



**DNP** Departamento  
Nacional  
de Planeación

# Observatorio Nacional de Familias

Boletín No. 5  
Mayo 30 de 2015

**Director General**

*Simón Gaviria Muñoz*

**Subdirector Sectorial**

*Luis Fernando Mejía*

**Subdirector Territorial y de Inversión Pública**

*Manuel Fernando Castro*

**Secretario General**

*Edgar Antonio Gomez Alvarez*

**Directora Dirección de Desarrollo Social**

*Alejandra Corchuelo Marmolejo*

**Subdirector de Promoción Social y Calidad de Vida**

*Alejandro Mateus Amaya*

**Consejo Editorial**

*Carmen Elisa Florez*

*Karla Bibiana Mora Martinez*

*Hermes Niño Leal*

*Katty de Oro Genes*

*Ximena Pardo Peña*

*Luis Alexander Rojas*

Departamento Nacional de Planeación  
Bogotá D.C, Colombia, Junio de 2015

# Tabla de contenido

---

Editorial .....	4
Indicadores de embarazo en la adolescencia y maternidad temprana a partir de las encuestas de calidad de vida .....	6
Embarazo en la adolescencia y estructura familiar .....	16
Embarazo en la adolescencia y asistencia al sistema educativo en Colombia .....	22
Embarazo en la adolescencia y desempeño en el mercado laboral .....	28
Atención y acceso a los servicios de salud en adolescentes gestantes y madres adolescentes.....	32

# Editorial

La adolescencia es la etapa del ser humano en la que, en gran medida, se define el porvenir de la persona, es el espacio en que las y los jóvenes deben tomar decisiones que permiten definir el proyecto de vida a seguir, y es a este grupo etario que los adultos deben ofrecer las condiciones adecuadas para que obtengan las herramientas necesarias que les permita preparar y desarrollar su futuro, dentro de un ambiente de seguridad y oportunidades.

En este sentido, corresponde a las familias y al Estado brindar la protección necesaria para que los adolescentes encuentren su camino, obtengan un óptimo proceso de acumulación de capital humano, logren las condiciones necesarias para alcanzar una vida digna y amplíen de esta forma su participación en el desarrollo social y económico del país. Es así como el Conpes 147 de 2012 se convierte en la herramienta institucional que permite desarrollar la estrategia para prevenir el embarazo en la adolescencia, que no sólo representa riesgos en la salud de las jóvenes, sino que también se convierte en un factor que limita las oportunidades de obtener capacidades para el desempeño futuro.

Teniendo en cuenta las anteriores consideraciones, el Observatorio de Familia presenta el primer boletín de 2015, el cual está integrado por cinco artículos sobre el comportamiento del embarazo en la adolescencia en nuestro país. Se hacen análisis, propuestas y recomendaciones desde perspectivas diferentes como son los indicadores de seguimiento, los efectos en educación, empleo y salud, y la relación del embarazo en la adolescencia con la estructura familiar.

En el primero de ellos se evalúa los indicadores utilizados en Colombia para medir el embarazo en la adolescencia, a partir de la ENDS, la cual se realiza cada cinco años, permitiendo de este modo la obtención de mediciones continuas del fenómeno. Con el fin de mejorar la oportunidad en las mediciones, el artículo hace una propuesta de indicador que, a partir de la encuesta de calidad de vida – ECV-, permite la medición anual del embarazo en la adolescencia, mejorando los mecanismos de seguimiento utilizados por las autoridades encargadas de prevenir la maternidad temprana.

El segundo artículo hace una descripción de la estructura familiar (de acuerdo con la tipología que clasifica a los hogares por las relaciones de parentesco entre sus miembros), y el embarazo en la adolescencia. Se presenta una descripción sobre la presencia de adolescentes embarazadas en cada uno de los tipos de familia y sus efectos sobre las mismas.

El tercer artículo hace un análisis de la relación existente entre el embarazo en la adolescencia y la asistencia al sistema educativo en el país. En dicho análisis se demuestra cómo la mujer es la más afectada con el embarazo, llevando el mayor peso de la responsabilidad con el cuidado del hijo y los quehaceres del hogar, lo cual conduce a que en muchos casos la madre deba abandonar sus estudios.

Algunos efectos del embarazo en la adolescencia en el mercado laboral son analizados en el cuarto artículo, en el cual se comparan indicadores de empleo y desempleo en esta población (entre 12 y 19 años de edad), teniendo en cuenta si

la joven estaba embarazada o si ya había tenido hijos frente a las demás adolescentes. Se muestran diferencias en las actividades realizadas por estas adolescentes y su participación en el mercado de trabajo.

Finalmente, se encuentra un artículo en el que se presenta el análisis del estado de salud materno infantil de las mujeres embarazadas o que ya son madres, en edades de 15 y 19 años, respecto a aquellas madres o mujeres embarazadas entre 20 y 34 años a partir de la ENDS 2010. Igualmente, se hace un comparativo en el acceso a los servicios de salud de mujeres embarazadas, o que han sido madres, de 15 a 19 años, frente a mujeres de 20 a 24 años, en la misma condición con la ECV 2014.

## Autor

---

**Hermes Niño Leal**

Asesor

Subdirección de Promoción y Calidad de

Vida

[hnino@dnps.gov.co](mailto:hnino@dnps.gov.co)

# Indicadores de embarazo en la adolescencia y maternidad temprana a partir de las encuestas de calidad de vida

*La maternidad en edades tempranas ha sido identificada como una limitación para alcanzar niveles adecuados de calidad de vida y bienestar, sus causas y sus consecuencias han sido ampliamente estudiadas y un sinnúmero de gobiernos han diseñado e implementado estrategias para evitarla y enfrentar sus consecuencias (Banco Mundial, 2012; Flórez y Soto, 2013).*

**E**n enero de 2012, a través del CONPES Social 147, el gobierno de Colombia trazó los lineamientos para el desarrollo de una estrategia de prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para niños, niñas, adolescentes y jóvenes entre 6 y 19 años. Estos lineamientos fueron construidos alrededor de cuatro (4) ejes estratégicos: Intersectorialidad; Desarrollo Humano y Proyecto de Vida; Servicios de Derechos Sexuales y Reproductivos y Salud Sexual y Reproductiva y; Monitoreo y Evaluación (DNP, 2012).

Los lineamientos se implementaron en 192 municipios en una fase piloto. Los municipios seleccionados fueron aquellos que concentraban los nacimientos en madres adolescentes y fue liderada por la antigua Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, en coordinación con las entidades que hacen parte de la Comisión Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos (Decreto 2968 de 2010).

De otro lado, como parte del eje de Monitoreo y Evaluación, el Departamento Nacional de Planeación - DNP realizó una evaluación de procesos y una línea de base de resultados de la fase piloto de la implementación de la estrategia. Parte de los hallazgos de esta evaluación fueron incluidos en la propuesta del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, en sus planteamientos relacionados con el fortalecimiento de la Estrategia para la Prevención del Embarazo en la Adolescencia.

En nuestro país, la medición sistemática y oficial de la maternidad temprana empezó a partir de su inclusión en la adaptación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio - ODM para Colombia; *detener el crecimiento del porcentaje de adolescentes que han sido madres o están en embarazo, manteniendo esta cifra por debajo de 15%*, fue una de las metas nacionales asociadas al Objetivo 5 “Mejorar la Salud Sexual y Reproductiva” (DNP, 2005). La fuente propuesta para la medición de esta meta fue la Encuesta

Nacional de Demografía y Salud ENDS, disponible para el país cada cinco años. Es probable que la meta propuesta haya resultado muy ambiciosa ya que desde 1995, el porcentaje de adolescentes que habían sido madres o estaban embarazadas venía creciendo de manera sostenida. Para ese año se ubicaba en 17.4%, en 2000 fue 19.1% y en 2005 superaba el 20%, entre 2005 y 2010 se observó el primer quiebre de la tendencia creciente de 15 años y la tasa se ubicó en 19.5% (Flórez y Soto, 2013).

La prevención de la maternidad temprana es un tema de especial interés en políticas públicas, no sólo por sus efectos en pobreza y calidad de vida sino porque 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.

La prevención de la maternidad temprana está presente en la adaptación de los ODM para Colombia, tiene unos lineamientos de política nacional (CONPES Social 147 de 2012) y se enmarca dentro de las estrategias para “Consolidar condiciones equitativas que permitan, dentro del marco de la protección integral, alcanzar y sostener el desarrollo integral y el ejercicio efectivo de los derechos de niñas, niños, adolescentes y jóvenes en el territorio nacional” del capítulo de Movilidad Social en la propuesta de Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018.

Por ser un tema de especial trascendencia, es necesario disponer de indicadores que nos permitan realizar seguimiento continuo al fenómeno de la maternidad temprana. La ENDS, por su especialidad, permite hacer seguimiento a la maternidad temprana y a sus determinantes (factores de riesgo y factores protectores) de distintos niveles

de influencia, sin embargo, tiene la limitación de realizarse cada cinco (5) años. La propuesta contenida en este artículo busca establecer un indicador a partir de la Encuesta de Calidad de Vida - ECV que permita un seguimiento más continuo del fenómeno y pueda emitir alertas a los encargados de liderar y coordinar las acciones de prevención de la maternidad temprana.

La presente propuesta no pretende reemplazar los análisis que se realizan a partir de la ENDS, de hecho, es necesario fortalecer este instrumento para medir cambios en los determinantes de la maternidad temprana a lo largo del tiempo. La propuesta de medición de la maternidad temprana a partir de la ECV complementa el seguimiento que se realiza con la ENDS, se centra en el resultado y permite medir la distribución del fenómeno entre regiones, zona de residencia y nivel socioeconómico.

## La medición de la maternidad temprana

La reproducción durante la adolescencia se puede medir con la Tasa Específica de Fecundidad o con el Porcentaje de madres adolescentes. La Tasa Específica de Fecundidad se define como el número de nacimientos en un grupo de edad específico en un año calendario, por cada mil mujeres en ese mismo rango de edad.

Para construir el conjunto de estas tasas por edad es necesario contar con información confiable sobre los nacimientos, de cualquier orden, ocurridos cada año y la edad de las madres al nacimiento del hijo, así como con información sobre el volumen de población femenina para cada edad (Rodríguez, 2014). En el caso de Colombia, se puede recurrir al registro de nacimiento de Estadísticas Vitales y a las

proyecciones de población del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE. Sin embargo, un indicador construido de esta manera presenta las siguientes dificultades: el proceso de consolidación y ajustes del registro de nacimientos de Estadísticas Vitales permite contar con información con dos o tres años de rezago; las proyecciones de población son realizadas a partir de los Censos de Población y a medida que se alejan de su fecha de realización presentan un mayor error; permite tener información de las mujeres que tienen hijos durante el año inmediatamente anterior pero no sobre las que ya son madres y; no permite analizar la información reproductiva de manera conjunta con información que dé cuenta de la condición de pobreza, de ingresos u otra información relevante del hogar.

De acuerdo con Rodríguez (2014) el indicador más usado para medir la maternidad adolescente es el porcentaje de madres entre las mujeres de 15 a 19 años, el cual se calcula generalmente a partir de encuestas. En concepto del autor, este indicador no se puede interpretar como el riesgo de ser madre durante la adolescencia dado que parte de las mujeres incluidas en el cálculo no han superado la etapa de riesgo y podrán enfrentarse a la maternidad temprana más adelante, antes de culminar su adolescencia.

Además de lo anterior, no da cuenta de la intensidad de la fecundidad al no tener en cuenta el número de nacidos vivos, se calcula solamente con los nacimientos de primer orden. Por lo tanto, un descenso en los nacimientos de orden 2 o superior, pero no en los de orden 1, puede llevar a un descenso en la tasa de fecundidad pero no en la proporción de madres. Como afirma Flórez (2011), intervenciones de política dirigidas a las adolescentes que ya son madres afectarán solo la tasa de fecundidad,

mientras que aquellas dirigidas a las adolescentes que aún no son madres (intervenciones con objetivos preventivos) afectarán la proporción de madres como también la tasa de fecundidad (Rodríguez, 2008).

El indicador de proporción de adolescentes madres o embarazadas es el que se ha utilizado para realizar seguimiento a la maternidad adolescente en Colombia. El embarazo temprano puede medirse a través de varios eventos, la ocurrencia de un nacido vivo, embarazo actual y las pérdidas, interrupciones, abortos, embarazo extrauterino, muerte fetal o nacido muerto. Si el interés es analizar determinantes es recomendable incluir todos estos eventos, tal como lo proponen Flórez y Soto (2013).

Retomando los elementos expuestos diremos que la **proporción de adolescentes que han enfrentado un embarazo temprano** se define como el conjunto de adolescentes que han tenido hijos/as nacidos vivos o están embarazadas o han tenido pérdidas, en relación con el total de adolescentes. Estas categorías no son excluyentes, podemos encontrar adolescentes que han enfrentado los tres eventos, como se muestra en el Esquema 1.

### Esquema 1. Eventos de Embarazo Temprano



La inclusión de los eventos en el indicador diseñado dependerá de las preguntas incluidas en las encuestas, algunas encuestas indagan por cada evento de manera aislada (ENDS 2005 y 2010), otras incluyen de manera separada las preguntas sobre embarazo actual e hijos/as nacidos vivos, sin realizar la pregunta de pérdidas (ECV 2008), otras preguntan solo sobre embarazo actual (ECV 2010) y otras realizan una única pregunta sobre embarazo actual o hijos nacidos vivos, omitiendo la pregunta sobre pérdidas (ECV 2011 – 2014). En cualquiera de los casos el denominador será el total de la población de mujeres adolescentes.

Las estimaciones de embarazo en la adolescencia que incluyen las pérdidas aumentan un poco la tasa de prevalencia por el efecto de las adolescentes que han enfrentado este evento y no han tenido hijos/as nacidos vivos ni se encuentran actualmente embarazadas. Para 2010, el embarazo en la adolescencia aumenta en 1.6 puntos porcentuales cuando se incluyen las pérdidas, en relación con el indicador que sólo tiene en cuenta los eventos de embarazo actual y haber tenido un hijo/a nacido vivo (Flórez y Soto, 2013).

