Determinantes sociales de embarazo en menores de 15 años

UNFPA
Fondo de Población de las Naciones Unidas

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

DETERMINANTES SOCIALES DE EMBARAZO EN MENORES DE 15 AÑOS

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

ELKIN OSORIO SALDARRIAGA
Director de Promoción y Prevención

RICARDO LUQUE NÚÑEZ
Asesor Dirección de Promoción y Prevención

DIVA JANNETH MORENO LÓPEZ
Profesional Especializada, Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS - UNFPA

TANIA PATRIOTA
Representante en Colombia

LUCY WARTENBERG
Representante auxiliar

MARY LUZ MEJÍA GÓMEZ
Asesora en Salud Sexual y Reproductiva

EQUIPO TÉCNICO CONVENIO DE COOPERACIÓN 036 DE 2012 MSPS/UNFPA

RICARDO LUQUE NÚÑEZ
Asesor Dirección de Promoción y Prevención, Ministerio de Salud y Protección Social

MARY LUZ MEJÍA GÓMEZ
Asesora en Salud Sexual y Reproductiva, UNFPA

DIVA JANNETH MORENO LOPEZ
Profesional Especializada, Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes

ELSA VICTORIA HENAO LONDOÑO
Consultora de la Línea de Salud Materna, Convenio 036

NAYIBE LISET RIVERA RAMÍREZ
Consultora Técnica de la Línea de Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes, Convenio 036

COMITÉ EDITORIAL CONVENIO DE COOPERACIÓN 036 DE 2012 MSPS/UNFPA

MARY LUZ MEJÍA GÓMEZ
Asesora en Salud Sexual y Reproductiva, UNFPA

ELSA VICTORIA HENAO LONDOÑO
Consultora de la Línea de Salud Materna, Convenio 036

LUZ YAMILETH ORTIZ RAMÍREZ
Consultora de Gestión del Conocimiento, Monitoreo y Evaluación, Convenio 036

GEMA GRANADOS HIDALGO
Asesora de Comunicaciones, UNFPA

ANGÉLICA OLIS DEVIA
Asistente administrativa, Convenio 036

AUTORES

CARLOS IVÁN PACHECO SÁNCHEZ
MARY LUZ MEJÍA GÓMEZ
ADRIANA GISELA MARTÍNEZ PARRA
DIVA JANNETH MORENO LÓPEZ

REVISIÓN TÉCNICA

ELSA VICTORIA HENAO LONDOÑO
Consultora de la Línea de Salud Materna, Convenio 036

ISBN 978 958 8735 85 6
"Determinantes Sociales del Embarazo en Menores de 15 Años"

© Ministerio de Salud y Protección Social © Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

Corrección de estilo
Luz Ángela Uscategui.
Diseño y diagramación
Natalina Leguizamón
Impresión:
Año: 2014
Ciudad: Bogotá D.C.

Queda prohibida la reproducción parcial o total de este documento por cualquier medio escrito o virtual, sin previa autorización del Ministerio de Salud y Protección Social.

Contenido

PRESENTACIÓN 4

INTRODUCCIÓN 6

1 ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN 9

2 REFERENTES CONCEPTUALES 11
- 2.1. Determinantes sociales del embarazo adolescente 12
- 2.1.1. Condiciones socioeconómicas 12
- 2.1.2. Condiciones de vida, entorno familiar 19
- 2.2. Acceso a servicios y atención en salud 23

3 OBJETIVOS 27
- 3.1. Objetivo general 27
- 3.2. Objetivos específicos 27

4 METODOLOGÍA 28
- 4.1. Fase 1: análisis descriptivo y consulta a expertos 28
- 4.2. Fase 2: estudios de caso en historias clínicas 28
- 4.3. Fase 3: estudio de caso cualitativo en adolescentes menores de 15 años 29
- 4.4. Consideraciones éticas 30

5 RESULTADOS FASE 1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS NACIMIENTOS DE MADRES ADOLESCENTES MENORES DE 15 AÑOS EN EL QUINQUENIO 2005-2009 32
- 5.1. Nacimientos en madres menores de 15 años 32
- 5.2. Parejas, padres de los nacimientos en mujeres menores de 15 años en el quinquenio 2005-2009 49
- 5.3. Parto 52
- 5.4. Datos del recién nacido 56

6 RESULTADOS FASE 2. ESTUDIO DE CASO EN HISTORIAS CLÍNICAS 57
- 6.1. Análisis de las historias clínicas 58
- 6.1.1. Criterios de inclusión de las historias clínicas 61

Contenido

6.1.2. Análisis de la información de la historia clínica 63
6.2. Resultados. Aspectos relevantes derivados de la revisión de historias clinicas 63
6.2.1. De la recolección de la información 63
6.2.2. Condiciones socioeconómicas 65
6.2.3. Acceso a servicios y atención en salud 69
6.2.4. Planificación familiar 69
6.2.5. Control prenatal 72
6.2.6. Parto y puerperio 79
6.2.7. Adolescentes, estructura familiar, redes sociales y entorno 81

7 RESULTADOS FASE 3. LOS RELATOS DE VIDA DE LAS ADOLESCENTES 87
7.1. Los factores e impactos del embarazo adolescente 88
7.1.1. Determinantes del embarazo adolescente 89
7.2. Los motivos para embarazarse y su contexto 103
7.3. La historia en la voz de sus protagonistas. Apuntes para la lectura 113
7.3.1. Historia de Maria Carolina 115
7.3.2. Historia de Yuli 125
7.3.3. Historia de Kelly 137
7.3.4. Historia de Ana María 146

8 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 158
8.1. El contexto. Las determinaciones de estructura social y cultural 158
8.2. El sentido común 164

BIBLIOGRAFÍA 169

Presentación

El embarazo en la adolescencia reviste especial interés por su magnitud e impacto en los aspectos personales y por la interferencia en las oportunidades de acumulación de capital humano, que se traducen en desventaja de las condiciones sociales y económicas de las comunidades. Estos impactos se expresan en la frecuente interrupción del ciclo educativo, que a su vez limita la formación para el trabajo calificado y mejor remunerado y termina por restar oportunidades en las condiciones de vida de la madre y su hijo por nacer.

En el análisis del embarazo en la adolescencia, alrededor de las condiciones diferenciales por edad, llama especialmente la atención el embarazo en menores de 15 años por el significado e implicaciones de una maternidad en una niña, en la cual los procesos biológicos, psicológicos y sociales no corresponden con las exigencias de gestación y la crianza de un nuevo ser.

Las Encuestas de Demografía y Salud–ENDS (Profamilia, 2005 y 2010) muestran una ligera reducción del embarazo en el grupo de 15 a 19 años, mientras que los datos del DANE muestran, para el grupo de niñas entre 10 y 14 años, una la tendencia creciente. Para el año 2013 se registraron 6.545 casos (DANE, 2013). Este hecho, de por sí alarmante, se agrava al estimar que en el 61% de los casos los progenitores de los hijos de niñas son hombres mayores de 20 años (MPS, 2010), lo que significa una diferencia etaria que es al menos de seis años y ocurre como producto de una relación con una menor de 14 años, lo que por definición es el resultado de una relación sexual abusiva.

En el marco de la cooperación entre el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), se propone el estudio de los determinantes sociales y los impactos biopsicosociales del embarazo en menores de 15 años como estrategia para ayudar a comprender este evento y generar evidencia sobre el mismo que oriente y soporte las políticas y acciones que se requieren para abordar esta problemática.

Para cumplir el objetivo de este estudio se desarrolló, en primera instancia, un análisis descriptivo del evento con el concurso de un grupo de expertos; la segunda parte consistió en la compilación, análisis e interpretación de registros clínicos de casos institucionales en cuatro entidades territoriales del país; y la tercera parte se desarrolló como estudio cualitativo de dieciocho niñas que fueron madres antes de los 15 años; sobre estos casos se reconstruyeron las historias de vida mediante entrevistas a profundidad.

Este documento contiene, además de la descripción del proceso metodológico, los resultados de la investigación en cuanto a las condiciones socioeconómicas y de la vida cotidiana, el entorno familiar y social de estas niñas, su acceso y experiencia con los servicios de salud, ya fuera para planificación familiar o atención relacionada con el embarazo, parto y puerperio, y profundiza en los motivos, factores e impactos del embarazo a esta edad.

El Ministerio de Salud y Protección Social, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y los autores esperan, con esta investigación, contribuir a que se fortalezcan las políticas públicas y las acciones en favor de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de la población adolescente, la prevención de casos, y de manera particular, la protección de los derechos de las niñas menores de 15 años y la restitución de los mismos en los casos de embarazo.

Introducción

Es difícil definir de manera universal la adolescencia. En lo que sí hay un acuerdo es que dicho fenómeno representa una construcción cultural, sujeta a valoraciones y cambiante según los contextos y los espacios geográficos **(Villareal, 1998; Bourdieu, 2000; Medina, 2000; Mendieta, 2001).**

Como concepto, la adolescencia surge a mediados del siglo XIX, pero se sedimenta en Occidente a mediados del siglo XX y designa a un grupo específico de población joven que se prepara durante una etapa más o menos prolongada para asumir papeles adultos. Los procesos de industrialización y urbanización extienden la etapa de transición entre la niñez y la adultez. Por ello, la adolescencia se conforma como un periodo particular de la vida, con identidad propia y necesidades específicas. Es el tiempo del aprendizaje, del desarrollo de capacidades, de preparación y construcción simultánea del curso vital. En años recientes se ha descubierto que es un periodo donde se da un rápido desarrollo cerebral que conduce a nuevas capacidades y comportamientos que activan las maneras de transitar en los contextos familiares, de pares, en ámbitos educativos y de la salud individual y colectiva **(Viner y otros, 2012).** Es el tiempo donde se consolida el aprendizaje para el tránsito de la heteronomía a la autonomía.

