

## DESERCIÓN ESCOLAR Y POBREZA, CONDICIONES PREVIAS Y NO CONSECUENCIA DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

### DROPOUT AND POVERTY, AND NO PRE RESULT OF TEEN PREGNANCY

**Pineda Restrepo Bibiana del Carmen**

Odontóloga  
bcpinedar@unal.edu.co  
Universidad Nacional de Colombia

La tasa de fecundidad en adolescentes resulta relevante por las repercusiones que tiene un embarazo a edades muy tempranas, tanto para las madres como para los niños. Según la evidencia revisada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA por su sigla en inglés), la fecundidad adolescente está relacionada con la mortalidad durante la niñez.

Las mujeres adolescentes tienen menos probabilidades de proveer un cuidado adecuado para sus lactantes y niños, ya que a menudo carecen de la madurez, la educación y los recursos para hacerlo. Además, los niños nacidos de madres muy jóvenes tienen más probabilidades de ser prematuros, tener un bajo peso al nacer y padecer complicaciones al momento del parto, particularmente si la madre tiene menos de 15 años (1). También se ha observado que las madres adolescentes en muchos casos presentan menor escolaridad, menores ingresos y mayor dependencia respecto de la asistencia provista por los programas sociales, que aquellas mujeres que retrasan el momento de la maternidad (2).

Tal y como lo presenta el último informe de avances en los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2012, aunque entre 1990 y 2000 disminuyó la cantidad de nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años en todas las regiones en desarrollo, desde entonces en la mayoría de las regiones este descenso se ha ralentizado o incluso se ha revertido (3). A su vez, según los datos presentados en el informe Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012, para el período 2005-2010, África presenta la mayor tasa de fecundidad en adolescentes durante este período, seguida de la región de América Latina y el Caribe (en promedio 68

nacimientos por 1.000 mujeres) la cual se encuentra por encima del promedio global (50 por 1.000). En este contexto, Colombia presenta una tasa promedio para el período por encima del promedio global y de la región de las Américas (*Ver Gráfico 1*) (4).

A pesar de las implicaciones que conlleva la maternidad en la *adolescencia temprana*, en Colombia se presentaron 6.315 nacimientos de niños en madres que aún no habían cumplido los 15 años de edad; alcanzando una tasa específica de fecundidad de 2,92 nacimientos por 1.000 mujeres de 10 a 14 años durante el 2010, según los datos presentados por Así Vamos en Salud.

Por otra parte, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 2010, una de cada cinco mujeres en la *adolescencia tardía* (15-19 años) ha estado alguna vez embarazada, el 16% ya son madres y 4% están esperando su primer hijo. Estos indicadores son similares a los estimados en el 2000, 15% y 4% respectivamente (7). A su vez, según los datos de Así Vamos en Salud, aunque la tendencia en el comportamiento de la tasa de fecundidad es descendente, aún sigue siendo alta. Para el 2010 se encontraba en 68,85 nacimientos por 1.000 mujeres en mujeres de 15 a 19 años de edad.

Según la ENDS 2010, los mayores porcentajes de adolescentes que alguna vez han estado embarazadas están en las regiones de Orinoquía y Amazonía, Pacífico y Caribe. A su vez el mayor porcentaje de adolescentes en embarazo de su primer hijo está en las regiones Caribe, Bogotá y en la Orinoquía-Amazonía (7). También los datos de la ENDS muestran que, aunque la tasa de fecundidad tanto en las zonas urbanas como en las rurales ha disminuido respecto al año 2005, la brecha entre las dos aún persiste. La tasa de fecundidad adolescente en la zona urbana para el 2010 fue de 73 nacimientos por mil, mientras que en la zona rural fue de 122 nacimientos por mil (7).