Otro tema trascendental en la construcción de indicadores de maternidad en la adolescencia es el rango de edad sobre el cual se mide. Rodríguez (2014) define tres grupos etarios de la adolescencia, temprana (10 a 14 años), media (15 a 17) y tardía (18 a 19), por su parte, Flórez y Soto (2013) describen tres estadios de la adolescencia, temprana (10 a 13 años), intermedia (14 a 17 años) y avanzada (18 a 19 años). No obstante las definiciones anteriores, los límites a la conformación de los grupos sobre los cuales medir la maternidad temprana viene dado por la edad a partir de la cual se realizan las preguntas en las encuestas, la ENDS las realiza a partir de

los 13 años mientras que la ECV las realiza a partir de los 12.

Toda vez que en nuestro país de manera tradicional se ha medido la maternidad en la adolescencia para el grupo de 15 a 19 años, esta propuesta retoma ese segmento de la población y adiciona el grupo de 12 a 14 años, así, se calculará la maternidad en la adolescencia temprana para mujeres de 12 a 14 años, maternidad en la adolescencia media y tardía para mujeres de 15 a 19 años y, maternidad en la adolescencia total para mujeres de 12 a 19 años. Los eventos que se incluirán dentro de la maternidad temprana son embarazo actual y haber tenido hijos/as nacidos vivos.

*Indicador de Maternidad en la Adolescencia IMA*

$$= \frac{PobM_{12-14} \left( \frac{\sum_{i=1}^n MadreAdolescente_{12-14}}{PobM_{12-14}} \right)}{PobM_{12-19}} + \frac{PobM_{15-19} \left( \frac{\sum_{j=1}^m MadreAdolescente_{15-19}}{PobM_{15-19}} \right)}{PobM_{12-19}}$$

$\left\{ \begin{array}{l} n: \text{número de mujeres de 12 a 14 años} \\ m: \text{número de mujeres de 15 a 19 años} \\ MadreAdolescente \begin{cases} 1: \text{Si está embarazada o ha tenido hijos nacidos vivo} \\ 0: \text{Sino} \end{cases} \end{array} \right.$

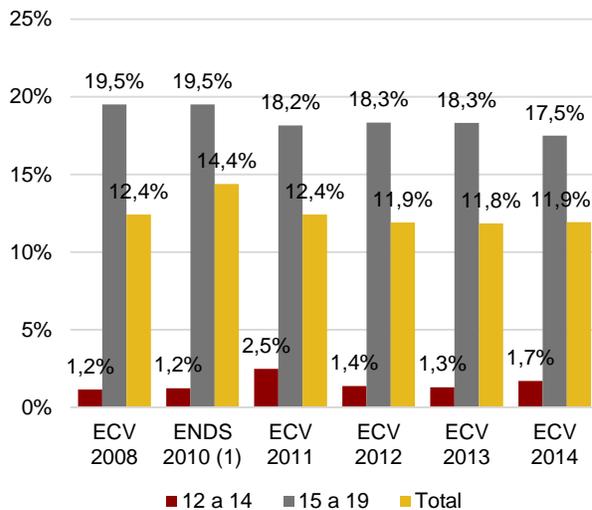
## Resultados

Como se mencionó en la sección anterior, el Indicador de Maternidad en la Adolescencia IMA se define como la proporción de adolescentes que manifiestan estar embarazadas o haber tenido un hijo o hija nacido vivo. Este indicador se calcula para los rangos de edad, 12 a 14, 15 a 19 y 12 a 19.

Los hallazgos a partir de la ECV son coherentes con las estimaciones a partir de la ENDS aun cuando las dos encuestas no son del todo comparables. De acuerdo con la ECV 2008, un 19.5% de las adolescentes de 15 a 19 años habían sido madres o estaban

embarazadas, esta proporción es igual al cálculo realizado a partir de la ENDS 2010. El rango de 12 a 14 y el total no son comparables toda vez que la ENDS 2010 realiza las preguntas sobre embarazo o hijos/as nacidos vivos a partir de los 13 años.

**Gráfico 1. Indicador de Maternidad en la Adolescencia**



Fuente: DANE, ECV 2008, 2011-2014. ENDS 2010.  
Nota (1) el primer rango es 13-14, el total es 13-19.

De acuerdo con lo presentado en Tabla 1, la proporción de adolescentes de 12 a 19 años que han sido madres o están embarazadas ha caído en 0.5 puntos porcentuales (pp) entre 2008 y 2014. Al analizar el comportamiento en cada grupo de edad encontramos que la caída en el rango de 15 a 19 años ha sido de 2 pp mientras que para el rango de 12 a 14 años esta proporción ha subido en 0.6 pp, es decir, los avances en el IMA se han visto limitados por el empeoramiento de la situación de las adolescentes entre 12 y 14 años.

El hallazgo anterior es preocupante porque las relaciones sexuales con menores de 14 años en nuestro país son

consideradas un delito, además, los efectos adversos de la maternidad se exacerbaban en estas edades. De acuerdo con DNP (2014), la Razón de Mortalidad Materna por cada 100 mil nacidos vivos es 124 para el grupo de 10 a 14 años mientras que este mismo indicador, para el promedio de las maternas, es 68.7.

**Tabla 1. IMA por Rangos de Edad**

Encuesta / Año	Rango de Edad		
	12 a 14	15 a 19	Total
ECV 2008	1.2%	19.5%	12.4%
ENDS 2010 (1)	1.2%	19.5%	14.4%
ECV 2011	2.5%	18.2%	12.4%
ECV 2012	1.4%	18.3%	11.9%
ECV 2013	1.3%	18.3%	11.8%
ECV 2014	1.7%	17.5%	11.9%

Fuente: DANE, ECV 2008, 2011-2014. ENDS 2010. Cálculos propios.

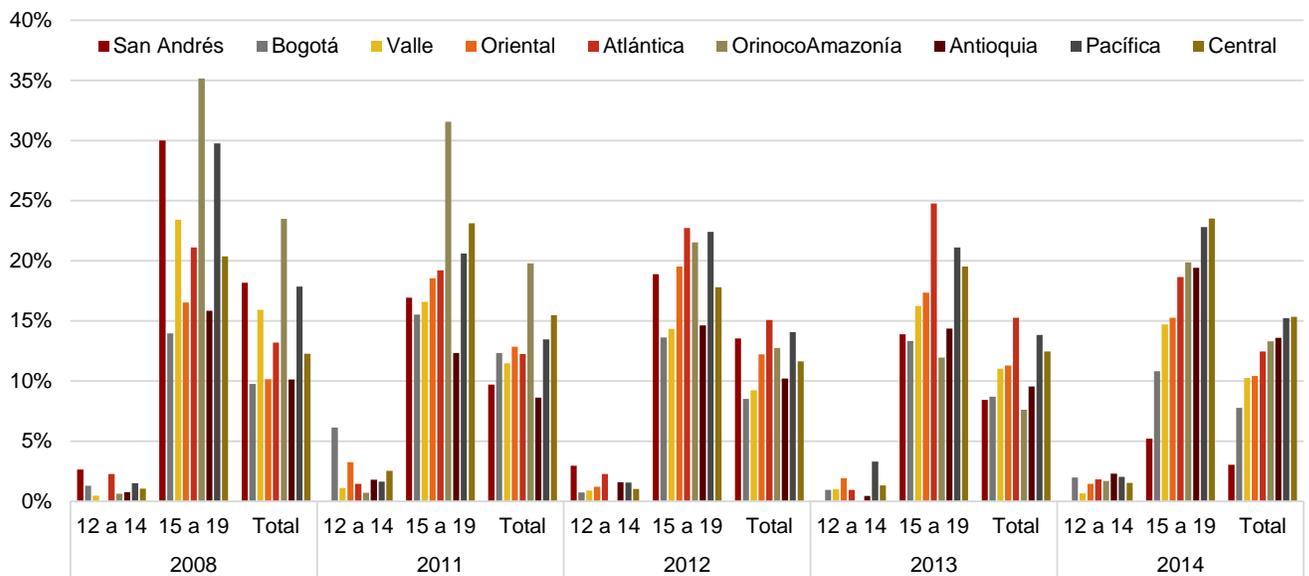
Nota (1) el primer rango es 13-14, el total es 13-19.

El gráfico 2 muestra el IMA para las regiones de la ECV y para los grupos de edad definidos. De manera general se observa que el comportamiento de la maternidad en la adolescencia es muy distinto entre regiones. Por ejemplo, para el año 2008, el IMA para mujeres de 15 a 19 años en la región Orinoquía-Amazonía fue de 35.2% mientras que en Bogotá fue 14%, es decir, una brecha de 21.2 pp. En 2008 y 2011 las regiones Orinoquía-Amazonía y Pacífica se destacaban por sus altas proporciones de maternidad en la adolescencia, en 2012 y 2013 la región Orinoquía-Amazonía fue desplazada por la región Atlántica y la Pacífica continuaba destacándose como la segunda región con mayor proporción de maternidad en la adolescencia, para 2014, la región Central alcanza la mayor proporción de maternidad temprana, la Pacífica conserva su segundo lugar y la región Atlántica se desplaza a un tercer lugar.

Entre 2008 y 2014, 6 de las 9 regiones han logrado disminuir su proporción de maternidad en la adolescencia, la región con la disminución más destacada fue San Andrés que logró disminuir en 15.1 pp su proporción de adolescentes que han sido madres o están embarazadas, otras caídas destacadas se observaron en la región Orinoquía – Amazonía (10.2 pp) y Valle (5.7 pp). Valdría la pena indagar de

manera más profunda en las razones de estas caídas, en especial si existió una acción de política que pudiera ser replicada en otras regiones del país. Las tres regiones que presentaron desmejora en su indicador de maternidad temprana fueron Antioquia y las regiones Central y Oriental.

**Gráfico 2. IMA por Regiones 2008 - 2014**



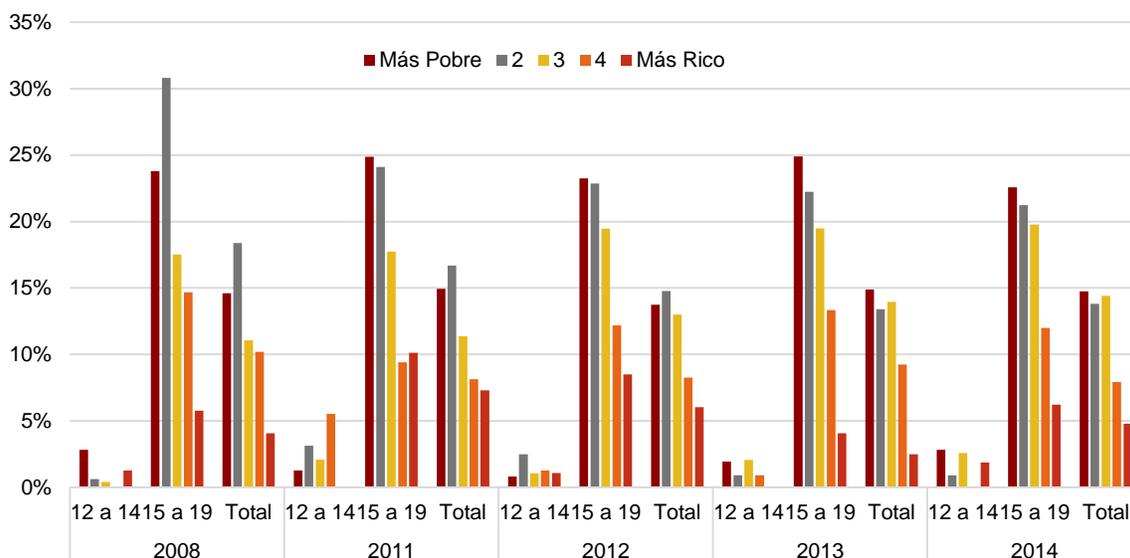
Fuente: DANE ECV 2008, 2011-2014. Cálculos propios.

Por último, preocupa que, para el último año, Antioquia y Bogotá presente las mayores proporciones de maternidad temprana en adolescentes de 12 a 14 años, un 2.3% de las adolescentes en este rango de edad en Antioquia y un 2% en Bogotá ya eran madres o se encontraban en embarazo.

Una de las ventajas del cálculo del IMA a partir de las ECV es la posibilidad de realizar desagregaciones por nivel socioeconómico, por ejemplo, por quintiles de ingreso toda vez que esta encuesta tiene información detallada

sobre los distintos ingresos que genera el hogar.

**Gráfico 3. IMA por Quintiles de Ingreso pc del hogar**

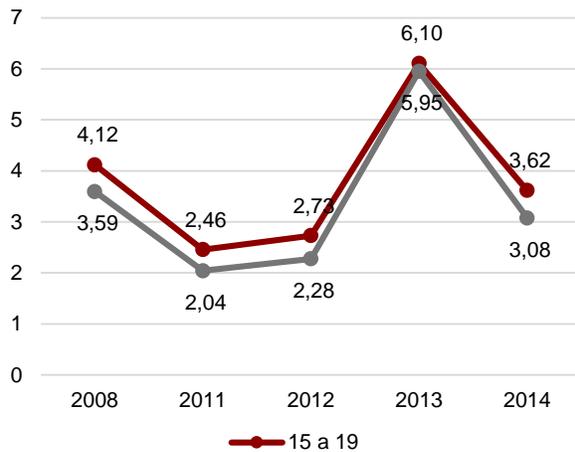


Fuente: DANE ECV 2008, 2011-2014. Cálculos propios.

De acuerdo con lo presentado en Gráfico 3 se observa un gradiente en la proporción de adolescentes que son madres o han estado embarazadas, es decir, los quintiles de ingresos más pobres tienden a mayores valores en el indicador de maternidad en la adolescencia. Ese gradiente es claro para el grupo de 15 a 19 años pero no así para el de 12 a 14. De hecho, para 2011, el quintil 4 tenía la mayor proporción de maternidad en la adolescencia en este grupo de edad, mientras que, para 2014, esta proporción tiene un comportamiento que fluctúa a medida que aumenta el quintil. Este hallazgo requiere un análisis más detallado, mientras que la maternidad en jóvenes de 15 a 19 años parece estar muy determinada por los ingresos de su hogar, la de 12 a 14 años podría tener otros factores asociados y el ingreso de su hogar no ser tan relevante para explicar algún evento de maternidad temprana en este rango de edad.

Flórez y Soto (2013) definen una medida de equidad en la prevalencia de la maternidad en la adolescencia. Las autoras proponen el cálculo de la razón de las tasas entre el quintil más pobre y el menos pobre, los quintiles utilizados en la propuesta referenciada corresponde a quintiles de riqueza. En este trabajo se realiza una adaptación de la propuesta señalada a partir de los quintiles de ingreso pc del hogar.