En los siglos mencionados, el concepto de adolescente empezó a popularizarse a partir de los procesos de escolarización, dando lugar a un discurso alrededor de esta etapa de la vida que tiene, como primer momento de consolidación, la publicación del estudio de Stanley Hall en 1904, que describe la adolescencia como un periodo de tensiones e inestabilidad emocional en el que hay una ruptura con la infancia **(Dávila León, 2004).** Esta noción general aún hoy opera en la investigaciones e intervenciones dirigidas a esta población **(Adaszko, 2005).**

En 1975 la OMS definió la adolescencia como un periodo en el cual:

1) El individuo progresa desde el punto de vista de la aparición inicial de caracteres secundarios hasta los de la madurez sexual; 2) los procesos psicológicos del individuo y las formas de identificación evolucionan desde los de un niño/a hasta los de un adulto y 3) se hace la transición de un estado de dependencia socioeconómica total a otro de relativa independencia (OMS, 1975: 10).

Reconociendo la imposibilidad de establecer límites de edad específicos, se propone una edad entre los 10 y los 20 años. En esta definición la OMS hace un apunte importante, que no tiene continuidad en definiciones posteriores, en cuanto a la adolescencia como una clasificación social con variaciones considerables entre contextos culturales e incluso dentro de los mismos (OMS, 1975). Esta consideración implica aceptar que, como lo ha descrito ampliamente la antropología, las tensiones en la adolescencia, a partir de las transformaciones que se viven, están asociadas a patrones socioculturales. Cada sociedad dispone una serie de prácticas y representaciones para cada etapa de la vida **(Adaszko, 2005).**

En la actualidad, la OMS establece una edad para la adolescencia entre los 10 y los 19 años que se divide en tres fases, según los cambios físicos y psicológicos: adolescencia temprana, entre los 10 y los 13 años, caracterizada por una aceleración del crecimiento, el inicio de la maduración sexual y el inicio del pensamiento abstracto; la adolescencia intermedia, entre los 14 y 15 años, en donde los cambios físicos culminan, se refuerzan los patrones identitarios y la relación con los pares, y el pensamiento es más reflexivo; y la adolescencia tardía, entre los 16 y 19 años, en la que el cuerpo adquiere por completo las formas adultas, hay una identidad definida e ideas y opiniones establecidas **(WHO, 2002).**

En las definiciones sobre adolescencia subyace el interés de enfocar acciones hacia este grupo poblacional, que se consolidó como objeto de intervención durante la segunda mitad del siglo XX. Los temas de sexualidad han suscitado la atención, tanto de las ciencias biomédicas como de las ciencias sociales, desde hace más de cuatro décadas **(Adaszko, 2005),** y las investigaciones más específicas sobre fecundidad y embarazo, tienen auge en los Estados Unidos en la década de los setenta, y en América Latina y el Caribe, desde los ochenta **(Pantelides, 2004).**

En el marco de los Derechos Humanos, las niñas, niños y adolescentes son sujetos con identidad, libertad y capacidad para tomar decisiones, iguales al resto de las personas. Viven un tiempo vital de desarrollo cerebral, desde la etapa prenatal hasta después de la pubertad, que combinado con la influencia y estimulación cultural proveen la condiciones para el desarrollo del libre albedrío **(Evers, 2009; BID, 2012; Viner, 2012).** Es el momento para aportar los elementos necesarios para el desarrollo individual y colectivo y de preparar a estas personas para abrir y disfrutar oportunidades. En el contexto de la globalización, de las mediaciones tecnológicas[1] y de las redes sociales, cada día se hace más vigente en estas poblaciones la inmediatez, la globalización y la presentación de rangos de expectativas más amplios, que no siempre tienen una respuesta adecuada por los contextos en que viven.

Sumado a esto, cuando se presentan consecuencias negativas de la sexualidad, pueden llevar a que este periodo, que debería estar lleno de posibilidades para crecer y aprender en los nuevos marcos globales, sea reemplazado por actividades propias de la maternidad y el mundo laboral. En los últimos años, en Colombia, el embarazo adolescente ha tomado importancia por su magnitud e impacto social y económico. Según la última Encuesta de Demografía y Salud realizada por Profamilia, el 19,5% de las adolescentes entre 15 y 19 años estaba embarazada o tenía un hijo al momento de la entrevista **(ENDS, 2010).** Aunque en esta encuesta se muestra una estabilización del fenómeno, que venía creciendo en los últimos quince años, las cifras siguen siendo altas para el país.

De otra parte, el embarazo en menores de 15 años mantiene una tendencia creciente. La tasa de embarazo en este grupo ha evolucionado de 2,78 por mil nacimientos a 3,15 en el año 2009 **(Minsalud, 2012).** Según los datos del Ministerio de la Protección Social, utilizando como fuente las bases de datos de nacimientos de Estadísticas Vitales del DANE, en 2008 se presentaron 6.944 casos de embarazadas entre 10 y 14 años. De este total, solo el 0,8% de los nacimientos tiene un padre de la misma edad de la madre y el 61% de los nacimientos tiene padres mayores de 20 años (MPS, 2010).

1 Nos referimos a mediaciones tecnológicas como el conjunto de dispositivos, tanto tradicionales como contemporáneos, a través de los cuales se escenifican o tienen lugar diversos tipos de relaciones entre los individuos y los grupos humanos.

1. Antecedentes y justificación

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2008), el 25% de las mujeres en América Latina y el Caribe son madres antes de los 20 años de edad, y el 45% de estos embarazos resultan del mal uso o la falta de anticonceptivos. En Colombia, de manera similar a lo que ocurre en América Latina, las mujeres menores de 20 años vienen aumentando su tasa de fecundidad desde las últimas dos décadas: la Encuesta Nacional de Demografía y Salud muestra que en 1990 dicha tasa se estimó en 70 nacidos vivos por mil, en 1995 subió a 89 por mil y en el 2005 en 90 por mil. De acuerdo con esta encuesta, el 19,5% de las mujeres entre 15 y 19 años son madres o están en embarazo de su primer hijo. En menores de 15 años, la tasa se ha incrementado en los últimos años, así: 2,74 por mil en 2000, 2,56 en 2002, 2,73 en 2004, 2,82 en 2006 y 2,99 en 2008, siendo, con Brasil, uno de los dos países con mayor tasa de fecundidad en estas edades **(Gómez, Molina y Zamberlin, 2011).**

Debido a los lineamientos internacionales y a las tendencias particulares de nuestro país, el embarazo adolescente se ha convertido en un tema prioritario en la agenda de salud pública. La Academia Nacional de Medicina lo consideró como una grave problemática y un marcador de subdesarrollo, y algunos autores lo califican como una catástrofe biológica, antropológica, social, familiar e individual **(Estupiñán-Aponte, 2009).**

Las alarmas alrededor del embarazo adolescente tienen por fundamento los impactos biopsicosociales descritos para este evento, entre los que se cuentan los siguientes: I) mayores riesgos de morbilidad y mortalidad para la madre y el recién nacido debido al escaso desarrollo físico y psicológico de la mujer **(Flórez, 2005),** II) el aumento de la vulnerabilidad de los hijos a la violencia sexual, el maltrato infantil y la explotación sexual **(Parada Baños, Becerra Cornejo y Villacis Vallejos, 2009)** y III) mayor probabilidad de fracaso en la relación de pareja, conducente al madre-solterismo **(Baeza W., Póo F., Vásquez P., Muñoz N. y Vallejos V., 2007; Corcoran, Franklin y Bennett, 2000; Parada Baños y otros, 2009)** Entre los impactos sociales más destacados están: IV) el pobre potencial de progreso económico y social a causa del truncamiento de la trayectoria formativa y la deserción escolar, que conlleva a la persistencia de bajo nivel educativo, y V) las limitaciones en la participación laboral futura y el desempleo.

Todo ello contribuye a lo que se denomina "perpetuación del ciclo de la pobreza" y "feminización de la miseria" **(Baeza W., y otros, 2007; Flórez, 2005: Parada Baños y otros 2009).** En otras palabras, la interrupción de la escolaridad limitaría las posibilidades de obtener un empleo o un empleo bien remunerado, lo que, a su vez, reduce las posibilidades de ascenso social de la madre y el acceso a los recursos que permiten un desarrollo adecuado de los hijos, que en últimas tendría también consecuencias en el incremento de las desigualdades sociales.

En términos de densidad poblacional se aduce que la mayor participación de la fecundidad adolescente en la fecundidad total implica que la maternidad a edades más tempranas está contribuyendo de manera significativa al crecimiento demográfico **(Flórez y Soto, 2006).**

En el marco del Plan Andino para la Prevención del Embarazo Adolescente, en la Reunión de Ministros de Salud (REMSAA) Extraordinaria XXIV/4 realizada en Caracas el 19 de octubre de 2010, estos dieron instrucciones de incluir "acciones para el abordaje del embarazo no planificado en adolescentes menores de 14 años y sus causas por ser un problema de salud pública para la Subregión Andina". La ubicación del embarazo en menores de 15 años como problema de salud pública tiene un sustento biológico en los riesgos para la salud, que están probados para madres e hijos/as, y por los lazos con fenómenos de violencia y abuso sexual que anteceden a muchos de los casos.

Sin embargo, a pesar de que existen acuerdos sobre las causas e impactos del embarazo temprano, también estamos de acuerdo con la afirmación de Claudio Stern, en que "hoy conocemos muy poco sobre el embarazo en la adolescencia [...] de que se trata de un fenómeno complejo y diverso —como prácticamente todos los fenómenos sociales— y de que habría que delimitar con mucho mayor rigor y precisión dónde están los problemas ligados con el mismo, para quién o quiénes se constituyen en problemas, cuáles son sus determinantes" **(Stern, 2003: 727).** Siguiendo este planteamiento, se hace necesario comenzar a estudiar el fenómeno de embarazo adolescente en menores de 15 años, ya que existe un vacío evidente de conocimiento que no nos permite avanzar de manera adecuada en políticas, programas y proyectos efectivos para su prevención y la mitigación de los impactos biopsicosociales en las niñas que lo presentan.