Las desigualdades socioeconómicas también influyen en la maternidad adolescente, tal y como lo evidencian Flórez y Soto, 2006. Las adolescentes menos educadas o de menor

nivel socioeconómico están más expuestas al riesgo de embarazo a causa de un inicio más temprano de las relaciones sexuales. Además, en el estrato bajo la deserción escolar y la pobreza son, en la mayoría de los casos, condiciones previas y no consecuencia del embarazo en adolescentes. Sin embargo, en una proporción considerable de las adolescentes pobres se interrumpe la trayectoria educativa y se refuerza de ese modo el círculo vicioso de la pobreza (8).

En términos generales y como ya ha mostrado la evidencia, cuando las mujeres tienen sus hijos muy temprano, se vuelve más costoso terminar el proceso de acumulación de capital humano a través de la educación formal y por ende, sus oportunidades laborales y salariales son mucho más limitadas que aquellas disponibles para las mujeres que posponen la maternidad para el momento en que finalizan su proceso educativo. Esto tiene repercusiones sobre la distribución del ingreso, la perpetuación de la pobreza y la movilidad social (9), siendo además un obstáculo para el desarrollo de las mujeres, dadas las trayectorias de desarrollo diferenciales en función del género (10).

### **Componente de políticas públicas:**

Sin dejar de reconocer el carácter multidimensional del embarazo adolescente, el componente de educación sexual adquiere una gran dimensión en particular y se constituye en uno de los principales mecanismos de prevención, en la medida en que contribuye al desarrollo de las competencias que los jóvenes requieren para tomar decisiones autónomas acerca de los comportamientos que inciden sobre la salud sexual y reproductiva (11). En ese sentido, se debe partir del reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como elemento constitutivo de los derechos humanos, teniendo como objetivo mejorar la salud sexual y reproductiva, la promoción de su ejercicio y la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo (11).

Dentro de los antecedentes de política pública para abordar el componente de salud y

derechos sexuales y reproductivos en Colombia, se destacan los siguientes hitos: la *Constitución Política de Colombia de 1991*; la expedición de la *Ley 100 de 1993* que incorpora acciones en el ámbito de la salud sexual y reproductiva; y la *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2003-2007*, definiendo al Estado como garante de que los individuos alcancen su nivel más alto de salud sexual y reproductiva (11).

Dentro de los desarrollos normativos para garantizar los derechos sexuales y reproductivos se destacan: la inclusión de los métodos anticonceptivos hormonales y el condón masculino dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS) (Acuerdo 380 de 2006); la autorización de la interrupción voluntaria del embarazo, en los casos en que la concepción haya sido producto de una violación, cuando existan malformaciones en el feto incompatibles con la vida o cuando el embarazo ponga en peligro la vida de la madre (Sentencia C-355 de 2006) (12)y, en el año 2009 afirmó la legalidad de los anticonceptivos de emergencia y aseguró el acceso a ellos (Sentencia T-388 de 2009) (13).

Lo anterior establece una serie de acciones que apuntan a la reducción del embarazo adolescente, acompañado además de las acciones que se desarrollen en el cuatrienio 2010-2014 contempladas para la reducción del embarazo adolescente en el marco el *Plan Nacional de Desarrollo “Prosperidad para todos”* que establece metas relacionadas como son: la meta de reducción de embarazos en mujeres de 15 a 19 años a menos del 15% en 2014, la meta de aumento en la prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción entre la población adolescente (15 a 19 años) a un 63,3% en 2014, y la meta de aumento en la prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción entre la población sexualmente activa a 74% en 2014.

Dentro de los avances se tiene la implementación del *Modelo de servicios de salud amigables y para adolescentes y jóvenes*, facilitando así el acceso y la atención integral de la población joven y adolescente. Según datos del Ministerio de Salud, entre 2007 y 2011

se han 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 (14).

Además en el 2012 se presenta el *Documento Conpes 147*, que pone a consideración los 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, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años; con énfasis en los proyectos de vida de niños y jóvenes, en la permanencia escolar, en la culminación del ciclo educativo y el logro de familias funcionales más allá de enfoques biológicos(15). Así mismo, dentro de la formulación del Plan Decenal de Salud Pública, una de las dimensiones prioritarias es la de Salud Sexual y Reproductiva., donde, a través de una construcción participativa, se han establecido las prioridades territoriales en materia de derechos sexuales y reproductivos en cada una de las regiones desde un enfoque diferencial apuntando a la disminución de uno de los intolerables evitables: el embarazo no deseado y en adolescentes, especialmente el embarazo en menores de 14 años (15).