**Gráfico 4. Razón Q1/Q5 IMA<sup>1</sup>**



Fuente: DANE ECV 2008, 2011-2014. Cálculos propios

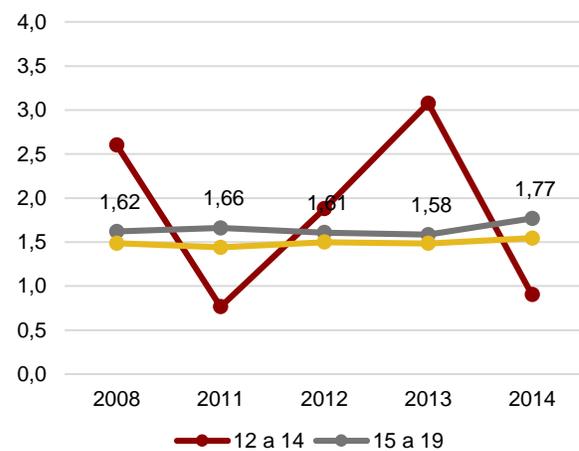
El gráfico 4 muestra la razón del indicador de maternidad temprana del quintil 1 de ingresos (quintil más pobre) y el quintil 5 (más rico). Para todos los años esta razón es por lo menos 2, es decir, en los años más “equitativos” el indicador de maternidad temprana de quintil más pobre es por lo menos el doble del observado para el quintil más rico. Esta razón ha tenido un comportamiento fluctuante, llegando a un pico de 6.1 en 2013 que se revirtió hasta 3.6 en 2014 lo cual puede estar explicado por la naturaleza coyuntural de los ingresos, un hogar puede pasar fácilmente de un quintil de ingresos a otro por cambios en la condición laboral de sus integrantes.

Los hallazgos de Flórez y Soto (2013) son similares, las autoras trabajan con un índice de riqueza que puede dar cuenta de condiciones de bienestar estructurales, sin embargo también encuentran que la razón Q1/Q5 es fluctuante, con caídas sostenidas entre 1995 y 2005 y un repunte en 2010 donde llega a 4 (p. 9).

<sup>1</sup> No se incluye el grupo de 12 a 14 años porque para 2013 el indicador del Q5 era 0%, haciendo imposible el cálculo de la razón Q1/Q5.

Adicional a las medidas de inequidad por ingresos, las autoras proponen una medida de inequidad entre zonas de residencia, correspondiente a la razón entre el indicador de la zona rural y urbana. Siguiendo la metodología propuesta, realizamos el cálculo de esta razón tomando como fuente las ECV, tal como se presenta en el gráfico 5.

**Gráfico 5. Razón Rural/Urbano IMA**



Fuente: DANE ECV 2008, 2011-2014. Cálculos propios

Los datos muestran que la razón rural/urbano, calculada para el total de las adolescentes, se mantiene alrededor de 1.5 con pequeñas variaciones entre los años considerados, es decir, la proporción de maternidad en la adolescencia en la zona rural es 1.5 veces la observada para la zona urbana. Este hallazgo coincide con el de Flórez y Soto (2013) quienes, a partir de la ENDS, estiman que esta razón fue 1.7 en 1995 y se ha mantenido en 1.5 desde 2000 hasta 2010.

Para el grupo de 15 a 19 la inequidad es más marcada, desfavoreciendo a la zona

rural, para 2014, el IMA de la zona rural para las adolescentes en este grupo de edad era 1.8 veces la observada en la zona urbana. Para el grupo de 12 a 14 años el comportamiento de esta razón ha sido errático, coincidiendo con lo hallado por quintiles de ingreso, donde el comportamiento del indicador se aleja de lo esperado, para 2008, 2012 y 2013 la inequidad desfavorece a la zona rural y para 2011 y 2014 a la zona urbana.

## Conclusiones y Recomendaciones

La Encuesta de Calidad de Vida constituye una fuente de información valiosa para realizar seguimiento a la maternidad temprana en Colombia, ya que permite tener una estimación anual del fenómeno y analizar brechas regionales, por zona de residencia y por niveles de ingreso.

Los análisis que se realizan a partir de las Encuestas de Calidad de Vida son un complemento a los realizados a partir de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Esta última fuente nos sirve para analizar el efecto de los determinantes, en especial los asociados a comportamientos donde la ECV no es una fuente idónea. Así mismo, la ENDS permite realizar estimaciones sobre la intensidad del embarazo adolescente toda vez que contiene información detallada sobre el número de hijos, y en particular la historia de nacimientos. Los indicadores tradicionales de maternidad temprana obtenidos a través de la ECV son coherentes con los hallados a partir de la ENDS, se conservan los niveles y las tendencias.

La maternidad en la adolescencia ha presentado una evolución discreta pero favorable entre 2008 y 2014, los avances se han visto limitados por el aumento en

la maternidad en la adolescencia temprana (12 a 14 años). Es necesario que se fortalezcan las acciones de prevención en estos rangos de edad y se garantice la restitución de derechos a las adolescentes en este rango de edad toda vez que los eventos de maternidad temprana podrían evidenciar la ocurrencia de un delito contra las adolescentes en estas edades.

La maternidad temprana presenta amplias diferencias entre regiones, sin embargo, las regiones con los peores desempeños no han sido siempre las mismas entre los años analizados. Al principio del periodo, la región Orinoquia-Amazonia presentaba el peor indicador de maternidad temprana, en los años intermedios la región Atlántica desplazó a la Orinoquia-Amazonia y en el último año disponible la región Central presenta la proporción más alta de adolescentes que han sido madres o están embarazadas. La región Pacífica ha sido la más estable conservando siempre el segundo o tercer lugar en los años analizados entre las regiones con mayor maternidad en la adolescencia.

A pesar de que la maternidad temprana es un fenómeno que se observa en todos los niveles socioeconómicos, ésta no tiene una distribución equitativa entre niveles de ingreso. Se observa un gradiente que desfavorece a las adolescente de los quintiles de ingreso más bajo; en los años más equitativos, el indicador de maternidad adolescente del quintil 1 es por lo menos dos veces el observado para el quintil 5.

No obstante lo anterior, para el grupo de 12 a 14 años este gradiente no es tan claro, para algunos años se observa que niveles de ingreso intermedios o incluso los más altos presentan las mayores proporciones de maternidad temprana en este rango de edad. Es necesario analizar de manera más detallada los

determinantes de la maternidad en la adolescencia en este rango de edad donde el nivel de ingreso de los hogares no parece estar relacionado de manera tan contundente con el fenómeno.

Entre zonas de residencia se observa una brecha en contra de la zona rural, la cual se ha mantenido más o menos constante entre los años analizados, con un leve repunte en el último año donde el indicador de maternidad en la adolescencia en la zona rural fue 1.8 veces el observado para la zona urbana, en el rango de edad de 15 a 19 años.

Este hallazgo evidencia las menores oportunidades que enfrentan las y los jóvenes rurales para desarrollar su proyecto de vida sin incurrir en la maternidad temprana. Lo anterior soporta el planteamiento de la propuesta de Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 que establece “*Ampliar la cobertura de la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva y derechos sexuales y reproductivos (...) en aquellas regiones con mayor incidencia de maternidad temprana y se definir lineamientos y abordajes que permitan una mayor cobertura en las zonas rurales del país*”

## Autora

**Katty de Oro Genes**

Subdirectora de Género

Economista

Magister en Economía

Estudiante de Maestría en Salud Pública

[kgenes@dnpgov.co](mailto:kgenes@dnpgov.co)

## Referencias Bibliográficas

Banco Mundial. (2012). Embarazo Adolescente y Oportunidades en América Latina y el Caribe: Sobre Maternidad Temprana, Pobreza y Logros Económicos. Washington: Banco Mundial.

DNP (2005). Documento Conpes Social 91: Metas y estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio - 2015”. Bogotá, Colombia.

DNP (2012). Documento 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, Adolescentes y Jóvenes en edades entre 6 y 19 Años. Bogotá, Colombia.

DNP. (2014). Informe de Seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2013. Recuperado de [https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Desarrollo%20Social/InformeODM\\_2013.pdf](https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Desarrollo%20Social/InformeODM_2013.pdf)

Flórez, C., Soto, V. (2013). Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia. Serie de Estudios a Profundidad ENDS 1990 – 2010. Bogotá, D.C.

Rodríguez, J. (2014). La reproducción en la adolescencia y sus desigualdades en América Latina: Introducción al análisis demográfico, con énfasis en el uso de microdatos censales de la ronda de 2010. Santiago de Chile: Cepal – UNFPA.

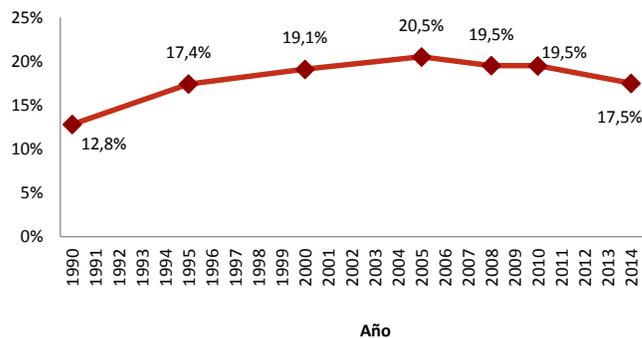
# Embarazo en la adolescencia y estructura familiar\*

De acuerdo con las Encuestas de Demografía y Salud de Profamilia y las Encuestas de Calidad de Vida del DANE, la prevalencia del embarazo en la adolescencia (proporción de adolescentes madres o embarazadas) aumenta significativamente entre 1990 y 2005, año a partir del cual la tendencia parece revertirse (Gráfica 1). En 1990, el embarazo en la adolescencia era de 12,8%, pero sistemáticamente aumenta hasta llegar a un 20,5% en 2005, un nivel de los más altos de la región latinoamericana, siendo similar, o incluso superior, al de algunos países de Centroamérica o del Caribe que se han caracterizado por tener un alto embarazo adolescente (Flórez, 2011). Sin embargo, a partir de ese año empieza a observarse una lenta tendencia decreciente, llegando a 17,5% en 2014, cuando logra el mismo nivel que tenía en 1990 (Gráfica 1).

El aumento en el embarazo en la adolescencia no ha estado acompañado de cambios importantes en los patrones de uniones (legales o consensuales), lo cual ha generado un aumento en la prevalencia del madresolterismo. El porcentaje de madres solteras entre las madres adolescentes aumenta de 18% en 1990 a 29% en 2010 (Flórez, 2011). Esta condición de crianza sin pareja, lleva a preguntarse sobre el efecto que pueda tener el creciente madresolterismo en la estructura de los hogares en Colombia.

Como lo indican varios estudios (Arriagada, 2008; Rodríguez, 2008), en América Latina predomina una cultura “familista”, y la familia desempeña un papel de apoyo ante diferentes riesgos sociales, entre los cuales se encuentra la crianza sin pareja. La joven madre adolescente sin pareja permanece viviendo en la casa de sus padres y éstos asumen la crianza del hijo de la adolescente, llevando a una reasignación de roles, recursos y organización familiar (Rodríguez, 2008).

**Gráfica1. Porcentaje de adolescentes de 15-19 años madres o embarazadas. 1990-2014**



Fuente: ENDS-1990; ENDS-1995; ENDS-2000; ENDS 2005; ENDS-2010. Cálculos SPSCV-DDS-DNP con base en ECV-2008 y ECV-2014

En este contexto, este documento explora la relación entre maternidad en la adolescencia y estructura familiar en Colombia, a partir de la información de la Encuesta Calidad de Vida de 2014.

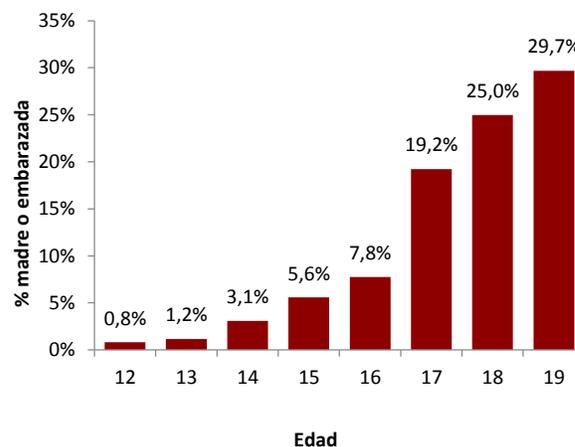
## Embarazo en la adolescencia

Aunque generalmente la prevalencia del embarazo en la adolescencia se estima para el grupo de 15-19 años, la evidencia indica que desde temprana edad se observan embarazos, aunque a niveles muy bajos. Según la ECV-2014<sup>2</sup>, la proporción de adolescentes madres o embarazadas no llega al 1% entre las mujeres de 12 años, pero sube a 3,1% entre las de 14 años, y sigue subiendo sistemáticamente con la edad hasta llegar a casi 30% entre las adolescentes de 19 años (Gráfica 2).

A pesar de las bajas tasas observadas antes de los 15 años, los valores no son despreciables especialmente por las implicaciones que tiene un embarazo a esas cortas edades tanto para la madre y su hijo como para la familia. Es en estos casos precisamente en donde la familia desempeña un papel importante de apoyo, tanto económico como familiar y de crianza. Por esta razón, en este documento se analiza la relación entre estructura familiar y maternidad/embarazo en la adolescencia para el grupo de mujeres adolescentes de 12-19 años.

Según la ECV-2014, en promedio, el 12% de las adolescentes de 12-19 años son madres o están embarazadas, siendo mayor este porcentaje en las zonas rurales (16,3%) que en las urbanas (10,6%).

**Gráfica 2. Proporción de adolescentes de 12-19 años con hijos o embarazada por edades simples. 2014**



Fuente: Cálculos SPSCV-DDS-DNP con base en ECV-2014

## Estructuras familiares

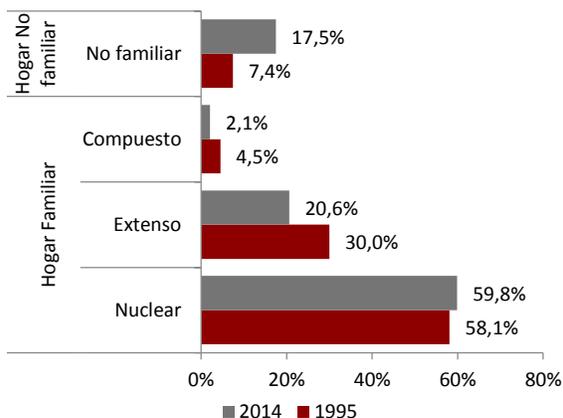
La evolución de las estructuras familiares según tipología de familia<sup>3</sup> indica que aunque la familia “tradicional” nuclear sigue siendo la forma dominante de organización de los hogares colombianos (59,8% en 2014), el hogar no familiar cobra importancia de manera significativa, principalmente a costa de los hogares extensos y compuestos, al pasar de 7,4% a 17,5% (Gráfica 3).