2. Referentes conceptuales

La salud sexual y reproductiva (SSR) es la base de la formación de capital humano, y consecuentemente, de capital social, convirtiéndose en fundamento del desarrollo de las generaciones presentes y futuras. Está orientada al mejoramiento de la vida, al bienestar y al logro de relaciones personales y sociales igualitarias y libres. Su objetivo es el disfrute de una vida sexual y reproductiva plena, satisfactoria, sana, sin riesgos, responsable y feliz (CIPD, 1994). En este marco, el embarazo y la maternidad en la adolescencia son fenómenos que afectan la salud sexual y reproductiva y el bienestar de las mujeres jóvenes, sus familias y comunidades, así como al conjunto del desarrollo de un país, dados los múltiples efectos en los campos de la salud física, psicosocial y en los campos políticos, económicos y sociales que afectan no solo a la adolescente y su familia, sino también al colectivo general **(Henao y otros, 2007; Clarke, 2010).**

La maternidad juvenil se genera en la pobreza y la desigualdad **(Stern, 2003 y 2012; Rodríguez, 2009),** reproduce el ciclo de pobreza y tiene como consecuencia para la sociedad una alta pérdida de población con posibilidades de instrucción y productividad, que finalmente repercute en la exclusión social y en el desarrollo económico de los países **(González, 2000; Barker y otros, 2007; Francisco y otros, 2008; Rodríguez, 2008)**

Los determinantes estructurales que influencian la salud de los y las adolescentes, como la clase social, la desigualdad económica y social y la educación **(Viner, 2012),** están también en la base de la ocurrencia del embarazo adolescente **(Stern, 2012; Rodríguez, 2009; CEPAL, 2011).** El embarazo adolescente se asocia a factores como la pobreza, el bajo nivel educativo y la deserción escolar, que dificultan posteriormente la inserción en el mercado laboral y, por ende, la obtención de suficientes recursos económicos, perpetuando estas trampas de pobreza **(Flórez, 2005; Henao y otros, 2007; Salazar y otros, 2007; Silva y otros, 2008).** Otras investigaciones, en contextos de desplazamiento forzado, muestran cómo la violencia estructural es un marco proclive a la presentación del embarazo adolescente **(Nieto y otros, 2010).**

La residencia en zonas rurales y, adicionalmente, la pertenencia a grupos étnicos negros y población indígena, son también determinantes en esta materia. En todos los casos, el embarazo adolescente rural es mayor, el doble (como en Bolivia) o casi el doble, en relación al urbano **(Pantelides, 2004; Núñez-Urquiza y otros, 2003; Remez y otros, 2008; León y otros, 2008; Palomino Gamarra y Ascate, 2009; CEPAL, 2011).**

Dentro de las causas, se mencionan la aceptación social y cultural del embarazo adolescente **(Flórez, 2005),** el embarazo como factor que ayuda al reconocimiento social o a la compensación afectiva de las madres adolescentes en algunas culturas **(Henao y otros, 2007; Gallo, 2009) y la posibilidad de recibir algunos beneficios económicos (McDonald y otros, 2009).**

2.1. Determinantes sociales del embarazo adolescente

2.1.1. Condiciones socioeconómicas

El argumento del embarazo adolescente como mecanismo perpetuador de la pobreza es ampliamente debatido. Ya desde finales de los setenta, algunos estudios mostraban que las madres adolescentes eran mayoritariamente pobres y los riesgos de su embarazo se debían más a las condiciones en las que vivían que a la edad que tenían al momento de la gestación (Pantelides, 2004).

Varios autores consideran que la relación entre embarazo adolescente y pobreza debe leerse en forma inversa: no es el embarazo adolescente el que por sí mismo perpetúa la pobreza, sino que las condiciones sociales, económicas y culturales son las principales causas de una maternidad temprana (Adaszko, 2005; Pantelides, 2004; Stern, 1997). En este sentido, se critica el énfasis en la problematización del embarazo adolescente cuando no se cuestionan las estructuras de desigualdad y vulneración en las que están inscritas las jóvenes y adolescentes (Irvine, 1994). De manera enfática, Stern (1997) señala que las posibilidades de formación educativa y éxito laboral de esta población solo mejorarán con la modificación de tales estructuras.

Este debate, sobre el cual aún no hay un consenso establecido, abre espacio al reconocimiento del contexto social y económico para explicar el embarazo adolescente en clave de determinantes sociales, definidos por la OMS, (2009) como

Las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

La salud es, básicamente, consecuencia de determinantes económicos, sociales, culturales y ambientales, en donde la pobreza y la inequidad juegan un papel esencial (Comisión sobre Determinantes Sociales OMS, 2009). Es indiscutible que el contexto social y económico cumple un rol central en el estado de salud de las personas, aunque lo hace a través de factores intermedios (Alvarez Castaño, 2009) o determinantes próximos (Flórez, 2005).

Las condiciones socioeconómicas generales tienen que ver con las estructuras que configuran cada sociedad e inscriben a los individuos o grupos en distintos niveles de la estratificación social, y están determinadas por modelos políticos y económicos atravesados por ideologías de clase, género, raza y edad. Estas estructuras y modelos de sociedad se mantienen y refuerzan en virtud de las políticas y programas gubernamentales en las diferentes esferas en que se desenvuelve la vida de las personas, como educación, empleo y salud.

Estos determinantes estructurales, relacionados con el entorno político, los sistemas legales, la violencia estructural, la discriminación y los cambios demográficos, entre otros, permiten explicar elementos de la fecundidad adolescente y entender las condiciones en que las adolescentes viven y se desarrollan, no como factores de riesgo aislados, sino como determinantes articulados en una estructura macrosocial.

En diferentes regiones del mundo (Corcoran y otros, 2000), incluyendo Latinoamérica (OPS, 2008) y Colombia, se ha señalado el estatus socioeconómico como un aspecto crucial del embarazo precoz (Flórez y otros, 2004; Flórez, 2005; Flórez y Soto, 2006). En un estudio que incluyó adolescentes de las ciudades de Cali y Bogotá, Flórez (2005) documenta que cerca del 30% de las adolescentes han iniciado su vida sexual antes de los 17 años. En Bogotá, esto es así para el 24% del estrato medio-alto y el 34% del estrato bajo; en Cali, para el 42% del estrato bajo y el 29% del estrato medio-alto. En las dos ciudades, cerca del 6% de las adolescentes han vivido alguna vez en pareja antes de los 17 años: 10% del estrato bajo y solo 2% del estrato alto; el uso de un método de planificación en la primera relación es más frecuente en el estrato medio-alto que en el bajo, y estas diferencias son aún más marcadas en Bogotá que en Cali.

En la primera ciudad, el 43% del estrato bajo, frente a un 72% del estrato alto, usaron un método anticonceptivo, mientras que en la segunda lo emplearon el 60% del estrato bajo y el 67% del más alto; aproximadamente 7% de las adolescentes en ambas ciudades han estado embarazadas. En el estrato bajo el 13% ya habían comenzado su vida reproductiva, frente al 4% del estrato medio-alto.

Flórez y Soto (2006) reconocen que la relación entre estrato socioeconómico y una mayor fecundidad adolescente no solo se explica por la inequidad en el acceso a los métodos de planificación familiar y la información que se proporciona sobre estos, sino también por las limitaciones generales, en términos de educación y oportunidades de empleo, que impiden la construcción de proyectos de vida diferentes a la maternidad. Para muchas de las adolescentes pertenecientes a los estratos bajos, ser madre se presenta como la posibilidad más cercana de obtener seguridad económica, social y afectiva, de establecer una unión de pareja y consolidar un hogar que les permita independizarse de sus familias de origen (Hospital Pablo VI E.S.E. 2006). Adicionalmente, cumplen con las expectativas y demandas de género, aquellas que asumen que la reproducción y el cuidado es un compromiso ineludible de las mujeres (Gogna, 2005).

De modo similar sucede con las diferencias entre zonas urbanas y rurales (OPS, 2008): debido a las limitaciones socioeconómicas y geográficas de las segundas, las jóvenes urbanas tienen mayor acceso a educación y empleo y pueden acceder más fácilmente a la información y a los métodos de planificación familiar, lo que se refleja en una fecundidad rural 1,5 veces superior a la urbana (Flórez y Soto, 2006).

Otro aspecto referente a las condiciones socioeconómicas que ha sido recurrentemente señalado es la relación entre maternidad temprana y educación. La afirmación de que el embarazo adolescente conlleva a la deserción escolar (Baeza W, 2007; Parada Baños y otros, 2009) ha sido refutada por autores que señalan que un porcentaje importante de adolescentes abandona el sistema escolar antes de la gestación (Stern, 1997). De acuerdo con los resultados del estudio de Molina y colaboradores (Molina S. y otros, 2004), estas adolescentes que desertan pertenecen en un mayor porcentaje al subnivel de miseria y constituyen un grupo más vulnerable desde lo sociocultural, educacional y familiar, que aquellas adolescentes que desertan durante el embarazo. Probablemente no exista una sola dirección en esta relación, pero las diferentes posturas y evidencias nos llevan de nuevo a pensar que, lejos de una asociación causal simple, hay elementos estructurales que subyacen a las condiciones de cada madre adolescente antes y después del embarazo. "Difícilmente se podrá modificar el comportamiento de los jóvenes si no se transforman las estructura de desigualdad social que determinan la ocurrencia, el significado y los resultados de dicho comportamiento" (Adasko, 2005).

Desde la perspectiva social, los impactos del embarazo adolescente serían la deserción escolar, las menores posibilidades laborales y, por tanto, de estabilidad económica a futuro, así como la reorientación de los proyectos de vida de las adolescentes dedicada al hijo/a, entre otras (Flórez, 2005; Ermands y Black, 2008; Rodríguez, 2008; Castrillón, 2010).

Existen mayores dificultades para compatibilizar el embarazo y la crianza con la educación y la inserción laboral. Las adolescentes que tienen una trayectoria educativa "regular"[2] no abandonan los estudios, independientemente del estrato socioeconómico (CEPAL, 2007: 7; Contreras y Martín, 2011; Garcia Nascimento y otros, 2011).

[2] Nos referimos a la trayectoria escolar constante que permite a la adolescente ir cumpliendo con las expectativas formales, tanto de la sociedad como de su núcleo familiar.

Los sectores con estudios más bajos tienen menos expectativas de volver a estudiar o de acceder a un buen trabajo en el futuro (Flórez y Soto, 2006; CEPAL, 2011: 104). En un estudio en ciudades de Brasil, se concluye que existe una relación inversa entre educación y embarazo adolescente, pero también que no es evidente la dirección de la causalidad (Aquino y otros, 2003: 387). Otras investigaciones concluyen que se desconoce si es el embarazo lo que provoca la deserción escolar o más bien es la falta de recursos económicos lo que lleva a abandonar la escuela (Pantelides, 2004; Peláez Mendoza, s/f; Palomino Gamarra y Ascate, 2009: 29; Binstock y Näslund-Hadley, 2010; Näslund-Hadley y Binstock, 2010; Näslund-Hadley y Manzano, 2011). Los hombres no abandonan el sistema escolar por el embarazo de su pareja (Olavarría y Madrid, 2005: 35).

