar decisiones conscientes y libres que fortalecen la autonomía y evitan embarazos no deseados, reducir la exposición a abortos inseguros y adquirir mayor protagonismo y responsabilidad individual frente al desarrollo de la sexualidad y planificación de la reproducción.

Solo en un año, la labor que realizó Profamilia evitó 8.639 embarazos no deseados en niñas de 10 a 14 años, y 7.392 niñas tuvieran que acceder a un aborto, de los cuales 3.280 fueran abortos inseguros.

En el año 2022 para la población de niñas y adolescentes entre 10 y 19 años, los procedimientos relacionados con la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) aumentaron en 71,3% con respecto al año anterior. Esto demuestra que la sentencia C-055 de 2022, ha permitido un mayor acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva y confirma que cada vez más adolescentes ejercen sus derechos de forma libre y segura.

Profamilia tiene como propósito garantizar el acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva seguros, por lo cual trabaja diariamente en pro del cumplimiento de los derechos sexuales y derechos reproductivos, y a su vez, incentiva a otras instituciones por

medio del trabajo intersectorial y de cooperación a velar por el cumplimiento la garantía de estos derechos para toda la población colombiana.

RECOMENDACIONES

Es necesario generar acciones intersectoriales y multidisciplinares, transversales y mantenidas en el tiempo, que protejan e incidan de manera positiva en la garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos NNA; y que a su vez promuevan el desarrollo, la toma de decisiones y la autonomía del ejercicio libre de los mismos. Entre ellas:

I. Fortalecer la educación sobre el desarrollo de la sexualidad de forma segura, así como la conformación de plan de vida, para planificar la reproducción mediante el planteamiento de políticas públicas en salud sexual y salud reproductiva que incidan de manera directa en el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos.

II. Desarrollar estrategias para la prevención del embarazo en adolescentes, la reducción de la mortalidad y morbilidad relacionada con este fenómeno, son fundamentales para fortalecer la salud de la mujer e impactar de manera positiva en el bienestar y desarrollo de la sociedad a lo largo de la vida, de modo que se logre alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relacionados con la salud materna y neonatal.

III. Garantizar el acceso a la educación integral en sexualidad, mediante la implementación de programas impartidos en las instituciones educativas que permitan el desarrollo y fortalecimiento de capacidades en los NNA para la toma de decisiones y que disminuyan la deserción escolar.

IV. Crear programas que apoyen e impulsen el desarrollo de las madres adolescentes. En este sentido, es necesario ofrecer condiciones óptimas que faciliten a las madres adolescentes acceder a la educación superior, con el fin de mejorar su situación económica y tener una mejor calidad de vida.

V. Extender el conocimiento de los anticonceptivos de emergencia y las opciones que se tienen para la realización de una IVE. Lo anterior, debe estar sustentado en el aumento de la capacidad pública y privada para la detección temprana del embarazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud; Embarazo en la adolescencia, 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
2. Murad- Rivera Rocío, Rivillas-García Juan, Vargas-Pinzón Victoria, Forero-Martínez Luz; 2018; Determinantes del embarazo en adolescentes en Colombia: Explicando las causas de las causas; Disponible en: <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2020/07/2018-Murad-Determinantes-del-embarazo-preprint.pdf>
3. Herrera Velandia Andrea; Corzo Rueda Laura; Cáceres Hernández Judith; 2013, FACTORES QUE INCIDEN EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE EN COLOMBIA, UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA; Universidad Autónoma de Bucaramanga; Disponible en: https://repository.unab.edu.co/bitstream/handle/20.500.12749/1835/2013_Tesis_Corzo_Rueda_Laura_Patricia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
4. Congreso de la República, 2008. LEY 1236 DE 2008. Código Penal relativos a delitos de abuso sexual. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=31612>
5. Martínez Enriqueta; Montero Gloria; Zambrano Rosa; 2020; El embarazo adolescente como un problema de salud pública en Latinoamérica; Rev. Espacios; DOI: 10.48082/espacios-a20v41n47p01.
6. El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) Estudio MILENA: Consecuencias socioeconómicas del embarazo adolescente y la maternidad en la adolescencia en Colombia. 2018. Disponible en: https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/informe_milena_colombia-v9.pdf
7. De La Guardia Gutiérrez, Mario Alberto, & Ruvalcaba Ledezma, Jesús Carlos. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. Journal of Negative and No Positive Results, 5(1), 81-90. 2020. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3215>

8. OBSERVATORIO DEL BIENESTAR DE LA NIÑEZ; EMBARAZO EN ADOLESCENTES Generalidades y percepciones; 2015; Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF; Disponible en: <https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/embarazo-adolescente-web2015.pdf>
9. Acosta Gil Laura; De La Ossa Montenegro Zahira; Posada Carolina; et al. DETERMINANTES SOCIALES DEL EMBARAZO PRESENTES EN ADOLESCENTES ENTRE 14 A 18 AÑOS DE LOS MUNICIPIOS DE MANATÍ Y SANTA LUCÍA - ATLÁNTICO. 2022; Universidad del Norte, Barranquilla Disponible en: <https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/10890/1140898801.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
10. DANE. Nacimientos 2021 [Internet]. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. 2021. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos/nacimientos-2021>
11. Fondo de población para las Naciones Unidas, visualizador de datos; <https://population.un.org/dataportal/>
12. Alemán, Xiomara; Cueva, Pedro; Insfrán, Sebastián, Banco Interamericano de Desarrollo – Blogs; Tres enfoques que han guiado las políticas de prevención del embarazo adolescente (2017) : <https://blogs.iadb.org/salud/es/prevencion-del-embarazo/#comments>
13. Instituto Nacional de Mujeres de México para la página del Gobierno Mexicano; septiembre 2020: <https://www.gob.mx/inmujeres/prensa/gobierno-de-mexico-fortalece-las-acciones-para-erradicar-el-embarazo-infantil-y-prevenir-el-embarazo-en-adolescentes?idiom=es>
14. López-Gómez A, Graña S, Ramos V, Benedet L. Desarrollo de una política pública integral de prevención del embarazo en adolescentes en Uruguay Revista Panam Salud Pública. 2021: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8359754/>
15. Molina, Ramiro, Embarazo adolescente en Chile sigue a la baja (2018) Universidad de Chile, escuela de Salud Pública: <https://saludpublica.uchile.cl/noticias/148998/embarazo-adolescente-en-chile-sigue-a-la-baja-y-cae-a-la-mitad->