<sup>2</sup> En la ECV-2014, la pregunta “¿... está embarazada actualmente o ha tenido hijos?” se aplica a las mujeres de 12-49 años.

<sup>3</sup> La tipología de estructura de familia clasifica a los hogares según las relaciones de parentesco entre sus miembros de la siguiente forma: 1) Hogares familiares, que incluye a: i) hogares nucleares: se componen de un núcleo conyugal completo (biparental) o bien de un núcleo conyugal incompleto (monoparental) con hijos/sin hijos; ii) hogares extensos: son

hogares nucleares en los que además conviven uno o más familiares; iii) hogares compuestos: hogares nucleares en los que además viven uno o más miembros sin relaciones de parentesco; 2) Hogares no familiares conformados por: i) hogares unipersonales: una sola persona; ii) hogares sin núcleo: hogares en los que conviven personas sin relaciones de parentesco inmediato entre sí, y en donde no existe un núcleo conyugal, aunque puede haber otras relaciones de parentesco (Ullmann, Maldonado y Nieves, 2014).

**Gráfica 3. Distribución de los hogares según tipología de familia agregada. 1995 y 2014**



Fuente: Cálculos SPSCV-DDS-DNP con base en ECV-2014; Ordóñez, 1998

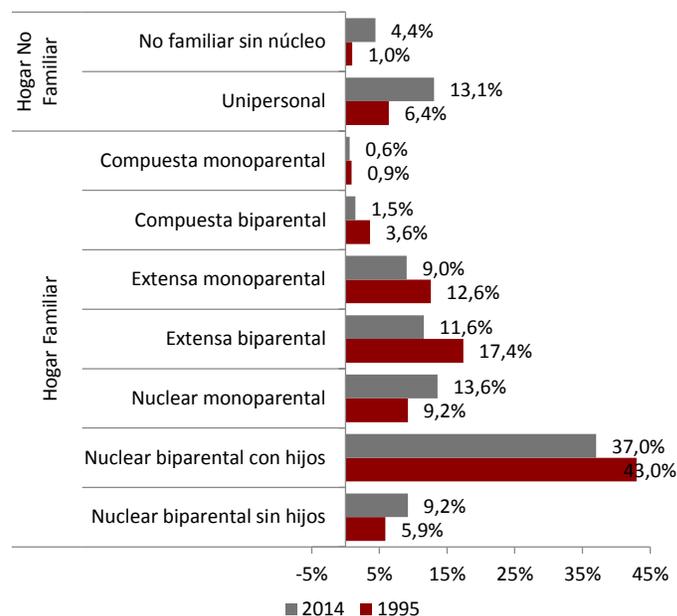
Sin embargo, la estructura familiar agregada de la Gráfica 3 esconde cambios importantes en la organización de los hogares, que podrían relacionarse tanto con la primera como con la segunda transición demográfica<sup>4</sup>. La Gráfica 4 presenta la clasificación de los hogares teniendo en cuenta la presencia o no de ambos cónyuges en el hogar y la presencia o no de hijos en el hogar nuclear.

Claramente se evidencia (i) una importancia creciente de los hogares no familiares y de los monoparentales (nucleares, extensos o compuestos), (ii) un aumento de los hogares nucleares biparentales sin hijos, y (iii) un aumento de los hogares nucleares monoparentales, a expensas de los hogares nucleares biparentales con hijos. Estos cambios podrían considerarse consecuencia del descenso de la fecundidad y de la mayor disolución de uniones que se ha vivido en el país, y podrían estar reflejando una tendencia hacia un debilitamiento de la

<sup>4</sup> La Primera Transición Demográfica se define como el proceso a través del cual las sociedades pasan de regímenes de altas tasas de mortalidad y natalidad a regímenes de bajas tasas de mortalidad y natalidad. La Segunda Transición Demográfica se

familia “tradicional” nuclear biparental como forma preferida de organización social. No obstante, en conjunto, los hogares biparentales – ya sean nucleares, extensos o compuestos – todavía representan en 2014 la mayoría de los hogares en el país: 59,3%.

**Gráfica 4. Distribución de los hogares según tipología de familia. 1995 y 2014**



Fuente: Cálculos SPSCV-DDS-DNP con base en ECV-2014; Ordóñez, 1998

Por otra parte, tanto el hogar unipersonal como el hogar no familiar sin núcleo pasan a constituir una forma relevante de organización en la estructura de los hogares: el primero más que duplica su importancia entre 1995 y 2014, mientras que el segundo aumenta en 4 veces su porcentaje (Gráfica 4).

En resumen, se observa en el país el surgimiento de formas alternativas de organización familiar, especialmente no familiares – ya sea sin núcleo o

refiere a los cambios en la formación de la familia, disolución de las uniones y patrones de reconstitución de la familia experimentados por las naciones occidentales desarrolladas, después de la II Guerra Mundial (Flórez y Sánchez, 2013).

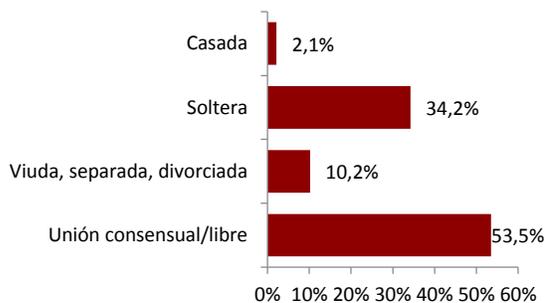
unipersonales-, mientras que la familia “tradicional” biparental pierde importancia y ganan terreno los hogares nucleares monoparentales.

## Estructura familiar y embarazo en la adolescencia

De acuerdo con la ECV-2014, por lo menos la tercera parte de las adolescentes madres o embarazadas de 12-19 años son solteras (nunca unidas), y un 10% están separadas/divorciadas o son viudas (Gráfica 5). Es decir, por lo menos el 44,4% de las adolescentes madres/embarazadas debe asumir la crianza de su hijo sin pareja, situación en la cual la familia entra a jugar un papel importante de apoyo en esta tarea.

Este resultado implícitamente evidencia que un porcentaje importante de las adolescentes madres/embarazadas probablemente no constituye nuevos hogares sino que permanece en el hogar de sus padres, quienes terminan asumiendo la crianza del hijo de la adolescente, afectando la configuración de la estructura familiar, y la asignación de recursos y de roles al interior del hogar.

**Gráfica 5. Distribución de las adolescentes de 12-19 años madres/embarazadas por estado conyugal. 2014**

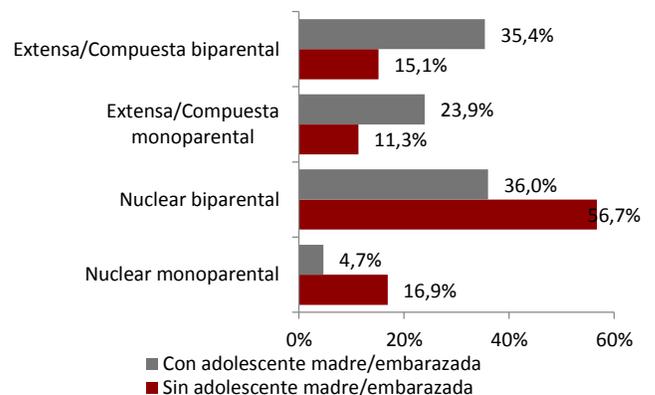


Fuente: Cálculos SPSCV-DDS-DNP con base en ECV-2014.

La Gráfica 6 evidencia que en efecto hay diferencias importantes en la tipología de familia entre los hogares que cuentan con la presencia de al menos una adolescente madre o embarazada frente a aquellos que no. En los hogares con adolescente madre/embarazada aumenta significativamente el hogar extenso/compuesto a expensas del hogar nuclear, ya sean biparentales o monoparentales. Alrededor de un 40% de los hogares con adolescente madre/embarazada son nucleares mientras un 60% son extensos/compuestos. Esto contrasta con los hogares sin adolescente madre/embarazada en donde cerca del 73,6% son nucleares y solo un 26,4% son extensos/compuestos.

Dado que los hogares extensos/compuestos implican una organización familiar de convivencia del núcleo (pareja e hijos) con otros familiares y/o no familiares, esta diferencia estaría corroborando que gran parte de las adolescentes madres/embarazadas no conforman un nuevo hogar sino que permanecen en el hogar de sus padres.

**Gráfica 6. Distribución de hogares familiares por tipología de familia según presencia de adolescente madre/embarazada en el hogar. 2014**

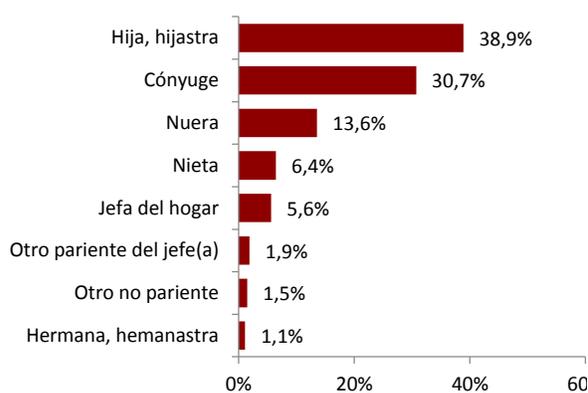


Fuente: Cálculos SPSCV-DDS-DNP con base en ECV-2014

Con el fin de indagar un poco más sobre estos resultados, la Gráfica 7 muestra la relación de parentesco de la adolescente madre/embarazada con el jefe de hogar en el cual vive. Solo un 36,3% de las adolescentes madres/embarazadas reside como jefe o cónyuge del jefe de hogar, mientras que la mayoría (52,5%) reside como hija o nuera, y el resto (11%) reside en otra relación de parentesco.

Estos resultados confirman que gran parte de las adolescentes madres/embarazadas no constituyen un hogar independiente, sino que permanecen en el hogar de sus padres, de sus suegros o de otros familiares. Estos resultados son consistentes con los encontrados por Rodríguez (2008) para otros países de América Latina: *“Una fracción muy significativa de las madres adolescentes reside como “núcleo secundario” (arrimados, allegados, etc.), en su mayoría en el hogar de su familia de origen, llegando a proporciones superiores al 60 por ciento en países como Argentina y Chile.”* (pp. 61).

**Gráfica 7. Relación de parentesco de la adolescente madre o embarazada con el jefe de hogar. 2014**



Fuente: Cálculos SPSCV-DDS-DNP con base en ECV-2014

## Conclusiones y recomendaciones

La tendencia creciente del embarazo en la adolescencia observada desde 1990 parece haber cedido a partir del 2005, mientras que la estructura familiar de los hogares es una dinámica permanente que conlleva una reorganización hacia hogares no familiares y hogares monoparentales.

Las características del embarazo en la adolescencia, por su parte, parece afectar esa dinámica de la estructura familiar: gran parte de las adolescentes madres/embarazadas no conforma un hogar independiente sino que permanece en el hogar de sus padres o van a vivir con sus suegros. La familia, que constituye el principal apoyo en el proceso de crianza a través de la coresidencia y el apoyo económico y emocional, sufre consecuencias al ver afectada su estructura y la asignación de recursos y de roles al interior del hogar. Por lo tanto, el embarazo en la adolescencia y la organización familiar de los hogares son dinámicas que de una u otra forma están entrelazadas.

Estos resultados evidencian que el embarazo en la adolescencia es un fenómeno que tiene consecuencias no solo para la adolescente y su hijo sino también para la familia. Como lo afirma Rodríguez (2008): *“... la maternidad adolescente en la región está lejos de ser un asunto que se limite a los directamente involucrados (adolescentes y sus hijos), ya que por diferentes vías —entre ellas una muy influyente, la cohabitación— atañe a otros actores, en particular generaciones de más edad, que terminan apoyando el proceso de crianza.”* (pp. 62).

Que las consecuencias del embarazo en la adolescencia trasciendan a la adolescente y su hijo acrecientan la

importancia y urgencia de la implementación de la estrategia sobre la prevención del embarazo en la adolescencia, cuyos lineamientos fueron definidos en el documento CONPES 147 (DNP, 2012). La estrategia planteada allí sobrepasa el enfoque biológico que hasta el momento se le había dado a este tema y formula una estrategia integral con la acción coordinada de los diferentes sectores involucrados, incluyendo las redes sociales de jóvenes y las comunitarias. Se requiere entonces avanzar en la implementación de dicha estrategia, con procesos de evaluación y monitoreo regular para asegurar su éxito.

## Autora

**Carmen Elisa Florez**

Consultora

Ph.D. en Economía

Profesora Titular de la Facultad de Economía

Universidad del Rosario

[carmen.florez@urosario.edu.co](mailto:carmen.florez@urosario.edu.co)

♣ Con el apoyo de Sandra Liliana Álvarez y Rosa Katherine Rodríguez, estadísticas de la Subdirección de Promoción Social y Calidad de Vida (SPSCV) – DDS – DNP.

## Referencias Bibliográficas

Departamento Nacional de Planeación DNP (2012). Documento Conpes Social 147. Lineamientos para el Desarrollo de una Estrategia para la Prevención del Embarazo en la Adolescencia y la Promoción de los Proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años. DNP: Bogotá.

Flórez Carmen Elisa y Soto Victoria E. (2006). Salud sexual y reproductiva de las adolescentes. Coautor con Victoria Soto. UNFPA: Bogotá.

Flórez Carmen Elisa y Soto Victoria E. (2007). Fecundidad Adolescente y Pobreza. Diagnóstico y lineamientos de Política. Misión para el diseño de una Estrategia para la Reducción de la Pobreza y la Desigualdad (MERPD). DNP: Bogotá.