La convivencia con padres o suegros y la dedicación a actividades domésticas es otra de las consecuencias del embarazo adolescente, en muchas ocasiones, empeorando las relaciones desiguales de poder entre padres/madres y suegro/a con la adolescente. No asisten a la escuela, pero tampoco ingresan al mercado de trabajo, y cuando lo hacen, suelen hacerlo en condiciones precarias (Binstock y Pantelides, 2005: 109; Flórez y Soto, 2006; CEPAL, 2007: 7; Salinas Sevilla, 2009: 42).

Los problemas económicos (Flórez y Soto, 2006; León y otros, 2008: 44; Contreras y Martín, 2011) recaen más en las mujeres que en los hombres (Flórez y Soto, 2006; CEPAL, 2007: 7), con el consiguiente aumento de la pobreza (Despacho de la Primera Mujer de Medellín, 2006), la marginalidad femenina, la prostitución, el alcoholismo y la drogadicción (Despacho de la Primera Mujer de Medellín, 2006; Flórez y Soto, 2006; León y otros, 2008: 44; Contreras y Martín, 2011).

Otra de las consecuencias severas del embarazo en las adolescentes es la alta incidencia de segundos y terceros embarazos (Despacho de la Primera Mujer de Medellín, 2006). La competencia e identificación con la madre hace más frecuente que la adolescente tenga su primer hijo aproximadamente a la misma edad en que lo hizo la madre (León y otros, 2008: 44; Salinas Sevilla, 2009: 36).

En América Latina, alrededor de cien mil mujeres menores de 15 años dan a luz cada año. Una investigación reciente mostró que, al igual que en el grupo de 15 a 19, el embarazo en menores de 15 años se presenta con mayor frecuencia en las áreas de menor nivel socioeconómico, las zonas rurales y en las niñas con bajo nivel educativo (Gómez, Molina y Zamberlin, 2011).

El embarazo temprano está influido por la edad de inicio de las relaciones sexuales y la menarquia temprana (Silva y otros, 2008; Lion y otros, 2010; Flórez y Soto, 2006; León y otros, 2008: 44; Rodríguez Vignoli, 2008, 2011, 2012; CEPAL, 2011: 89; Contreras y Martín, 2011; Zelaya y Coto, 2011). El inicio más temprano de las relaciones sexuales, sin embargo, no va acompañado de una unión más temprana ni del uso de anticonceptivos (Flórez y Soto, 2006; Rodríguez Vignoli, 2008, 2011, 2012; CEPAL, 2011: 100). El tipo y edad de inicio de la unión también se comportan como determinantes próximos del embarazo (Flórez y Soto, 2006; Rodríguez Vignoli, 2008, 2011, 2012; Palomino Gamarra y Ascate, 2009: 54; CEPAL, 2011: 89).

Se ha observado que el patrón de unión es clave para que el embarazo se lleve a término y se asuma la maternidad-paternidad (Binstock y Pantelides, 2005: 109; CEPAL, 2011: 101). La probabilidad de embarazo entre las unidas, formal e informalmente, es mayor, dada la tendencia a la no utilización de métodos anticonceptivos en tal situación (Aquino y otros, 2003; Remez y otros, 2008; Palomino Gamarra y Ascate, 2009: 54; Remez y otros, 2009). Esto se potencia por el poco conocimiento sobre salud sexual y reproductiva que tienen adolescentes y jóvenes (Barker y otros, 2007; Pallitto y Murillo, 2008; Haldre y otros, 2009), y por las actitudes negativas hacia el uso de métodos anticonceptivos por parte de este grupo, como producto de la desinformación y mitos socioculturales para su uso o uso correcto (Flórez, 2005; Baumgarther y otros, 2009; Lion y otros, 2010).

Varios estudios han mostrado el menor uso y baja constancia en el uso de anticonceptivos entre las/os adolescentes (Peláez Mendoza, s/f; Aquino y otros, 2003; Despacho de la Primera Mujer de Medellín, 2006; CEPAL, 2011), siendo menor la utilización entre los sectores populares bajos, asociado a la vergüenza o al menor acceso por problemas económicos, y mayor entre las clases medias-altas (Pantelides, 2004; Núñez-Urquiza y otros, 2003: 101; Adaszko, 2005: 59). También la baja percepción del riesgo hace que las/os adolescentes no usen los métodos anticonceptivos, aunque los conozcan (Despacho de la Primera Mujer de Medellín, 2006; León y otros, 2008: 44; González, 2009: 24; Torriente y otros, 2010; Näslund-Hadley y Manzano, 2011).

La insuficiente información, el desconocimiento y la escasa educación en materia de sexualidad y derechos sexuales y reproductivos constituyen otro factor determinante para la presentación del embarazo adolescente (Despacho de la Primera Mujer de Medellín, 2006; Alfonso, 2008; Gubert y Faganello, 2009; Ávila y otros, 2011; Contreras y Martín, 2011; Barinas, 2012), en conjunto con la presión y la desinformación sobre sexualidad, ejercidas por los medios masivos de comunicación y los pares (Despacho de la Primera Mujer de Medellín, 2006; Zelaya y Coto, 2011).

La persistencia de mitos e imaginarios ha sido mostrada en varios estudios, como en el realizado por Carmen Elisa Flórez en una muestra representativa de adolescentes en Bogotá y Cali. En el componente cualitativo de esta investigación se encontró cómo "creen infundadamente que las mujeres no se embarazan en la primera relación sexual, que no es necesario el condón cuando los dos miembros de la pareja son vírgenes, que los métodos de protección no son eficaces y tienen efectos secundarios indeseables, y que utilizar condón con la persona que se ama constituye una falta de respeto" (Vargas, Henao y González, 2007; Flórez, 2005: 394).

Otra de las causas encontradas son las barreras de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y anticoncepción moderna, que son mucho más marcadas cuando se trata de menores de edad (Montoya y otros, 2011). Existen limitados servicios institucionales especializados en promoción de métodos de planificación familiar y salud sexual y reproductiva para adolescentes (Núñez-Urquiza y otros, 2003; Martín y Reyes, 2003; Alonso, 2005: 245; Despacho de la Primera Mujer de Medellín, 2006; Alfonso, 2008; Ávila y otros, 2011). La edad a la que la legislación considera que un adolescente varón o mujer puede solicitar asesoría o provisión de métodos sin el acompañamiento de sus padres se configura en una barrera de acceso a los servicios, y por ende aumenta la probabilidad de embarazo en adolescentes que ya han iniciado relaciones sexuales (Rodríguez, 2009).

2.1.2. Condiciones de vida, entorno familiar

El contexto social abarca también espacios más próximos al individuo, como el lugar de residencia, estructura familiar y redes sociales (Pantelides, 2004), y en esos espacios aparecen los discursos que circulan alrededor del matrimonio, la actividad sexual prematrimonial, la pareja, el amor y la familia.

Entre los aspectos familiares que promueven el embarazo adolescente se mencionan: "límite estrecho familiar", cuando hay una restricción excesiva de la autonomía de la adolescente; "negligencia paterna", en el caso de padres poco interesados en la educación y cuidado de su hija; "padres ausentes del hogar" y "familia poco acogedora", entendida como aquella que establece una dinámica disfuncional que no cubre las necesidades afectivas de la adolescente, como las familias en que existen conflictos entre los padres (Baeza W. y otros, 2007) así como dificultades en la comunicación directa y honesta (Corcoran y otros, 2000). Según Flórez (2005), los factores más influyentes son el clima educativo familiar, la escolaridad materna, el antecedente de fecundidad en la adolescencia en la familia, la agresión física familiar, el estado civil de la madre y el nivel de supervisión por los padres.

La literatura revisada no solo destaca el papel de estas características familiares en la iniciación sexual voluntaria de las adolescentes y el embarazo, sino también como preventivas o promotoras del abuso sexual, con un peso importante en el embarazo adolescente (Pallito y O´Campo, 2006), particularmente en menores de 15 años. Se ha reportado que, en países de América Latina, entre el 15% y 30% de las adolescentes tuvieron su primera relación sexual con penetración de manera forzada, generalmente, por un hombre conocido, y que los embarazos en menores de 15 años son hasta en un 90% consecuencia de violación. En Colombia, la tasa de denuncias por abuso sexual en el 2008 fue de 293 x 100.000 en población de 10 a 14 años y 168 x 100.000 en la de 15 a 19 años (Gómez y otros, 2011). La encuesta sobre salud sexual y reproductiva en zonas marginadas (Profamilia, 2005b) reveló que el 4,6% de mujeres entre 13 y 14 años y el 5,2% entre 15 y 19 años fueron abusadas sexualmente, siendo el agresor un conocido en el 58,2% de los casos.

Esta expresión brutal de violencia de género en la que la dominación masculina se impone mediante el ultraje y la agresión al cuerpo de las mujeres, con todos los efectos físicos, psicológicos y sociales que ello conlleva, no son crímenes individuales desarticulados unos de otros: por el contrario, son la manifestación de una sociedad desigual en términos de género, en la que el cuerpo de las mujeres es blanco de diferentes violencias y en la que se desconocen y transgreden reiteradamente sus derechos (Londoño y otros, 2000). La permisividad con actos de este tipo, así como la intimidación a la que están sometidas las víctimas, se evidencia con el bajo porcentaje de denuncias que se presentan. Londoño y colaboradores (2000) mencionan que de las 201 mujeres embarazadas como consecuencia de abuso que participaron en su investigación, solo 4 denunciaron ante la Fiscalía[3].

Por otra parte, se consideran también causas las carencias afectivas y comunicacionales en los/las adolescentes (Despacho de la Primera Mujer de Medellín, 2006; Arias Arroyo y otros, 2011), los aspectos afectivo-emocionales como la impulsividad (León y otros, 2008: 44-45) y el predominio del amor romántico entre un número importante de jóvenes, como factores de riesgo para embarazarse tempranamente (León y otros, 2008: 44; Cortés Ortiz y otros, 2009: 68; Santillana, 2010). Algunos estudios muestran que en ocasiones el embarazo puede ser deseado (Castrillón, 2010), o como un elemento que da sentido a trayectorias vitales de violencia, exclusión y falta de reconocimiento (Nieto y otros, 2011).