Uno de los retos para el logro de las metas propuestas desde el gobierno, es poder dar respuesta a los determinantes sociales del embarazo adolescente, al fortalecimiento de la acción intersectorial y a la atención primaria en salud, con el fin de crear condiciones que promuevan y garanticen el bienestar de adolescentes y jóvenes en cada una de las regiones (15). Otro reto es el mejoramiento de la información sobre este grupo de edad, ya que la disponibilidad de información sobre los adolescentes, en particular en el grupo de 10 a 14 años, es relativamente escasa, y más aun teniendo en cuenta el aumento de casos de embarazo adolescente. Además hay un considerable número de esferas, tales como la salud mental de los adolescentes, la discapacidad y los indicadores de calidad para la educación secundaria, en las que simplemente no hay datos en cantidad suficiente (16), que permita un

abordaje integral de los determinantes sociales del embarazo adolescente.

### Referencias Bibliográficas

1. UNFPA IPEA. Contribuciones potenciales a la agenda de los ODM a partir de la perspectiva de la CIPD: resumen e implicaciones programáticas. Documento de investigación 5. ; 2007.
2. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD. Informe Regional sobre Desarrollo Humano para América Latina y el Caribe 2010. Actuar sobre el futuro: romper la transmisión intergeneracional de la desigualdad. ; 2010.
3. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2012. ; 2012.
4. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2012. Organización Mundial de la Salud; 2012.
5. Flórez CE. Fecundidad adolescente: diferenciales sociales y geográficas, 2005. Revista de la información básica. Revista virtual. Revista del Centro Andino de Altos Estudios CANDANE; 4(2).
6. Flórez CE. Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia. Rev Panam Salud Pública. 2005; 18(6).
7. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogotá; 2010.
8. Flórez CE, Soto V. Fecundidad adolescente y desigualdad en Colombia. Notas de población. CEPAL. 2006;(83).
9. Bernal R, Camacho A. La política de primera infancia en el contexto de la equidad y movilidad social en Colombia. Documentos CEDE. 2012 octubre;(33).
10. Henao J, González C, Vargas E. Fecundidad adolescente, género y desarrollo. Evidencias de la investigación. Territorios. 2007 enero-julio;(16-17).
11. Flórez CE, Soto V. Fecundidad adolescente y pobreza. Diagnóstico y lineamientos de política Planeación DNd, editor.; 2007.
12. UNFPA. UNFPA Colombia. [Online]. [cited 2012 12 20. Available from:

<http://www.unfpa.org.co/menuSup.php?id=5>.

13. UNFPA. Estado de la población mundial 2012: Sí a la opción, no al azar. Planificación de la familia, derechos humanos y desarrollo; 2012.

14. Ministerio de Salud y Protección Social. Ministerio de Salud y Protección Social. [Online]. 2012 [cited 2012 diciembre 21. Available from: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Estrategias-de-saludsexual-y-reproductiva-en-adolescentes.aspx>.

15. Ministerio de Salud y Protección Social. Ministerio de Salud y Protección Social. [Online]. 2012 [cited 2012 diciembre 21. Available from: <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Ministro-de-Salud-hacereflecciones-sobre-embarazo-adolescente.aspx>.

16. UNICEF. La adolescencia: Una época de oportunidades. Informe Estado mundial de la infancia 2011; 2011.

Publicado en: Hospital  
VINCULO

[http://www.elhospital.com/eh/secciones/EH/ES/MAIN/IN/ESTUDIOS\\_CASO/doc\\_91920\\_HTML.html?idDocumento=91920](http://www.elhospital.com/eh/secciones/EH/ES/MAIN/IN/ESTUDIOS_CASO/doc_91920_HTML.html?idDocumento=91920)