Flórez Carmen Elisa y Sánchez Lina M, 2013. Fecundidad y familia en Colombia: ¿hacia una segunda transición demográfica? Serie de Estudios a Profundidad – Encuesta Nacional de Demografía y Salud - END1990 /2010. Bogotá: Profamilia.

Ordóñez, Myriam (1998). La Familia Colombiana de finales del Siglo XX. Colombia Resultados de la ENDS-1995. Fascículo V. Profamilia – UNFPA: Bogotá.

Rodríguez, Jorge (2008). Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y a la acción. OIJ, CELADE-CEPAL, UNFPA: Santiago de Chile.

Ullmann H., Maldonado C. y Nieves M., 2014. La evolución de las estructuras familiares en América Latina, 1990-2010: los retos de la pobreza, la vulnerabilidad y el cuidado. Seri Políticas Sociales 193. CEPAL-UNICEF: Santiago de Chile.

# Embarazo en la adolescencia y asistencia al sistema educativo en Colombia

*El embarazo en la adolescencia es un fenómeno que tiene importantes implicaciones en el proceso de aprendizaje a lo largo de toda la vida. En particular, aunque tanto el embarazo como el nacimiento de un hijo, son sucesos que afectan el proyecto de vida de ambos progenitores – padre y madre, las mujeres son quienes generalmente se ven más afectadas, ya que en su papel de madres y cuidadoras interrumpen su proceso de formación por lo menos por algún tiempo, o desertan definitivamente del sistema educativo ya que sus expectativas sobre la vida y sus aspiraciones educativas cambian. Lo anterior se constituye en una problemática, ya que en este sentido el embarazo en la adolescencia puede limitar las alternativas de desarrollo de las mujeres como agentes económicos y sociales.*

Existe una clara relación entre el embarazo en la adolescencia y la deserción del sistema educativo. Según los resultados de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida del Año 2014, en Colombia 400.048 mujeres entre los 12 y los 19 años reportaron estar embarazadas o haber tenido hijos, lo cual representa una tasa de embarazo en la adolescencia del 11,9%.

Al revisar la relación entre el embarazo o la presencia de hijos con la asistencia escolar a nivel nacional, resulta alarmante el alto porcentaje de inasistencia a establecimientos educativos ya que el 76,3% de estas adolescentes reporta no estar estudiando.

El **76,3%** de las mujeres adolescentes entre 12 y 19 años que en 2014 estaban embarazadas o ya tenían hijos, no asistía a un establecimiento educativo.

La inasistencia escolar de mujeres adolescentes del mismo rango de edad que no estaban embarazadas o que no habían tenido hijos, fue de apenas del **12,9%**.



Al analizar la inasistencia a establecimientos educativos de las mujeres que reportaron estar embarazadas o haber tenido hijos, según grupos de edad, se evidencia que la mayor concentración de adolescentes en esta condición se encuentra entre los 17 y 19 años con una participación de 84,8%.

**Tabla 1. Mujeres embarazadas o que han tenido hijos que no asisten a un establecimiento educativo, según rango de edad. 2014**

Rango de edad	%
12 - 14 años	2,2
15 - 16 años	13,0
17 - 19 años	84,9

Fuente: ECV – 2014

Estos resultados visibilizan la relación que se deriva de la ocurrencia del embarazo en la adolescencia y el logro educativo de estas mujeres, en especial en el rango de edad de 17 a 19 años que es el de mayor ocurrencia y donde según los referentes de la norma educativa nacional se debería

haber concluido el ciclo educativo de básica y media y haber transitado hacia la educación superior o a la formación para el trabajo y el desarrollo humano. Cuando se indaga el nivel educativo máximo alcanzado por las mujeres entre 17 y 19 años en condición de embarazo o que han tenido un hijo, se encuentra que tan solo el 39,1% finalizó su bachillerato; un 46,6% reporta la básica secundaria como nivel educativo más alto logrado y un 12,8% solo cuenta con educación básica primaria.

Según la zona de residencia, el 65,0% de las adolescentes embarazadas o que han tenido hijos que no asistían a un establecimiento educativo a nivel nacional se encontraban en las zonas urbanas y el restante 34,9% pertenecían a hogares ubicados en las zonas rurales. Lo anterior puede asociarse con la concentración de la población en las cabeceras municipales, ya que al estimar la inasistencia al sistema educativo de adolescentes entre los 12 y los 19 años en condición de embarazo o que han tenido hijos con respecto al total de mujeres de este rango de edad para cada zona, la tasa rural en 2014 fue muy superior con 13,4%, en comparación con la urbana que se ubicó en 7,8%.

Según las regiones de la ECV, con respecto al total nacional la mayor parte de las adolescentes que estaban embarazadas o que habían tenido hijos y que no asistían a un establecimiento educativo se encontraban en la región Atlántica con 28,6%; el Departamento de Antioquia tiene la segunda mayor participación a nivel nacional con 15,9%. No obstante, las regiones con mayor porcentaje de adolescentes embarazadas o que reportaron haber tenido hijos con respecto a su total de mujeres entre 12 y 19 años, fueron la Central y la Pacífica (sin Valle del Cauca) con 15,3% y 15,2%, respectivamente.

**Tabla 2. Porcentaje de mujeres de 12 a 19 años embarazadas o que han tenido hijos y no asistencia a establecimientos educativos, según Región, Colombia, 2014**

Región ECV	% Embarazo en adolescencia	Distribución % con respecto al total nacional
Atlántica	12,5	28,7
Oriental	10,4	14,3
Central	15,3	15,6
Pacífica(Sin Valle)	15,2	9,1
Bogotá	7,8	8,0
Antioquia	13,6	15,9
Valle del Cauca	10,3	6,5
San Andrés	3,0	0,0
Orinoquía - Amazonía	13,3	1,8
<b>Total</b>	<b>11,9</b>	<b>100,0</b>

Fuente: ECV – 2014.

## Razones de inasistencia al sistema educativo

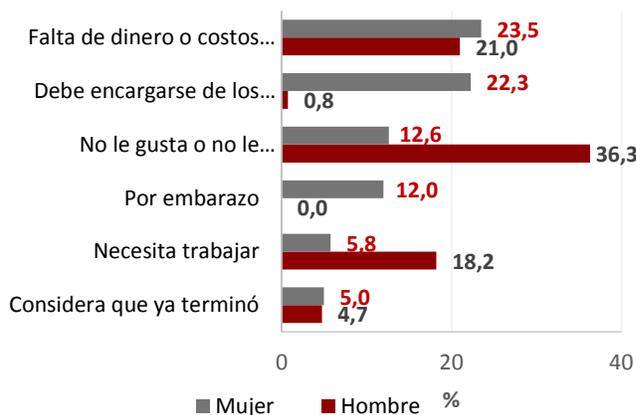
Por otra parte, si se analizan las principales razones de inasistencia escolar y se comparan entre hombres y mujeres adolescentes entre los 12 y los 19 años, puede evidenciarse el sesgo de género existente en cuanto a cómo la responsabilidad de encargarse de los oficios del hogar recae en mayor medida en las mujeres, encontrándose dentro de estos las actividades de cuidado y crianza de los hijos que generalmente son atribuidas por la sociedad a las mujeres por su rol de madres.

Si bien en términos generales, la inasistencia escolar de los hombres en este rango de edad es levemente superior a la de las mujeres con 23,1%, frente a 20,5%, las razones por las cuales no estudian, excepto por la falta de dinero en la cual la participación es muy similar, difieren considerablemente entre ambos sexos. Por ejemplo, la principal razón por la cual los hombres entre 12 y 19 años no

estudian es porque no les gusta o no les interesa educarse con un 36,3%, lo cual tiene mucho que ver con las motivaciones educativas y las expectativas sobre la vida de estos adolescentes.

En contraste, se destaca el hecho de que la segunda razón por la cual las mujeres adolescentes colombianas no asisten a un establecimiento educativo es porque deben encargarse de los oficios del hogar o al cuidado de niños u otras personas en el hogar con 22,3%. Así mismo, con relación al fenómeno de embarazo en la adolescencia, un 12,0% del total de las mujeres entre 12 y 19 años no asisten a un establecimiento educativo por encontrarse en esta condición. Según grandes grupos de edad, se destaca el hecho que para las mujeres entre 17 y 19 años la necesidad de encargarse de los oficios del hogar y del cuidado de niños u otras personas del hogar, es proporcionalmente mayor (25,0%) con respecto a las que se encuentran entre el rango de 15 a 16 años (14,8%).

**Gráfica 1. Razones principales de inasistencia a establecimientos educativos de la población entre 12 y 19 años según sexo, Colombia 2014**



Fuente: ECV – 2014

Así mismo, sobresale el porcentaje de adolescentes entre 15 y 16 años que argumentan no asistir a un establecimiento educativo por encontrarse en embarazo con 17,8%; para las mujeres entre 17 y 19 años este porcentaje es menor con 11,4%, lo cual al relacionarse con que precisamente este grupo de edad es el que presenta una mayor participación dentro de las mujeres adolescentes que respondieron afirmativa a la pregunta de estar embarazadas o haber tenido algún hijo, podría pensarse que son mujeres que ya han pasado por la etapa pre natal y que ahora están dedicadas en mayor medida a actividades relacionadas con el cuidado.

En las zonas rurales del país, el “deber” encargarse de los oficios y del cuidado de personas del hogar, pesa más dentro de las razones de inasistencia a establecimientos educativos de las mujeres entre 12 y 19 años, frente al mismo grupo poblacional residente en las zonas urbanas. Concretamente, dentro del total de estas adolescentes no asistentes al sistema educativo rural en 2014, un 30,6% lo hicieron por dedicarse a los oficios del hogar y el cuidado de niños y de otras personas del hogar, mientras que en las zonas urbanas esta participación fue de 18,6%.

Si acotamos la población de análisis, centrándonos en las mujeres entre 12 y 19 años que reportaron estar embarazadas o haber tenido un hijo, las razones de inasistencia escolar relacionadas con la maternidad se hacen mucho más visibles. Para un 43,2% de este grupo de adolescentes, la razón principal para no asistir a un establecimiento educativo es que debe encargarse de los oficios del hogar; el embarazo aparece como la segunda razón en orden de participación con 25,9%. Entre estas dos opciones se concentra el 70% de las adolescentes embarazadas o que han tenido hijos, que

se encuentran por fuera del sistema educativo.

Al comparar con las adolescentes entre 12 y 19 años que no asisten a establecimientos educativos y que no estaban embarazadas o que no han tenido hijos, las diferencias son notables. En el caso de este grupo, la principal razón para no asistir es la falta de dinero o costos educativos elevados con 32,8%, seguida de que no les gusta o interesa el estudio con 18,1%, pero el verdadero contraste entre los grupos se presenta en la respuesta de “deber” encargarse de los oficios del hogar y del cuidado de personas en el hogar, la cual para este grupo poblacional tan solo representa el 5,5%.

**Gráfica 3. Razones principales de inasistencia a establecimientos educativos de adolescentes entre 12 y 19 que estaban embarazadas o han tenido hijos vs las que no, Colombia 2014**



Fuente: ECV – 2014

En este sentido, sale a relucir como el hecho de estar embarazada o haber tenido un hijo de para una adolescente puede disminuir la motivación educacional o imponer barreras en el proceso de formación de madres adolescentes. Cabe señalar que esta no

se asume como una relación directamente causal, ya que los datos disponibles no nos permiten establecer si estas adolescentes primero desertaron y luego quedaron embarazadas o desertaron del sistema educativo por quedar en embarazo. No obstante, otras fuentes de información como la evaluación de procesos de la implementación de la estrategia de embarazo en la adolescencia, contratada por el DNP en el año 2014 y realizada por la Unión temporal de las firmas Econometría Consultores y Sei S.A., nos permite saber que en promedio el tiempo de interrupción de estudios para las mujeres que abandonan su proceso de formación es de aproximadamente 15,29 meses, de las cuales un 28% lo hace por quedar embarazada o por vivir con su pareja.

Por último, se destaca el hecho de que según lugar de residencia en las zonas rurales el porcentaje de mujeres que argumentan no asistir a establecimientos educativos por encargarse de oficios del hogar y del cuidado de niños u otros miembros del hogar es considerablemente mayor con 55,0%, en comparación con las residentes de zonas urbanas en las cuales esta razón representó el 36,9%. Lo anterior puede asociarse a las dinámicas poblacionales propias de las zonas rurales, en las cuales el acceso a la educación es menor, las tasas de fecundidad son mayores y las familias son en promedio más grandes.

## Conclusiones

En la mayor parte de los casos, el embarazo adolescente afecta negativamente la trayectoria educativa de las mujeres, ya que éstas ven interrumpido su proceso de formación para dedicarse a actividades del cuidado y la crianza, lo cual puede alterar

significativamente sus motivaciones de estudiar, lo anterior sumado al hecho de necesitar recursos adicionales para la manutención de los hijos, lo cual puede repercutir en una inserción temprana y precaria al mercado de trabajo en oficios no calificados e informales.



Fuente Imagen: Descubriendo la maternidad - Blog.

Diversos factores del entorno como el nivel socio económico, el difícil acceso a la educación o la baja calidad de esta, la pertenencia a un grupo poblacional en condiciones de vulnerabilidad, la presencia de los padres de familia en el hogar y la valoración que tengan estos sobre la importancia del proceso de formación de capital humano en sus hijos, así como otros aspectos personales tales como ausencia de un claro proyecto de vida, pueden incrementar la probabilidad de incidencia del embarazo adolescente.

En este sentido, cuando el embarazo en la adolescencia repercute en la deserción, el sistema educativo es el escenario ideal tanto para la implementación de programas de prevención del embarazo en la adolescencia, como de otras estrategias orientadas a incentivar que regresen al sistema educativo aquellas adolescentes que han quedado en embarazo y desertaron por esta situación.

Por otra parte, el papel de la educación sexual y reproductiva en los establecimientos educativos es fundamental para la mitigación del fenómeno del embarazo adolescente, tal como se demuestra en el estudio de Educación sexual de mujeres colombianas en la juventud realizado por PROFAMILIA con base en la ENDS – 2010, en el cual se concluye que las mujeres que viven en municipios en los que se ha llevado a cabo una mayor implementación del programa de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía – PESCC, que coordina el Ministerio de Educación Nacional, hay una mayor probabilidad de reportar prácticas de autocuidado lo cual contribuye a la protección de la salud sexual y reproductiva.

Así mismo, de acuerdo con los resultados de este estudio el PESCC se relaciona con actitudes más favorables hacia aspectos como el uso de métodos anticonceptivos modernos y en contra del embarazo en la adolescencia.