3 Este tipo de denuncias se hacen ante la Policía Nacional, las Unidades Judiciales, la Oficina de Quejas y Contravenciones, el DAS, las Unidades de Reacción Inmediata del C.T.I la Unidad de Delitos Sexuales y Menores del C.T.I la Unidad de Delitos Contra la Libertad Sexual y la Dignidad Humana de la Fiscalía y las Comisarías de Familia. Deben llevarse evidencias como ropa u objetos empleados en la agresión; la autoridad que recibe la denuncia realiza una entrevista exhaustiva sobre el tiempo, modo y lugar, y luego hace la remisión al Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses o a la Unidad de Menores de Medicina Legal, según la edad de la persona agredida, y allí se practican los siguientes exámenes: examen médico para describir todas las lesiones ocasionadas durante la agresión y para determinar la incapacidad médico-legal, si es necesaria; examen de laboratorio para toma de muestras de sangre, semen u otras sustancias; evaluación psiquiátrica o psicológica. El proceso es remitido a la Unidad Especializada en Delitos Contra la Libertad Sexual y la Dignidad Humana, en donde el fiscal cita nuevamente a la víctima para obtener más datos; la víctima, sus acudientes (en caso de menores de edad) y los testigos son citados por la Unidad de Delitos Sexuales y Menores del C.T.I para entrevista y se da inicio a la investigación de los hechos para obtener pruebas solicitadas por el Fiscal de conocimiento (Fiscalia General de la Nación, 2012).

Los estereotipos de género y las morales hegemónicas para hombres y mujeres hacen que el sexo seguro y el uso de métodos anticonceptivos se enfrenten a las ideas de feminidad y masculinidad: las mujeres buscan el amor romántico del "hombre ideal" y los hombres son impulsados a tener el máximo de parejas sexuales que puedan conseguir; los hombres piensan que son las mujeres las que deben utilizar los métodos anticonceptivos, y ellas piensa que son ellos los que deben "saber" y orientar en estos elementos (Gogna y Ramos, 1996; Stern, 2007).

Las vulnerabilidades en salud sexual y reproductiva y la probabilidad de concurrencia de eventos negativos se relaciona directamente con la divergencia existente entre la moral sexual para las mujeres y para los hombres (Szasz, 1998; Pacheco y otros, 2007). Estos elementos pesan mucho más cuando se trata de niñas y niños menores de 14 años, donde las representaciones hegemónicas dictan los comportamientos y prácticas en los contextos en que ellas y ellos viven y se desarrollan.

Varias investigaciones muestran cómo la presión de las parejas masculinas, en el marco de relaciones asimétricas de género, son determinantes en la presentación del embarazo. Las adolescentes acceden a tener relaciones sexuales pero, por modelos tradicionales de género, muestran poca capacidad para negociar el uso de anticonceptivos (Pantelides, 2004; Aquino y otros, 2003; Despacho de la Primera Mujer de Medellín, 2006; Cortés Ortiz y otros, 2009; Gubert y Faganello, 2009; Näslund-Hadley y Manzano, 2011; Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe, 2011; Pérez Then y otros, 2011: 55; Zelaya y Coto, 2011).

Algunos autores/as mencionan la situación familiar como asociada al fenómeno del embarazo adolescente. En caso de que las/los adolescentes no vivan con ninguno de los padres, se ha encontrado que es más frecuente que no usen anticonceptivos en su primera y en su última relación sexual, en contraposición con aquellos que viven con ambos padres (Pantelides, 2004; Flórez, 2005; Despacho de la Primera Mujer de Medellín, 2006; León y otros, 2008: 44; González, 2009: 19; Ávila y otros, 2011). Se reporta también el deseo de escapar de situaciones familiares conflictivas: las adolescentes se embarazan, en estratos pobres, para no cuidar de hermanos menores o para ser tratadas como adultas (Pantelides, 2004; Despacho de la Primera Mujer de Medellín, 2006; León y otros, 2008: 44; Salinas Sevilla, 2009: 36; Näslund-Hadley y Manzano, 2011; Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe, 2011: 19; Barinas, 2012).

Si en la familia existen antecedentes de embarazo en la adolescencia, estos pueden tener réplica en generaciones posteriores (Gallo, 2009; Parada Baños y otros, 2009). De hecho, pueden existir valoraciones culturales y sociales positivas sobre las relaciones sexuales y los embarazos a temprana edad, que son una respuesta a los patrones simbólicos del rol del hombre y la mujer en sociedad tradicional (Henao y otros, 2007; Heilborn y otros, 2007; Salazar y otros, 2007; Chagas de Almeida y Aquino, 2009; Clarke, 2010).

Por otra parte, el consumo de alcohol, tabaco y drogas también es visto como factor de riesgo para la presentación de embarazos adolescentes (Saewyc y otros, 2004; Despacho de la Primera Mujer de Medellín, 2006; Ávila y otros, 2011) junto a los antecedentes de maltrato físico y psicológico y abuso sexual (Watson y otros, 2007; Pallitto y Murillo, 2008; Haldre y otros, 2009; Clarke, 2010).

Adicionalmente, el embarazo en menores de 15 años se presume desde el código penal como consecuencia de un delito: el abuso sexual. Efectivamente, la violencia sexual es un importante problema de salud pública del cual solo se conocen datos de los casos cuando estos son denunciados, lo que implica que puede haber subregistro. Según la ENDS 2010, el 10% de las mujeres entrevistadas ha sido violada por el esposo o compañero y el 6% han sido violadas o forzadas a tener relaciones sexuales por un extraño. La afectación de este tipo de violencia en niñas y niños y adolescentes es grave. Según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INML), en el informe sobre violencias sexuales en Colombia entre 2004 y 2008, cada hora cerca de 9 mujeres sufrieron agresiones sexuales, en su mayoría niñas y adolescentes menores de 18 años (84%). Los agresores vinculados a este tipo de violencia fueron los familiares, en el 36% de los casos, otros conocidos en el 37%, los desconocidos en un 16% y, finalmente, se carece de información sobre el victimario en el 11% de los casos (INML, 2009).

Varios estudios establecen la relación entre el abuso sexual y la condición de embarazo adolescente: este puede presentarse como consecuencia directa del abuso o comportarse como un detonante de otras circunstancias que pueden llevar a un embarazo temprano, entre las cuales se encuentran el uso de drogas, el alcoholismo, la baja autoestima, la victimización repetida y el escape de casa de las adolescentes para evitar el abuso, lo que puede llevar a las jóvenes a vivir en la calle y del trabajo sexual (Saewyc y otros, 2004; Watson y otros, 2007; Francisco y otros, 2008). La relación entre violencia de género, abuso sexual y embarazo adolescente también ha sido corroborada por otras investigaciones (Despacho de la Primera Mujer de Medellín, 2006; Lanza, 2007; Pantelides y Binstock, 2007; Pallitto y Murillo, 2008; SENDAS, 2011; Barinas, 2012; Reis y Schor, 2003; Araujo y Taquette, 2010; Quaresma da Silva y Ulloa, 2011).

2.2. Acceso a servicios y atención en salud

El abuso sexual y otras formas de maltrato pueden afectar a las niñas y adolescentes en las áreas de desarrollo cognitivo, social, emocional, físico y psicológico que provocan una ruptura en el funcionamiento adaptativo de los menores en la sociedad y con sus propias vidas (Boyer y Fine, 1992; Ermands y Black, 2008).

En relación con los aspectos biológicos, las mujeres menores están en proceso de crecimiento y desarrollo físico, maduración hormonal y del aparato reproductor. En este sentido, es importante considerar que existen diferencias significativas en el grupo de mujeres entre 10-14 años y el de 15-19 años, especialmente porque las que se encuentran en el primer grupo no han estabilizado el ciclo ovárico, lo que suele ocurrir en promedio dos años después de la menarquia. Durante el periodo de estabilización, el aparato reproductor es inmaduro y tiene mayor probabilidad de presentar complicaciones en caso de embarazo y otros eventos relacionados con la sexualidad y la salud sexual y reproductiva; adicionalmente, en caso de embarazo hay mayor riesgo tanto para la madre como para el fruto de la gestación (Klein and the Committee on Adolescence, 2005; Barker y otros, 2007; Parada Baños y otros, 2009). Entre más joven es la mujer, mayores son los impactos en la vida individual y colectiva, por ejemplo: morbilidad de la gestante o neonatal, infecciones de vías urinarias, enfermedades de transmisión sexual, anemia, trastornos hipertensivos, parto instrumentado y/o endometritis posparto (Parada Baños y otros, 2009).

Los riesgos de salud más mencionados son las complicaciones obstétricas y en el puerperio (Flórez y Soto, 2006; Pantelides y Binstock, 2007; CEPAL, 2007: 6; León y otros, 2008: 44; Remez y otros, 2008; Palomino Gamarra y Ascate, 2009: 57; Blanco y Arrieta, 2010; Arias Arroyo y otros, 2011; Consejo de Ministras de la Mujer y Consejo de Ministros de Salud, 2011: 158; Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe, 2011: 19; Contreras y Martín, 2011). Sin embargo, dos estudios realizados en Argentina y República Dominicana concluyen, por el contrario, que es menor el riesgo físico en las embarazadas adolescentes (en ellas, baja la tasa de cesáreas, nacidos muertos, bajo peso al nacer, factores obstétricos y abortos inducidos) en comparación con las embarazadas no adolescentes (García Minuzzi y otros, 2010; Pérez Then y otros, 2011: 53-54). Algunos trabajos señalan que los riesgos del embarazo precoz, como la mortalidad infantil o materna en las menores de 15 años, se deben a las condiciones de vida y de salud de los adolescentes (Tuñón-Pablos y Eroza, 2001: 221; Portnoy, 2005: 72).