Finalmente, la familia como parte de la comunidad educativa tal como lo define el marco del Sistema Nacional de Convivencia Escolar<sup>5</sup>, juega un papel fundamental en el acompañamiento de la educación sexual y reproductiva de niños, niñas, adolescentes y jóvenes, ya que el hogar debe ser el primer ámbito de información sobre la sexualidad de los hijos, mientras a su vez se promueve sus aspiraciones educativas.

<sup>5</sup> Creado por la Ley 1620 de 2013.

# Autora

---

**Ximena Pardo Peña**

Asesora  
Subdirección de Educación  
Economista  
Magister en Economía  
[xpardo@dnpp.gov.co](mailto:xpardo@dnpp.gov.co)

## Referencias bibliográficas

Vargas, E., Cortés, D., Gallego, J.M., Maldonado, D. e Ibarra M.C., (2013). *Educación sexual de mujeres colombianas en la juventud: un análisis desde el enfoque basado en derechos humanos*. Bogotá, Colombia: Profamilia.

Atenzo, E., Campero, L., Lozada A.L. y Herrera, C. (2014). *Aspiraciones educativas y familiares como condicionantes en la prevención de embarazos tempranos en México*. Salud pública de México, vol.56, no.3, 286 – 294.

Näslund, E. y Binstock, G. (2010). The miseducation of Latin American girls: poor schooling makes pregnancy a rational choice. Inter – American Development Bank, Technical Notes, No. IDB-TN -204.

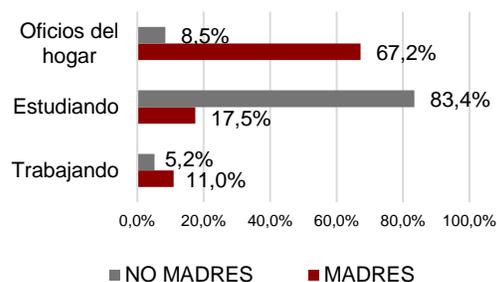
Unión Temporal Econometría consultores – S.E.I. S.A. (2014). *Evaluación de procesos de la implementación de la estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años en una muestra de los municipios piloto, así como el levantamiento de una línea base, para en posteriores seguimientos, evaluar los resultados en la población beneficiaria*. Bogotá, Colombia: DNP.

# Embarazo en la adolescencia y desempeño en el mercado laboral

*El embarazo en la adolescencia causa en las mujeres riesgos biológicos, desequilibrio en el bienestar y en las expectativas de vida, deserción escolar, discriminación, vinculación temprana al mercado laboral, entre otros (CONPES 147). Este último tema en conjunto con la deserción escolar aumenta las probabilidades de emplearse en el sector informal, así como también el vincularse al subempleo. Debido a que el embarazo en la adolescencia tiene mayor frecuencia en los niveles de ingreso más bajos, esta situación podría dar continuidad a la pobreza de dicha población.*

Este documento estudia algunos efectos del embarazo en la adolescencia en cuanto al desempeño en el mercado laboral, para lo cual se comparan indicadores de empleo y desempleo en las adolescentes entre los 12 y 19 años de edad que estaban embarazadas o que ya habían tenido hijos, frente a las demás adolescentes. De acuerdo con la información de la Encuesta de Calidad de Vida del 2014, había 3 millones 356 mil mujeres cuya edad oscilaba entre los 12 y los 19 años, de las cuales el 12% estaba en embarazo o ya eran madres.

**Grafico 1. Actividad principal en mujeres adolescentes de 12 a 19 años.**



Fuente: Encuesta de Calidad de Vida 2014 – DANE, cálculos SESS – DNP

Frente a la actividad principal declarada por las adolescentes se reflejan dos actividades en donde se centra la población, éstas son: Oficios del Hogar y Estudiando. La distribución de la población en estos dos grupos muestra amplias diferencias dada la condición de ser madre o no. Es así que el 67,2% de las adolescentes madres consideraron que su actividad principal correspondía a los oficios del hogar, mientras que la proporción de las que no son madres era del 8,5%, lo que refleja una diferencia de 58,7 puntos porcentuales; para el caso de la actividad Estudiando se encuentra que un 83,4% de las adolescentes no madres lo consideraron su actividad principal, dicha participación tan solo asciende al 17,5% en el caso de las madres, una diferencia de 65,9 puntos porcentuales.

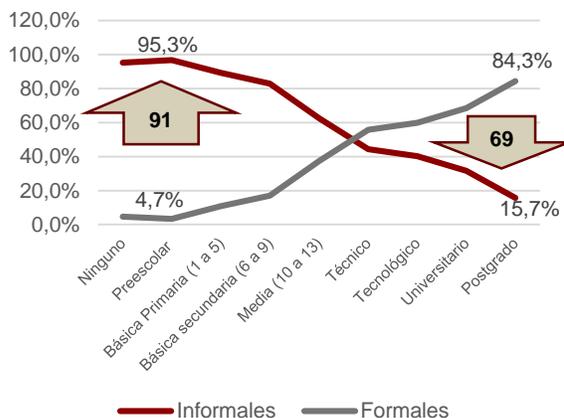
Lo que refleja esta situación es que la condición de ser madre genera un desplazamiento desde la educación (actividad ideal de acuerdo con el ciclo de vida), hacia los oficios del hogar (incluida la crianza de los hijos), ocasionando en la mayoría de los casos el abandono de los estudios. La incidencia del trabajo en las

adolescentes (madres y no madres) es baja, lo cual podría originarse en las restricciones que plantea la normatividad vigente.

El artículo 171 del código sustantivo del trabajo, y el 35 del código de infancia y adolescencia, condicionan la vinculación laboral para los menores de edad. Los jóvenes de 15 a 17 años solo pueden trabajar con una autorización expedida por la autoridad competente, y los menores de 15 años, solo pueden hacerlo en actividades de tipo cultural, deportivo, artístico y recreacional. En este sentido, la normatividad y la necesidad de ingresos para cumplir con las responsabilidades adquiridas en razón del papel de madres, incide en la vinculación de las adolescentes al sector informal de la economía. Esta vinculación temprana al mercado laboral afecta negativamente la formación de capital humano, generando pérdidas futuras de ingresos y la continuidad del círculo vicioso de la pobreza, (Flórez y Soto, 2006: 19-20).

De acuerdo con los hallazgos de la encuesta de calidad de vida, el 66,2% de los ocupados en Colombia son informales, bajo el concepto de afiliación a pensiones.

**Grafico 2. Ocupados formales e informales según niveles de educación en Colombia**



Fuente: Encuesta de Calidad de Vida 2014 – DANE, cálculos SESS – DNP

En el gráfico No. 2 se observa una relación inversa entre el nivel educativo y la condición de informalidad. Mientras la informalidad es cercana al 100% en los ocupados sin educación formal, dicha proporción se reduce al 15,7% para los ocupados con nivel de postgrado.

**Tabla 1. Distribución de las adolescentes por actividad según condición de maternidad**

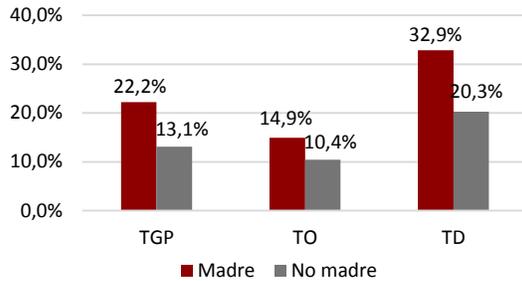
Trabajo y estudio	Madre	No madre
Solo trabaja	12,3%	4,5%
Trabaja y estudia	2,6%	6,0%
Desempleado que no estudia	6,5%	1,8%
Desempleado que estudia	0,8%	0,9%
Inactivo que no estudia	57,5%	6,6%
Inactivo que estudia	20,3%	80,3%

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida 2014 – DANE, cálculos SESS – DNP

Las adolescentes madres que combinan el trabajo con el estudio alcanza tan solo el 2,6% frente al 6,0% de las no madres; las madres que buscan trabajo y estudian llega tan solo al 0,8%, valor similar al porcentaje de las no madres, 0,9%.

Como se analizaba en los párrafos anteriores, la inactividad de las madres está relacionada con la dedicación a oficios del hogar. En la tabla 1 se puede observar que el 57,5% de las adolescentes madres son inactivas que no estudian, frente a un 20,3% que si lo hacen. Esta situación es diferente para el caso de las no madres ya que el 80,3% de ellas tiene esta condición debido a que se encuentran estudiando.

**Grafico 3. Indicadores de mercado laboral en las adolescentes de 12 a 19 años**

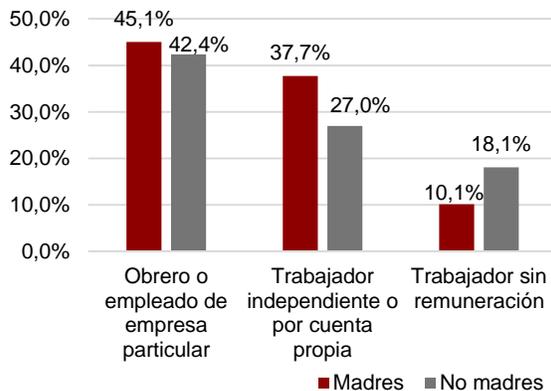


Fuente: Encuesta de Calidad de Vida 2014 – DANE, cálculos SESS – DNP

La tasa global de participación de las madres adolescentes superó en 9 puntos porcentuales a la tasa de las demás adolescentes, 22,2% frente al 13,1%. La mayor participación en el mercado de trabajo de las adolescentes madres se ve reflejada en mayores tasas de ocupación y de desempleo. La tasa de desocupación de las madres adolescentes alcanzó el 32,9%, valor superior en más de 12 puntos porcentuales con respecto a las adolescentes que no son madres.

Así mismo, la tasa de ocupación de las madres adolescentes se ubicó alrededor del 15% mientras la tasa de las demás adolescentes fue cercana al 10%.

**Gráfico 4. Posición ocupacional en mujeres adolescentes de 12 a 19 años**



Fuente: Encuesta de Calidad de Vida 2014 – DANE, cálculos SESS – DNP

Las principales posiciones ocupacionales en que se desempeñaron las adolescentes fueron: empleado particular, trabajador por cuenta propia y trabajador sin remuneración.

En las dos primeras posiciones ocupacionales, son las madres adolescentes las que encabezan las cifras, esta situación cobra sentido teniendo en cuenta que las adolescentes en esta condición son quienes más necesidad tienen de desempeñarse en trabajos en donde reciban un ingreso económico que les permita cubrir los gastos que surgen como consecuencia del nuevo rol. Situación contraria ocurre con la posición ocupacional de trabajador sin remuneración, en donde son las adolescentes no madres quienes más se desempeñan en ella.

En cuanto al número de horas de trabajo a la semana, se evidencia una gran diferencia entre un grupo y otro, en detrimento de las madres adolescentes, sobre todo en las actividades de Trabajador por cuenta propia y Trabajador sin remuneración.

A pesar que en las tres posiciones ocupacionales las adolescentes madres son quienes más horas trabajan a la semana, la diferencia es más marcada en la posición ocupacional trabajador por cuenta propia y trabajador sin remuneración -8 horas y 10 horas más, respectivamente. Las adolescentes madres trabajan en promedio 7 horas más que las adolescentes que no son madres.

**Tabla 2. Número de horas trabajadas a la semana por las adolescentes de 12 a 19 años.**

Ocupación	Madre	No madre
Obrero y empleado de empresa particular	42	39
Trabajador independiente o por cuenta propia	30	22
Trabajador sin remuneración	25	15

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida 2014 – DANE, cálculos SESS – DNP

## Conclusiones

El embarazo adolescente además de generar conflicto dentro de las familias, trae consecuencias que afectan diversas áreas de la vida de las mujeres, estas son: la salud, la educación, su situación económica presente y futura, desempeño en el mercado laboral, entre otras.

De acuerdo con el presente análisis se evidencian diferencias en las actividades realizadas por las adolescentes y la participación en el mercado de trabajo, dada la condición de ser madre o no. Conforme los resultados se puede establecer que la situación de embarazo o maternidad en la adolescencia, está asociada con una vinculación temprana al mercado laboral en el 22% de los casos y como consecuencia cambia radicalmente los planes de vida de las jóvenes.

Esta situación acompañada en algunos casos por la falta de apoyo económico para enfrentar las nuevas responsabilidades, presiona a las mujeres hacia la búsqueda de una actividad remunerada. Resultado de lo anterior y en parte a la normatividad vigente en torno al trabajo en la infancia y la adolescencia, junto con un bajo nivel educativo como efecto de la deserción escolar generada

por el embarazo o la maternidad, causan una vinculación informal al mercado de trabajo. No obstante las adolescentes madres que hacen parte de la población económicamente activa (trabajan o buscan trabajo) representan solo el 22%.

El grueso de población de madres adolescentes es inactivo y no estudia, es decir que se dedican al hogar, y terminan por aplazar sus estudios en el mejor de los casos, o a vincularse en el futuro al mercado laboral con un bajo nivel educativo, aumentando la probabilidad de hacerlo en el sector informal. El hecho de no continuar con los estudios afecta la acumulación del capital humano y termina incidiendo en sus ingresos futuros.

## Autor

**Luis Alexander Rojas**

Asesor

Subdirección de Empleo

Economista

[larojas@dnpp.gov.co](mailto:larojas@dnpp.gov.co)

## Referencias bibliográficas

DANE. ECV. 2014. Módulo de salud, educación y fuerza de trabajo

Documento CONPES 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, Adolescentes y Jóvenes en Edades Entre 6 y 19 Años. Bogotá, D.C., 2012.

Flórez y Soto, (2013) Factores protectores y factores de riesgo del embarazo adolescente en Colombia, En: SERIE DE ESTUDIOS A PROFUNDIDAD, Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS - 1990 / 2010.

Flórez y Soto, (2006) Fecundidad Adolescente y Desigualdad en Colombia y la Región de América Latina y el Caribe. CEPAL

# Atención y acceso a los servicios de salud en adolescentes gestantes y madres adolescentes<sup>6</sup>

En Colombia, el 11,9% de adolescentes entre 12 y 19 años están embarazadas o han tenido hijos, cifra que llega al 17,5% para aquellas entre 15 y 19 años, de acuerdo a la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) de 2014. El embarazo en la adolescencia aumenta conforme lo hace la edad, el porcentaje de mujeres madres o embarazadas es más alto en aquellas entre 18 y 19 años (66%) que en aquellas entre 15 y 16 años (14,7%). Así mismo, es más alto en la zona rural que en la urbana, en adolescentes con menores niveles de educación y con los índices más bajos de riqueza (ENDS, 2010) (Gráfica 1).

Estudios disponibles (Banco Mundial, 2012; Flórez y Soto, 2013) muestran que el embarazo y la maternidad temprana tienen efectos negativos sobre la salud tanto de la madre como del niño.

Este artículo compara indicadores de salud para las mujeres según la edad que tenían al nacimiento del hijo en 2010. En este sentido, con la información de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud se indaga por el estado de salud de mujeres que tenían menos de 20 años en el momento del nacimiento del hijo frente a mujeres que tenía entre 20 y 24 años en el momento del nacimiento del hijo durante los últimos cinco años que precedieron la encuesta.

Se analiza también el acceso a los servicios de salud en mujeres de 15 a 19 años embarazadas o que han sido

madres frente al acceso a los servicios de salud en mujeres de 20 a 24 años en la misma condición (embarazado / maternidad) con la información de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2014<sup>6</sup>.

**Gráfica 1. Porcentaje de mujeres entre 15 y 19 años en 2010 que ya eran madres o estaban embarazadas por zona y nivel de riqueza**



Fuente: ENDS, 2010. Cuadro 5.9.1

<sup>6</sup> El periodo de recolección de la información de la ECV 2014 es 2013.

## Características de los servicios de salud materno - infantil

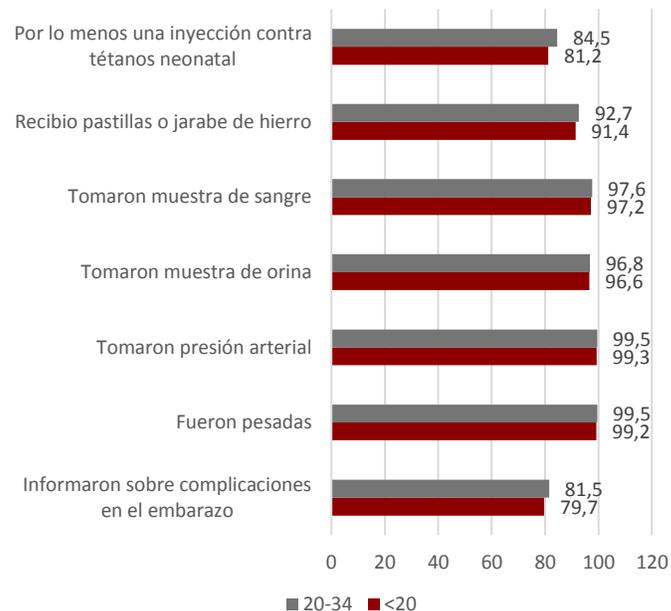
La Encuesta Nacional de Demografía y Salud provee información sobre las características de las mujeres en edad fértil (15 a 49 años), además de otra información sobre salud materno – infantil, fecundidad, métodos anticonceptivos, nupcialidad, mortalidad infantil, entre otros. A continuación se detalla el acceso a los servicios de salud para los cinco años que antecedieron la encuesta, es decir, entre 2005 y 2010.

### Uso de servicios de salud materno-infantil

Puede decirse que el uso de servicios de salud materno – infantil es alto tanto en mujeres con hijos que tenían menos de 20 años como entre las que tuvieron hijos entre los 20-34 años o que estaban embarazadas. La atención prenatal es casi universal: el 96,6% de las adolescentes embarazadas o que eran madres y el 97,2% de las mujeres entre 20 y 34 años también embarazadas o madres recibieron atención prenatal. Esta atención incluyó la toma de peso, prueba de orina, altura uterina, prueba de sangre y presión arterial. Adicionalmente, de las mujeres entre 15 y 19 años y entre 20 y 34 años con al menos un hijo vivo el 91,4% y 92,7% respectivamente recibieron pastillas o jarabes de hierro en la atención prenatal.

En la Gráfica 2 se observa que el 81,2% de las adolescentes que tuvieron nacidos vivos en los cinco años que precedieron la encuesta recibieron por lo menos una inyección de la vacuna contra tétanos neonatal, así como el 84,5% de las mujeres entre 20 y 34 años con nacidos vivos (ENDS 2010, Cuadro 10.4.1).

**Gráfica 2. Porcentaje de mujeres menores de 20 años y de 20 a 34 años que recibieron atención prenatal en el último nacimiento por tipo de atención por grupo de edad**



Fuente: ENDS, 2010. Cuadro 10.3.1 y 10.4.1

En las visitas prenatales también se informó por complicaciones del embarazo. Los resultados de la ENDS 2010 muestran que alrededor del 80% de las mujeres menores de 20 años al momento del nacimiento se les informó sobre complicaciones asociadas con el embarazo, aunque el porcentaje es un poco menor comparado con mujeres de 20 a 34 años de edad al nacimiento (79,7% vs 81,5%).

No se observan diferencias sobre el lugar del parto de los nacimientos que ocurrieron en los cinco años anteriores a la encuesta en madres adolescentes respecto a los nacimientos en mujeres entre 20 y 34 años, pues alrededor del 95% de los nacimientos para ambos grupos de edad se realizaron en establecimientos de salud, el 4,1% en la casa y el 0,2% en otro lugar (ENDS 2010, Cuadro 10.8.1). Por su parte, el 92,1% de

los partos en adolescentes fueron atendidos por un doctor y el 93,1% en mujeres de 20 a 34 años (ENDS 2010, Cuadro 10.9.1). Adicionalmente, el porcentaje de nacimientos por cesárea fue menor en mujeres adolescentes (28,4%) que en las madres entre 20 a 34 años (34,9%) (ENDS 2010, Cuadro 10.10.1).

### Estado de salud del niño y la madre

En los cinco años anteriores a la encuesta, el porcentaje de los nacidos vivos con bajo peso (menos del 2,5 kg) en madres adolescentes fue de 7,4% y de 7,1% en mujeres entre 20 y 34 años. Los nacimientos con un peso superior a 2,5 kg en madres adolescentes fueron de 64,9% y de 70,3% en madres entre 20 y 34 años (ENDS 2010, Cuadro 10.10.1).

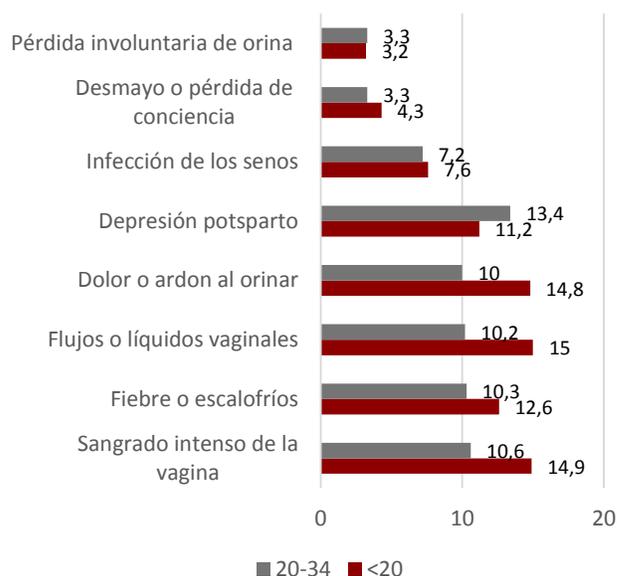
Por su parte, los problemas postnatales afectan en mayor medida a las madres más jóvenes, pues el porcentaje de aquellas con problemas postnatales disminuye conforme aumenta su edad<sup>7</sup>.

En la Gráfica 3 se muestra el tipo de problema postnatal reportado en madres menores de 20 años al momento del nacimiento, entre ellos se encuentra el sangrado intenso de la vagina, fiebres o escalofríos, flujos o líquidos vaginales, infecciones urinarias, infección de los senos, desmayo o pérdida de conciencia y pérdida involuntaria de orina respectivamente.

La prevalencia de estos problemas es mayor para las madres menores de 20 años frente a las madres de 20 y 34 años, a excepción de aquellos donde hubo dolor

o ardor al orinar y depresión postparto. La mayor ocurrencia de problemas postnatales en madres adolescentes puede deberse a las características físicas propias de las adolescentes, ausencia de controles prenatales (3,4%)<sup>8</sup>, desnutrición o delgadez (13,6%)<sup>9</sup>, al no consumo de micronutrientes antes de la gestación (pastillas, jarabes de hierro: 8,6%<sup>10</sup>), etc.

**Gráfica 3. Porcentaje de nacimientos en los cinco años anteriores a la encuesta de madres entre 15 y 24 años que tuvieron problemas postnatales por grupo de edad**



Fuente: ENDS, 2010. Cuadro 10.11.1

En la Tabla 1 se observa, para los cinco años que antecedieron la encuesta, que el 34,8% de los nacimientos no institucionales cuyas madres eran

<sup>7</sup> El porcentaje de problemas postnatales en mujeres de 35 a 49 años es menor al de mujeres <20 años y 20 y 34 años.

<sup>8</sup> ENDS 2010. Cuadro 10.10.1

<sup>9</sup> ENDS 2010. Cuadro 11.12.1. Delgada grados I y II 12,6%

<sup>10</sup> ENDS 2010. Cuadro 10.3.1. Diferencia respecto al porcentaje de mujeres menores de 20 años al momento del nacimiento que recibieron pastillas o jarabes de hierro (91,4%).

menores de 20 años recibieron atención a problemas postnatales y el 36,4% para los nacimientos cuyas madres tenían entre 20 y 34 años. No obstante, en más del 60% de los nacimientos no institucionales las madres no recibieron atención médica para ambos grupos de edad (ENDS 2010, Cuadro 10.14).

De las madres adolescentes al momento del parto que si accedieron a atención postnatal, lo hicieron entre 7 y 41 días después del parto. La distribución porcentual de nacimientos por tipo de asistencia postnatal en madres adolescentes indica en la mayoría de los casos que la asistencia fue brindada por médicos y por enfermeras.

**Tabla 1. Porcentaje de nacimientos por fuera de un establecimiento de salud, tipo de asistencia del parto y momento del primer control postnatal**

Edad	Médico	Enfermera	No recibió atención postnatal	7 a 41 días después del parto
<20	28,3	6,5	65,2	26,5
20-34	33,1	3,3	63,6	24

Fuente: ENDS, 2010

Para las madres entre 20 y 34 años al momento del parto también es mayor el porcentaje de atención brindada por un médico pero el porcentaje se reduce a la mitad cuando la atención es brindada por enfermeras.

De acuerdo con el anterior análisis, no se observan diferencias importantes en el uso de servicios de salud y en el estado de salud materno infantil entre las mujeres que tenían menos de 20 años y las mujeres entre 20 y 34 años al momento del nacimiento del hijo en los cinco años

que antecedieron la ENDS. Cinco años después de la realización de la encuesta es deseable observar resultados más favorables respecto al porcentaje de embarazo en la adolescencia, al número de controles prenatales y en la asistencia para la atención postnatal, factores que permitirían reducir en adolescentes gestantes el riesgo de presentar complicaciones asociadas al parto o postnatales y lograr un mejor estado de salud del niño y de la madre. Por esta razón, estimamos algunos indicadores de salud con la ECV-2014. Si bien la ECV 2014 no presenta información sobre salud materno infantil<sup>11</sup>, permite indagar por el acceso a los servicios de salud en general de las mujeres en los grupos de edad estudiados.

## Acceso a los servicios de salud

La ECV-2014 permite comparar el acceso a los servicios de salud en adolescentes embarazadas o que son madres (de 15 a 19 años) frente al acceso a los servicios de las mujeres embarazadas o que son madres entre 20 y 24 años.

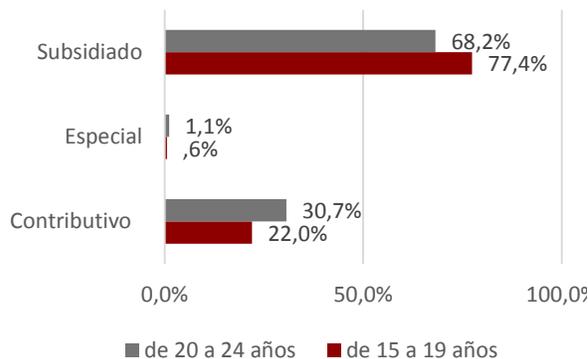
La afiliación a salud es prácticamente universal para los dos grupos de edad (superior al 90%), pero persisten diferencias al interior del régimen de afiliación. Las adolescentes embarazadas o con hijos se encuentran afiliadas en mayor proporción al régimen subsidiado en comparación con las madres/gestantes del siguiente grupo de edad. Por el contrario, es mayor el porcentaje de mujeres entre 20 y 24 años madres/gestantes que el de adolescentes madres/gestantes en el régimen contributivo (Gráfica 4).

El comportamiento de la afiliación a salud obedece a que, como se mencionó

<sup>11</sup> La ECV 2015 incluirá preguntas sobre asistencia al control prenatal y suministro de micronutrientes para las gestantes.

anteriormente, la mayor parte de las adolescentes se encuentran afiliadas al régimen subsidiado, en donde se encuentra la población con mayores niveles de pobreza, mientras una menor proporción se encuentra afiliada al régimen contributivo como beneficiarias de sus padres.

**Gráfica 4. Porcentaje de mujeres entre 15 y 24 años por tipo de afiliación al RGSSS por grupo de edad. 2014**



Fuente: DANE – ECV 2014. Cálculos DNP-SS

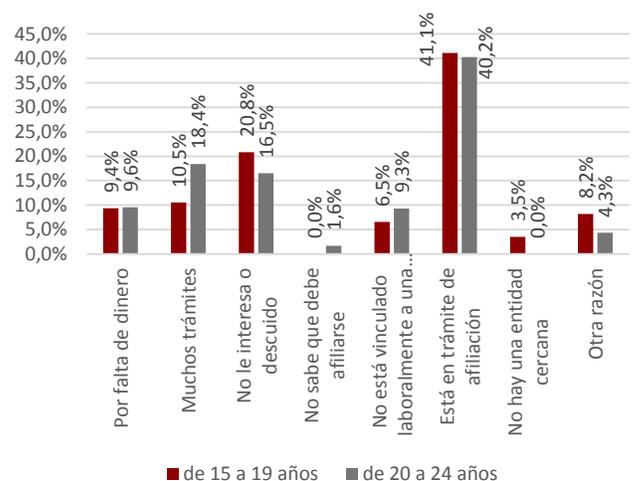
Las adolescentes no aseguradas pueden corresponder a población con alguna capacidad de pago que no cumpla el requisito para ser beneficiaria del régimen subsidiado y pertenezca a un grupo familiar que no tiene vinculación laboral por lo que tampoco pueden ser beneficiarias en el régimen contributivo.