El sistema de salud constituye un determinante social de la salud que influye y es influido por otros determinantes. En el caso del embarazo adolescente, como en todos los procesos de salud-enfermedad de los individuos, el género, la educación, el trabajo, el nivel de ingresos, el grupo étnico y el lugar de residencia se relacionan con el acceso a los servicios de salud, la eficacia de estos y la experiencia de atención de cada persona (Comisión sobre Determinantes Sociales OMS, 2009). Así mismo, la manera en que esté constituido el sistema de salud, los objetivos a los cuales responda y las políticas que definan las estrategias de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación refuerza o no las desigualdades inherentes a la estratificación social. En Colombia, por ejemplo, son cada vez más claros los efectos de una organización inequitativa de los servicios de salud, con un acceso inestable, fragmentado y mediado por los recursos económicos de las personas (Abadía-Barrero y Oviedo, 2009; Álvarez Castaño, 2009; Martínez, 2009).

Montoya y colaboradores (Montoya y otros, 2011), en un estudio que involucró personal administrativo, profesionales de salud y usuarios de 24 Empresas Promotoras de Salud (9 del régimen subsidiado y 15 del régimen contributivo) y 22 Empresas Sociales del Estado del Distrito Capital para reconocer las barreras y facilitadores del acceso de jóvenes y adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) en Bogotá, señalaron que la fragmentación en la prestación y contratación de los servicios, las dificultades con los procesos de referencia y contrarreferencia entre niveles de atención y la segmentación establecida por los regímenes de afiliación son la principal barrera político-administrativa en el acceso real, oportuno y continuo de los servicios de SSR en jóvenes y adolescente.

Pese a que es obligación de las aseguradoras ofrecer a sus usuarios servicios de promoción y prevención en materia de SSR, en concordancia con lo dispuesto en las resoluciones 412 y 3384 del 2000, el estudio encontró que la cobertura de las IPS en asesoría en planificación familiar para toda la población está muy por debajo de la exigencia de la norma y es aún más limitada en mujeres menores de edad y hombres de todos los grupos etarios y, adicionalmente, se cuenta con una baja capacidad de seguimiento. Si bien han ido en aumento, aún siguen siendo pocas las instituciones que disponen de políticas y espacios diferenciados para la atención de jóvenes, refiriendo dificultades relacionadas con infraestructura, procesos administrativos, contratación de recurso humano, disponibilidad de recursos financieros y planeación de los servicios.

La capacitación de talento humano para la atención de adolescentes es deficiente, contando con un promedio de tan solo 2,5 profesionales capacitados (entre medicina general, medicina familiar, enfermería, psiquiatría, ginecología, psicología y medicina de adolescentes) por 10.000 adolescentes afiliados. En cuanto al acceso a métodos anticonceptivos, se encontró que en ocasiones se entregan en lugares diferentes al centro de atención, hay episodios de desabastecimiento, se exige un pago y/o las adolescentes deben solicitarlos en compañía de un acudiente (Montoya y otros, 2011).

El requisito de un acudiente, el copago y los múltiples trámites requeridos (como hacer largas filas desde la madrugada) para solicitar las citas o reclamar los anticonceptivos, así como la tosquedad de los profesionales que atienden, son identificadas como barreras de acceso por las adolescentes.

Las condiciones se agravan para adolescentes entre 10 y 14 años, a quienes con frecuencia les es negada la información o se les imponen trabas para brindar asesoría y suministro de métodos anticonceptivos por parte de los prestadores, aduciendo que no están en edad para iniciar relaciones sexuales (Montoya y otros, 2011). En México, Langer (2002) describe que estas barreras son factores particularmente importantes en mujeres rurales e indígenas debido, por un lado, a las deficiencias en los servicios de salud que suelen no cubrir zonas periféricas, dificultando el acceso a la atención y suministro de métodos anticonceptivos, y por otro, a determinantes de carácter social y cultural que impone a las mujeres un rol pasivo frente a su sexualidad, pese a las responsabilidades que se le asignan en cuanto a la reproducción (Herrera y Rodríguez, 2001).Este último punto es una característica general de regiones fuertemente patriarcales, como los países de Latinoamérica (OPS, 2008), incluido Colombia, en donde las políticas y programas no han instaurado procesos de fondo que transformen las relaciones de género alrededor de la sexualidad (Montoya y otros, 2011).

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

Aproximarse a las condiciones actuales y a las determinantes sociales del embarazo en las adolescentes menores de 15 años, y su impacto en los aspectos biopsicosociales de adolescentes y niñas de cuatro ciudades del país.

3.2. Objetivos específicos

• Describir los nacimientos de madres adolescentes menores de 15 años en el quinquenio 2005-2009.

• Describir los determinantes sociales de los embarazos de mujeres menores de 15 años a partir de la revisión de caso de las historias clínicas de instituciones de salud.

• Interpretar, desde las subjetividades de las niñas con experiencia de embarazo, los elementos determinantes que rodean el fenómeno y sus impactos en la vida de las adolescentes y sus familias.

4. Metodología

Se realizó un estudio de tipo descriptivo interpretativo con aproximaciones cuantitativas y cualitativas al fenómeno de estudio. Se realizaron las siguientes fases:

4.1. Fase 1: análisis descriptivo y consulta a expertos

Análisis descriptivo por variables seleccionadas de la base de datos de recién nacidos proporcionada por la división de estadísticas vitales del DANE para el quinquenio 2005-2009.

4.2. Fase 2: estudios de caso en historias clínicas

1. Se realizaron estudios de casos sobre historias clínicas de mujeres en embarazo menores de 15 años, de acuerdo a variables seleccionadas. Se realizó un cálculo de muestra intencionada, partiendo de los territorios que acumulan el mayor número de casos de nacimientos en menores de 15 años, en la base de datos de estadísticas vitales del DANE 2009 (para 2009: Antioquia, Bogotá, Valle y Bolívar[4]). El número de historias incluidas fue del 10% del total de casos registrados en los territorios seleccionados. (tabla 18). Se distribuyeron las historias seleccionadas utilizando como criterio el riesgo diferencial que tienen por edad las adolescentes que se embarazan: esto quiere decir que se incluyó la mayor proporción de casos en adolescentes menores, que fue disminuyendo con la edad. Sin embargo, como la estructura del embarazo en menores de 15 años se concentra en las edades de 13 y 14 años, lo que se hizo fue tratar de incluir todos los casos detectados de 10, 11 y 12 años en cada institución visitada.

4 En el año 2009, Córdoba acumula un mayor número de casos, sin embargo, de forma intencional se decide incluir Bolívar, por la fortaleza que tiene contar con un centro de referencia de atención obstétrica público como es la E.S.E. Maternidad Clínica Rafael Calvo, que reúne gran parte la atención obstétrica de mediano y alto riesgo del departamento.

Por facilidad logística y rapidez en la coordinación, se tuvieron en cuenta los casos de la capital territorial, seleccionados en las instituciones de salud a través de un muestreo proporcional de las historias clínicas, sistemático y con reemplazo. El cierre o descarte de casos se realizó por procedencia de la entidad territorial.

2. Se aplicó el instrumento de campo en las IPS contactadas en las capitales de las cuatro entidades territoriales seleccionadas. Este aplicativo se diligencia con base en las historias clínicas de los nacimientos atendidos en menores de 15 años en los hospitales públicos[5] y de acuerdo a la selección y método muestral calculados.

3. Consolidación de datos, análisis e interpretación de los resultados arrojados por el instrumento aplicado a las historias clínicas en las cuatro entidades territoriales.

4.3. Fase 3: estudio de caso cualitativo en adolescentes menores de 15 años

Se realizaron 18 relatos de vida[6] (Berteaux, 2005) en las cuatro capitales de las entidades territoriales seleccionadas. Para efectos de los relatos, se seleccionaron mujeres menores de 15 años que hubiesen tenido nacimientos durante 2010 o 2011.

Como elemento central para realizar las entrevistas, se insistió al equipo en la importancia de evitar la revictimización, partiendo del supuesto de que muchas de estas adolescentes pueden haber sido sujetas de violencia sexual y el relato de vida debe ser, en primera medida, un acto reparador del sujeto de derechos, por lo cual no se centró en el trauma o en el recordar el hecho de violencia. Las entrevistas se realizaron con previo consentimiento informado de las adolescentes y se dio la posibilidad de ser efectuadas por mujeres o varones, según la preferencia de la entrevistada.

5 El protocolo de investigación incluía en la muestra instituciones privadas, pero ninguna de ellas dio repuesta a la solicitud de aplicación del protocolo, por lo que se decidió completar la muestra en instituciones públicas.

6 "Hay un relato de vida desde el momento en que un sujeto cuenta a otra persona, investigador o no, un episodio cualquiera de su experiencia vivida. El verbo 'contar' (narrar) es aquí esencial: significa que la producción discursiva del sujeto ha adoptado una forma narrativa. [...] Al relacionar numerosos testimonios sobre la experiencia vivida de una misma situación social por ejemplo, se podrán superar sus singularidades para lograr, mediante una construcción progresiva, una representación sociológica de los componentes sociales (colectivos) de la situación" (Berteaux, 2005: 36-37). "La generalización de los hallazgos puede presumirse toda vez que el análisis descansa en aquellos recursos del sentido común que indexan la normalidad que prevalece entre los sujetos estudiados" (Castro, 2012: 156). El sentido común aquí se entiende como el conjunto de saberes prácticos, acumulados históricamente, que nos permiten saber "qué es el mundo", y que se reúne en una serie de recetas y tipificaciones.

4.4. Consideraciones éticas

Las fases 1 y 2, consistentes en la revisión de casos por bases estadísticas y en historias clínicas, se consideran como investigación sin riesgo, según los estándares internacionales y la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. Se garantizó la confidencialidad de la información y la preservación de la identidad de las personas participantes, ya que no hay ninguna identificación de la persona incluida en el estudio (nombre o identificación personal) que la asocie con las bases de datos, la historia clínica o los registros de la entrevista.

Sin embargo, el protocolo de investigación fue enviado a cada una de las instituciones incluidas en la muestra para la aprobación de los comités de ética y/o investigaciones. Se obtuvo el aval de cinco instituciones distribuidas en las ciudades de Bogotá, Cali, Cartagena y Medellín.

La fase 3, que consistió en la realización de las entrevistas para captar los relatos de vida a través de la fuente primaria, está clasificada como de riesgo mínimo en la misma legislación, dado que la entrevista aborda aspectos sensibles del comportamiento humano y se requirió del consentimiento informado de las adolescentes[7]. En aquellos casos en que la adolescente accedió a la realización del relato de vida, pero supeditó su participación a la autorización de la madre/padre o tutor responsable, se pidió también consentimiento informado a esta/este.