Lo anterior mediando por las disposiciones normativas vigentes en donde se establece como requisito para los hijos mayores de 18 años y menores de 25, como beneficiarios en el régimen contributivo el requisito de dependencia económica y vinculación al sistema educativo<sup>12</sup>.

<sup>12</sup> No obstante a partir de la expedición de la Ley del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “*Todos por un Nuevo País*”, se considerarán beneficiarios del régimen contributivo de salud los hijos hasta los 25 años de edad, que dependan económicamente

Por su lado, la población no afiliada a salud representa el 6,3% de las adolescentes madres/gestantes y el 4,7% de las madres/gestantes entre 20 y 24 años. Entre las principales razones para la no afiliación a salud en la población adolescente se encuentran los trámites de afiliación en proceso, falta de interés o descuido, exceso de trámites y falta de dinero respectivamente. Así mismo, las madres/gestantes entre 20 y 24 años manifiestan principalmente que el proceso se encuentra en trámite, exceso de trámites y falta de interés respectivamente, como se observa en la Gráfica 5.

**Gráfica 5. Porcentaje de mujeres entre 15 y 24 años y razones principales para no estar afiliado a salud. 2014**



Fuente: DANE – ECV 2014. Cálculos DNP-SS

En cuanto a la calidad del servicio que brindan las entidades prestadoras del régimen subsidiado, más del 85% de las adolescentes madres/gestantes entre 15 y 19 años considera que la calidad del servicio de la entidad a la que esta afiliada

del cotizante y sus hijos (nietos) hasta tanto conserven la condición de beneficiarios. Lo anterior según el artículo 218 del texto conciliado del proyecto de Ley del PND.

es “muy buena” o “buena” así como las mujeres madres/gestantes de 20 a 24 años, pues tienen la misma percepción (Tabla 2).

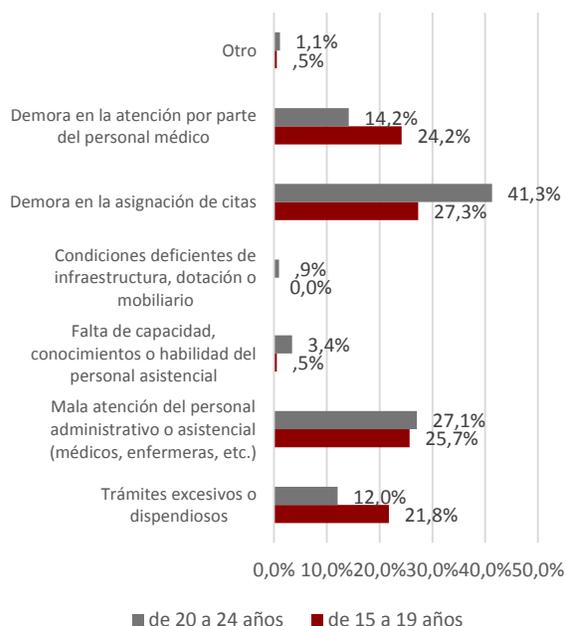
**Tabla 2. Percepción de la calidad del servicio de salud**

Calidad	de 15 a 19 años	de 20 a 24 años
Muy buena	4,8%	3,5%
Buena	82,6%	80,8%
Mala	10,1%	12,7%
Muy mala	1,3%	1,9%
No sabe	1,3%	1,1%

Fuente: DANE – ECV 2014. Cálculos DNP-SS

La demora en la asignación de citas, la mala atención del personal, las demoras en la atención y los trámites excesivos constituyen los aspectos que más influyen en la percepción de la calidad de los servicios de salud (Gráfica 6).

**Gráfica 6. Porcentaje de mujeres entre 15 y 24 años según los aspectos que más influyen en la percepción sobre la calidad del servicio de salud. 2014**

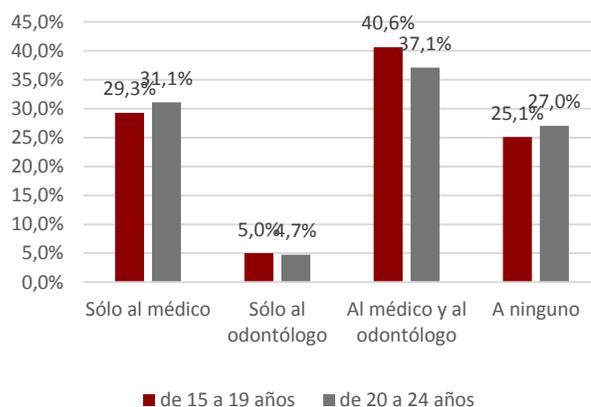


Fuente: DANE – ECV 2014. Cálculos DNP-SS

Un alto porcentaje de adolescentes madres/gestantes (más del 85%) y de mujeres entre 20 y 24 años madres/gestantes considera su estado de salud como “muy bueno” o “bueno”. Sin embargo, en términos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, alrededor del 75% de adolescentes embarazadas o con hijos visitan al médico, odontólogo o a ambos al menos una vez en el año. Este porcentaje es similar a las visitas que realizan las madres/gestantes entre 20 y 24 años en el mismo periodo (Gráfica 7).

Una buena percepción del estado de salud es la razón principal para no consultar por lo menos una vez al año al médico u odontólogo, razón que señalan principalmente las adolescentes madres/gestantes y las mujeres del siguiente grupo de edad.

**Gráfica 7. Porcentaje de mujeres entre 15 y 24 años que accedieron a consultas por prevención al menos una vez al año. 2014**



Fuente: DANE – ECV 2014. Cálculos DNP-SS

En cuanto a la percepción de la calidad de los servicios de salud de urgencias (medicina general, medicina especializada, odontología, etc.), el 94,2% de las adolescentes embarazadas o con hijos lo consideró como “muy bueno” o “bueno” frente a un 89,7% de

madres o mujeres gestantes entre 20 y 24 años con la misma percepción. Por el contrario, la mala atención del personal médico o administrativo fue la razón que más influyó para determinar como “mala” o “muy mala” la calidad de los servicios de urgencias por madres o mujeres gestantes entre 20 y 24 años mientras que la demora en la atención por parte del personal médico fue la razón principal en adolescentes embarazadas o con hijos.

### **Estrategias de salud sexual y reproductiva en adolescentes: Modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes (SSAAJ)**

El Modelo impulsado desde el 2007 en todo el país por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas busca acercar los servicios de salud a adolescentes y jóvenes, generar nuevos elementos para mejorar su salud sexual y reproductiva y brindar garantías para el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

La estrategia de SSAAJ consiste en la oferta de servicios de salud específicos para adolescentes y jóvenes con el fin de reducir el volumen de embarazos en la adolescencia bajo un enfoque de equidad de género, garantizando así el acceso de esta población a dichos servicios a través de su participación activa teniendo en cuenta sus características y necesidades, convirtiendo en amigables a las instituciones de salud como al personal encargado de brindar atención. El Modelo responde a uno de los principales objetivos de la Política de Salud Sexual y Reproductiva y del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, promoviendo el reconocimiento de los adolescentes y

jóvenes que toman decisiones y son sujetos de derechos (MSPS, 2008).

La propuesta de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, con énfasis en salud sexual y reproductiva opera a través de tres modalidades: i) Consulta diferenciada para adolescentes y jóvenes; ii) Unidades de salud amigables para adolescentes y jóvenes y iii) Centro de salud amigable para adolescentes y jóvenes, y la conforman cinco componentes: i) Acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios de salud y oportunidad en la prestación; ii) Profesionales y personal de salud; iii) Procedimientos administrativos y de gestión; iv) Disponibilidad de una amplia gama de servicios y v) Participación social y comunitaria (MSPS, 2008).

En 2014 el Ministerio de Salud y Protección Social realizó la evaluación de los Servicios Amigables de Salud para Adolescentes y Jóvenes en Colombia<sup>13</sup>. Entre los resultados más importantes se destacan:

- Los SSAAJ son eficaces en la generación de capacidades para la toma de decisiones respecto a la salud sexual y reproductiva.
- Las mujeres por lo general son las que valoran más positivamente la utilidad de los servicios.
- Los adolescentes y jóvenes sienten satisfacción en la calidad y atención de los SSAAJ y en general los SSAAJ son apreciados por los usuarios en todos sus componentes.
- La calidad de los servicios y la relación con los profesionales de salud son importantes para los adolescentes y pueden llegar a

---

<sup>13</sup> Consultoría para la evaluación de los Servicios Amigables de Salud para Adolescentes y Jóvenes en Colombia. Econometría E. Consultores.

determinar si usarán o no un servicio amigable en el futuro.

- En general el funcionamiento y operación del modelo es adecuado. Sin embargo se evidencian aspectos para mejorar.
- La ausencia de una reglamentación y una asignación de responsables han dificultado la permanencia de algunos servicios y el funcionamiento adecuado de los mismos.
- Se requiere un sistema de registro dado que se evidenció que los servicios amigables no cuentan con listados de usuarios, lo cual dificulta una eficiente organización y rendición de cuentas.
- Los adolescentes encuentran adecuado el paquete de atención en la medida en que se brinda información a sus necesidades e intercambian sus mismas inquietudes sobre su salud sexual y reproductiva.
- Los servicios no tienen suficiente divulgación para llegar a ser conocidos por todos sus potenciales beneficiarios.
- Los jóvenes que ya iniciaron su actividad sexual buscan más los servicios. Los jóvenes perciben que tienen necesidad de orientación o apoyo en Salud Sexual y Reproductiva.

En general la evaluación muestra la importancia y utilidad del modelo de servicios amigables. No obstante, es importante diseñar un plan de implementación de las recomendaciones de dicha evaluación con el fin de mejorar el alcance, oportunidad e impacto del programa y facilitar el acceso de adolescentes a los servicios de salud.

Por su parte, una de las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, es la Dimensión de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, que busca *“promover, generar y desarrollar medios y mecanismos para garantizar condiciones sociales, políticas y culturales que incidan en el ejercicio pleno y autónomo de los derechos sexuales y reproductivos [...] en el marco de los enfoques de género y diferencial, asegurando reducir las condiciones de vulnerabilidad y garantizando la atención integral de las personas”* desde el enfoque de determinantes sociales (MSPS, 2012).

El Plan Decenal plantea como retos a 2021 que en todas las instituciones educativas públicas se garantice que niños, adolescentes y jóvenes cuenten con un programa de educación sexual, programas y proyectos que garanticen sus derechos sexuales y reproductivos. Adicionalmente que en los territorios se cuente por lo menos con un espacio transectorial y comunitario para coordinar la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos sin ningún tipo de discriminación (MSPS, 2012).

## Conclusiones y Recomendaciones

Es importante proveer información a las adolescentes para que puedan elegir el momento de su maternidad así como el número de hijos deseados, con el fin de postergar el embarazo, disminuir la deserción asociada al embarazo temprano, y aumentar su nivel de educación.

Adicional a las estrategias del Gobierno Nacional para reducir la tasa de embarazos en la adolescencia, se debe complementar y reforzar con una estrategia multifocal que consista en ofrecer una educación sexual y orientar a

adolescentes para la toma de decisiones que les permitan el ejercicio de sus derechos sexuales.

Mejorar y diversificar la oferta de métodos anticonceptivos atendiendo la demanda de anticoncepción en adolescentes. Igualmente, bajo el enfoque de derechos sexuales y reproductivos emplear el concepto de anticoncepción además del concepto de planificación familiar.

Teniendo en cuenta que cada vez más adolescentes tienen acceso a nuevas tecnologías, utilizar estas herramientas para ampliar el alcance de los servicios de salud sexual y reproductiva y el uso de anticonceptivos, facilitando el acceso a la información, promoción de prácticas sexuales más responsables y prevención del embarazo en la adolescencia o embarazos no deseados (ej. Mensajes de texto, aplicaciones, etc).

Mejorar la gestión en los trámites de afiliación al SGSSS y generar conciencia en los adolescentes frente a la importancia de un adecuado estado de salud. La falta de interés o descuido no debería ser una de las principales razones de no afiliación al sistema de salud en adolescentes.

Incentivar las consultas por prevención y ampliar el alcance de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), en especial para mujeres gestantes o madres con nacimientos recientes, con el fin de prevenir los problemas pre y postnatales. De esta forma se incentiva el consumo de micronutrientes y suplementos vitamínicos en las gestantes y se promueven nacimientos con pesos adecuados.

Mejorar los tiempos de espera para la asignación de citas y en la atención por parte del personal médico. Así mismo, brindar formación y capacitación continua

al talento humano en salud para la atención a pacientes.

Se requiere contar con un sistema de información sobre salud materno infantil con una mayor periodicidad. De igual forma, establecer un sistema de registro y seguimiento de los SSAAJ así como un plan de implementación de las recomendaciones de la evaluación.

## Autor

**Karla Bibiana Mora Martínez**

Asesora

Subdirección de Salud

Economista

Magister en Economía

[kmora@dnpp.gov.co](mailto:kmora@dnpp.gov.co)

♣ Con el apoyo de Carolina Suarez Vargas, Asesora de la Subdirección de Salud, DDS – DNP.

## Referencias bibliográficas

Banco Mundial. Sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos. Embarazo Adolescente y Oportunidades en América Latina y el Caribe. 2012.

Florez y Soto. Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia. Estudios a profundidad basados en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Agosto 2013.

Ministerio de Salud y Protección Social. Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia. UNFPA. 2008.

Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS). Profamilia. 2010.

Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Bogotá. 2013.

Ministerio de Salud y Protección Social. Consultoría para la evaluación de los Servicios Amigables de Salud para Adolescentes y Jóvenes en Colombia. Producto 5. Informe de Resultados. Junio 2014.

Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2014.

<http://www.minsalud.gov.co/salud/publica/SSR/Paginas/Estrategias-de-salud-sexual-y-reproductiva-en-adolescentes.aspx>