7 Cabe recordar aquí que, a nivel normativo, la Convención de los Derechos del Niño, aprobada por Colombia mediante la Ley 12 de 1991, y que prevalece en nuestro ordenamiento jurídico en virtud del bloque de constitucionalidad (C.P. art. 93), señala expresamente en su artículo 12 que los Estados deben garantizar "al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio, el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño en función de la edad y madurez del niño". Sobre este tema la Corte Constitucional se pronunció, afirmando que "los niños no son propiedad de nadie: ni son propiedad de sus padres, ni son propiedad de la sociedad. Su vida y su libertad son de su exclusiva autonomía. Desde que la persona nace está en libertad y la imposibilidad física de ejercitar su libre albedrío no sacrifica aquélla" (Corte Constitucional. Sentencia T-477 de 1995. Magistrado Ponente Alejandro Martínez Caballero). "La jurisprudencia constitucional ha reconocido en los menores la titularidad del derecho al libre desarrollo de la personalidad y la posibilidad de consentir tratamientos e intervenciones sobre su cuerpo, aun cuando tengan un carácter altamente invasivo. En esta medida, descarta que criterios de carácter meramente objetivo, como la edad, sean los únicos determinantes para establecer el alcance del consentimiento libremente formulado por los menores para autorizar tratamientos e intervenciones sobre su cuerpo. En materia de aborto el legislador, si lo estima conveniente, podrá establecer reglas específicas en el futuro sobre representación, tutela o curatela sin menoscabar el consentimiento de la menor de catorce años... Segundo. Que se declare la inexequibilidad del texto subrayado del artículo 123 del Código Penal 'de mujer menor de catorce años' de la ley 599 de 2000. El derecho a la libre maternidad derivado de los principios de libertad y autonomía de la Constitución de 1991 no pueden negarse a las mujeres menores de catorce años". La frase demandada del artículo 123, desconoce la autonomía de las mujeres menores de 14 años que quieran interrumpir un embarazo. En el caso de este tipo de mujeres debe entenderse que su capacidad de gestar demuestra un grado de madurez que debe implicar la capacidad de expresar su voluntad sobre la interrupción o no del embarazo. Aunque el consentimiento para sostener relaciones sexuales no se presume en las menores de 14 años, sí se debe aceptar y respetar la decisión de optar o no por un aborto, cuando se trata de ejercer el derecho a la autonomía y más cuando los embarazos tempranos traen generalmente peligros para la vida, la salud y la integridad de las menores embarazadas" (Sentencia C-355/06).

Los relatos de vida fueron realizados por profesionales preparados/as para resolver situaciones de crisis. A las mujeres se les dio la posibilidad de escoger entre una entrevistadora mujer y un entrevistador hombre.

Las entrevistadoras y entrevistadores tenían capacidad y competencia para manejar posibles crisis derivadas de la aparición de recuerdos de vulneración de derechos sexuales y reproductivos en el relato. A todas las participantes se les informó que tenían la libertad de responder o no a las preguntas que el o la entrevistadora hiciese y que podían suspender la entrevista en cualquier momento si ellas lo consideraban pertinente.

Previamente a la realización de los relatos de vida, se estableció contacto con el servicio de salud al que estaba afiliada adolescente seleccionada para asegurar que, si aparecía un caso de abuso sexual en la realización del relato de vida, la institución de salud la acogiera y le prestara los servicios correspondientes de acuerdo con el modelo de atención integral en salud a víctimas de violencia sexual del MSPS.

5. Resultados fase 1. Descripción general de los nacimientos de madres adolescentes menores de 15 años en el quinquenio 2005-2009

Se utilizó la base de datos suministrada por el Ministerio de Salud y Protección Social, tomada a su vez del DANE, para realizar una descripción básica de lo que ocurrió con el embarazo en menores de 15 años durante el periodo 2005 a 2009. Se hizo una revisión de los datos de las madres, luego de los padres y de los hijos/as consecutivamente. Se analizaron los datos pertinentes para la triangulación con otras fuentes de la investigación, incluidas las historias clínicas y los relatos de vida.

5.1. Nacimientos en madres menores de 15 años

En Colombia **(ver tabla 1),** durante el quinquenio 2005-2009, se presentaron 3'557.923 nacimientos (vivos), de los cuales 33.355 (0,94%) correspondieron a madres menores de 15 años **(ver tabla 2).** El caso más extremo se presentó en 2008 en el municipio de Bucaramanga, con un nacimiento de una madre de nueve años de edad. Además, se presentaron 50 (0,15%) nacimientos de madres con 10 años, 146 (0,44%) nacimientos de madres con 11 años, 922 (2,76%) de madres de 12 años, 6.011 (18,02%) de madres de 13 años y 26.225 (78,62%) de madres de 14 años. Entre 2007 y 2008 se presentó el mayor incremento de nacimientos con madres menores de 15 años (5%). La tasa por mil nacimientos entre 2005 y 2009 ha crecido de 2,95 a 3,5 (Minsalud, Colombia, 2012).

TABLA 1. Número total de nacimientos en Colombia, 2005-2009

PERIODO	TOTAL NACIMIENTOS		NACIMIENTOS DE MADRES MENORES		
	País/año	% Var. anual	País/año	% Var. anual	Proporción < 15 / total
2005	719.968		6.459		0,90%
2006	714.450	-0,77%	6.516	0,9%	0,91%
2007	709.253	-0,73%	6.599	1,3%	0,93%
2008	714.477	0,74%	6.929	5,0%	0,97%
2009	699.775	-2,06%	6.852	-1,1%	0,98%

Fuente: DANE. Estadísticas vitales.

TABLA 2. Número de nacimientos en Colombia de madres menores de 15 años según edad de la madre, 2005-2009

Edad de la madre/ Periodo	9	10	11	12	13	14	Total	Variación anual
2005		9	20	173	1.114	5.143	6.459	
2006		13	32	164	1.185	5.122	6.516	0,88%
2007		15	31	170	1.186	5.197	6.599	1,27%
2008	1	6	28	214	1.251	5.429	6.929	5,00%
2009		7	35	201	1.275	5.334	6.852	-1,11%
Total general	1	50	146	922	6.011	26.225	33.355	
Peso porcentual	0,00%	0,15%	0,44%	2,76%	18,02%	78,62%		

Fuente: Base de datos DANE suministrada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Según se observa en la tabla 2, el acumulado mayor de embarazos se da en las edades de 13 y 14 años, con un total de 96,64%. El 3,36% restante lo representan los casos de 11, 10 y 9 años, con pesos descendentes en su orden. Por otro lado, a pesar de la variación negativa en 2009, los nacimientos en menores de 15 años en el periodo analizado han aumentado en un 6,04%, y aunque comparado con el total de nacimientos en el país sigue siendo un porcentaje minoritario, por la relación que puede haber con abuso sexual y los impactos individuales y colectivos generados, es urgente profundizar en el estudio de estos eventos y adelantar intervenciones para garantizar los derechos de las niñas.

La concentración de los embarazos de menores de 15 años en mujeres de 13 y 14 años es un hecho que se debe analizar en conjunto con los datos sobre adelanto de la menarquia[8] en las últimas décadas, y la discusión actual sobre la capacidad y autonomía de las y los adolescentes para tomar decisiones. Es indiscutible que, tratándose de menores de 15 años, se debe explorar a profundidad la posibilidad que se trate de abuso sexual. Los profesionales de la salud, protección y educación —especialmente orientadores/as— deben estar en capacidad de realizar una exploración profunda sobre los riesgos y signos de violencia sexual y abuso presentes en cada caso y contexto específico para garantizar la protección y restitución de derechos en los casos que lo requieran, ya sea directamente o ubicando la ruta apropiada para la adolescente.

La búsqueda y confirmación de las desigualdades de poder basadas en la diferencia de edad con la pareja —en género y clase— y la subordinación y coerción que de ellas puede desprenderse, debe incluirse como parte de la valoración de las adolescentes en los diferentes sectores que las atienden. La tensión entre autonomía, abuso y vulneración de la misma por parte de terceros aparece repetidamente en los análisis de esta descripción general, así como en los resultados del estudio de caso en historias clínicas y en los relatos de vida. La confluencia de variables como la clase social, el nivel educativo, las desigualdades por edad y género y el ejercicio de la sexualidad, entre otras, dan el marco socioestructural para la aparición de la tensión entre la libertad y su vulneración.

En este sentido, es necesario empezar a dilucidar la confusión que se presenta en lo que se refiere a "la capacidad de toma de decisiones en el ámbito legal y de salud" (Minsalud Chile, 2011: 13). Aunque desde la perspectiva legal, en Colombia, el parámetro para otorgar la capacidad de toma de decisiones en lo relativo a relaciones sexuales es la edad (mayores de 14 años), la capacidad de toma de decisiones en salud tiene una mayor complejidad y está acorde con el comportamiento de una distribución normal de las poblaciones; esto quiere decir que la capacidad para tomar decisiones depende de varios factores que no están determinados por un punto cronológico y no ocurre al mismo tiempo en todas las personas.

8 En Europa se reconoce una media de 11,5 años. en América Latina hay autores que sostienen que ocurre entre los 12 y 14 años (Gómez, Molina y Zamberlin, 2011).

Algunas personas adquirirán la capacidad antes de la edad legal y otras después de esta, configurando promedios y valores extremos de la curva de Gauss. Como es conocido, en el caso Gillick en Gran Bretaña, ocurrido a mediados de la década de los ochenta, la Corte Británica estableció que un profesional podía proveer anticoncepción a menores de 16 años que lo solicitaran, sin el consentimiento previo ni el conocimiento de sus padres o madres (Bird, 2007). La corte valoró la complejidad para que una persona adolescente pueda consentir (voluntad) su propio tratamiento médico en función de tres condiciones: tener la inteligencia (razonamiento para prever consecuencias) y el conocimiento para entender el problema al que se enfrenta, comprendiendo la naturaleza y efectos de los procedimientos que se sugieren por el personal de salud (Bird, 2007; Minsalud Chile, 2011).[9]

Estos elementos fueron resumidos en los criterios de Fraser , derivados de la sentencia Gillick, así: i) el/la joven va a entender el consejo del profesional; ii) el/la joven no se puede convencer para informar a sus padres; iii) el/la joven es probable que comience o continúe teniendo relaciones sexuales con o sin tratamiento anticonceptivo, a menos que reciba el tratamiento indicado; iv) a menos que reciba tratamiento anticonceptivo, la salud física o mental de la persona adolescente, o ambos, son propensos a sufrir, y los mejores intereses del o la joven le obligan a recibir consejos sobre anticoncepción o tratamiento, con o sin consentimiento de los padres (Bird, 2007).

9 Gillick v West Norfolk and Wisbech Health Authority & Anor (1984) QB 581, (1985) 3 All ER 402, citado por Bird, S. (2007). Traducción propia.

En otros desarrollos que contribuyen a esta discusión, el relator especial sobre el derecho a la salud de la ONU, en su informe anual de 2009, afirmó que:

La Convención sobre los Derechos del Niño exige que se respete la evolución de las facultades del niño y que se dé la debida importancia a sus opiniones en función de su edad y su madurez[10]. Se deben dar a conocer ampliamente los riesgos y beneficios de las intervenciones médicas al niño y, si posee suficiente madurez, solicitar su consentimiento informado[11]. La Observación General sobre el artículo 12 de la Convención sobre los Derechos del Niño, recientemente adoptada, estipula que "los Estados parte tienen que promulgar leyes o reglamentos para garantizar que los niños tengan acceso a asesoría médica confidencial sin el consentimiento de sus progenitores, con independencia de la edad del niño, cuando lo haga necesario su seguridad o bienestar.

El derecho a la asesoría es distinto al derecho a otorgar consentimiento médico, y no debe estar sujeto a ningún límite de edad[12]. "Las ideas preconcebidas de la sociedad y vigentes entre los adultos, pueden levantar barreras al derecho de los niños de acceder a servicios de salud sexual y reproductiva y a recibir información sobre esos temas, y aunque algunos países lo protegen[13], en muchos la obligatoriedad del consentimiento de los progenitores dificulta gravemente el ejercicio de ese derecho"[14] (ONU, A/64/272; Grover, 2009: 15-16).

Adicional a estos planteamientos del orden jurídico internacional, es necesario revisar el hecho de que, además de la edad y la etapa del desarrollo de las personas adolescentes, existe una influencia de las propias experiencias biográficas en el desarrollo de la autonomía y la capacidad de tomar decisiones (Alderson, 2007; Minsalud Chile, 2011). Un ejemplo es que los adolescentes que han sido víctimas de deterioro social, enfermedades crónicas, trabajo infantil, cuidado de hermanos/as, etc., pueden ser más maduros frente a una determinada situación que implique decisiones, comparados con sus pares de una misma edad cronológica.

10 Artículo 5 y párrafo 1 del artículo 12 de la Convención sobre los Derechos del Niño.
11 Artículos 3, 13 y 17 de la Convención sobre los Derechos del Niño; Convención sobre los Derechos del Niño, observación general núm. 3, párr. 20.
12 Convención sobre los Derechos del Niño, observación general núm. 12, párr. 101.
13 En los Estados Unidos, la ley sobre el Servicio de Salud Pública (US Code, Title 42 [1946]) obliga a las clínicas de planificación familiar financiadas federalmente a prestar servicios confidenciales en todos sus servicios, sin necesidad del consentimiento de los progenitores. Ahora bien, algunas leyes de los Estados siguen limitando el acceso a esos servicios. Valvano, T. J. (2009). Legal issues in sexual and reproductive health care for adolescents. *Clinical Pediatric Emergency Medicine 10:* 60-65.
14 UNFPA y otros. *Report Card, HIV Prevention for Girls and Young Women: India (2007), Kenya (2008), Swazilandia (2007), Tailandia (2006) y Perú (2006);* Dehne, K.L. y Riedner, G. (2005). *Sexually transmitted infections among young people. The need for adequate health services.* Unidad de Salud del Niño y del Adolescente de la OMS; Mahery, P. (2006). Consent laws influencing children's access to health care services. *South African Health Review,* 167-180; American Psychological Association (2000). *Parental Consent and Adolescent Reproductive Health.*

En el mismo sentido, Climent (2009) plantea cómo, en los estilos parentales educativos de características democráticas, los y las adolescentes están más expuestos/as a aprendizajes sobre toma de decisiones que en los estilos autoritarios, permisivos o negligentes y esto podría brindarles capacidades mayores para la toma de decisiones, comparativamente con los/las demás.

En Colombia, la jurisprudencia constitucional ha reconocido en los menores la titularidad del derecho al libre desarrollo de la personalidad y la posibilidad de consentir tratamientos e intervenciones sobre su cuerpo, aun cuando tengan un carácter altamente invasivo. En esta medida, el marco jurídico descarta que criterios de carácter meramente objetivo, como la edad, sean los únicos determinantes para establecer el alcance del consentimiento libremente formulado por los menores para autorizar tratamientos e intervenciones sobre su cuerpo"[15] (Sentencia C-355/06).

Lo que la Corte Constitucional acepta es que la edad puede ser tomada de manera válida como un indicador del grado autonomía de la persona, pero el número de años no es un criterio tajante, ya que menores con idéntica edad pueden evidenciar una distinta capacidad de autodeterminación, y por ende, gozar de una protección diversa a su derecho al libre desarrollo de la personalidad.

En este marco internacional y nacional se plantea, como tesis para discusión, que ante la concentración de embarazos en los 13 y 14 años, la garantía de derechos de estas niñas debe circular por una valoración profunda de las vulnerabilidades y riesgos para abuso sexual, pero también por una valoración desde el sector salud de su nivel de desarrollo y su capacidad para la toma de decisiones que permita el ejercicio de sus derechos a la salud sexual y reproductiva. Es un hecho que la situación recurrente de la adolescente menor de 14 años que consulta para anticoncepción, porque teme quedar embarazada, y la misma menor en la fila del control prenatal dos o tres meses después, no se puede seguir presentando por la ambigüedad moral de los prestadores de servicios y por el imperativo legal que se aduce para no asesorar y proveer en anticoncepción y SSR.

15 Incluso la jurisprudencia comparada ha admitido el derecho de las menores embarazadas a consentir la práctica del aborto aun en contra de la opinión de sus padres. Al respecto ver, entre otras, la doctrina desarrollada por la Corte Suprema de los Estados Unidos en el caso City of Akron v. Akron Center for Reproductive Health 462 V.S. 416 (1983) (citada por la Corte Constitucional, Sentencia C-355 de 2006).

Por otro lado, la discusión actual debe transitar de la afirmación del lugar común sobre la incapacidad de adolescentes menores para tomar decisiones en sexualidad, a poner el foco en el grupo de hombres de edades mayores que las niñas que, en el marco del amor romántico, la coerción y el abuso, están produciendo embarazos en las menores. Es necesario saber más sobre estos hombres y verlos como una expresión de la masculinidad hegemónica patriarcal, que se manifiesta de diversas maneras y que el país no ha logrado transformar de manera significativa. Poner el foco en las masculinidades hegemónicas y no en la aseveración —a veces infundada— de la incapacidad de las y los adolescentes para tomar decisiones permite pensarnos en un enfoque de derechos que reconoce a las adolescentes y evidencia la necesidad de trabajar de forma profunda en la transformación cultural de las masculinidades como un elemento central para nuevas formas de relaciones afectivas y/o sexuales y como base para la prevención del embarazo adolescente.

TABLA 3. Estado civil de las madres menores de 15 años. Total nacional, quinquenio 2005-2009

Estado civil	2005	2006	2007	2008	2009	Total
No está casada y lleva dos o más años viviendo con su pareja	0	0	0	878	741	1.619
No está casada y lleva menos de dos años viviendo con su pareja	0	0	0	2.960	2.863	5.823
En unión libre (*)	3.396	3.456	3.523	3.838	3.604	17.817
Está separada, divorciada	23	19	10	24	28	104
Está viuda	20	16	19	12	12	79
Está soltera	2.767	2.771	2.775	2.814	2.919	14.046
Está casada	94	87	119	71	75	446
Sin inf.	159	167	153	170	214	863
Total general	6.459	6.516	6.599	6.929	6.852	33.355

(*) A partir del 2008 se anexaron las dos primeras variables y para efectos de análisis se sumaron en "unión libre".

Fuente: Base de datos DANE suministrada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

El análisis de la unión muestra cómo un porcentaje importante (el 54,75%) de las niñas menores de 15 años con nacimientos en el periodo revisado se ubica en la categoría de unión libre y casada, lo que podría suponer que el determinante próximo más importante en estos casos es la unión temprana, aunque es imposible discriminar si primero ocurre la unión o las relaciones sexuales y el embarazo que conllevan a la decisión de unirse. En Colombia, como lo muestra la CEPAL (2011), el porcentaje de unidas a los 15 años, para la cohorte de 20 a 24 años, no se ha transformado de manera importante: las unidas a los 15 años entre 1986 y 2010 pasaron de 4,3% a 5,6%[16].

Rodríguez (2012) sostiene que en América Latina "los registros civiles muestran que sí hay un retraso significativo de la edad media del primer matrimonio, mientras no ocurre eso con las uniones informales que mantienen el patrón de iniciación del pasado" (Rodríguez, 2012: 6). La alta presentación de unión libre en el grupo estudiado puede estar relacionada con la procedencia mayoritaria de mujeres de sectores pobres y vulnerables —donde se mantiene un patrón tradicional— y con el marco legal que considera delito las relaciones sexuales antes de los 14 años. Algunos estudios han encontrado que las adolescentes, en marcos de violencia estructural, sexual e intrafamiliar, pueden unirse tempranamente como una forma de escapar de estos marcos violentos (Nieto y otros, 2010).

16 Estos datos se basan en las Encuestas de Demografía y Salud (ENDS).

Por otro lado, un 42,11% se registran como solteras, lo que indica que estas niñas tienen que asumir la crianza sin el acompañamiento de la pareja, aunque no existen datos para corroborar si algunos de estos hombres participan como proveedores de dinero o de elementos necesarios para los hijos/as.

Tabla 4. Nivel educativo de las madres menores de 15 años según último año cursado. Total nacional, 2009

Periodo					2009			
Nivel educativo	Edad de la madre / último año cursado	10	11	12	13	14	Total 2009	Peso % según nivel educativo
Preescolar					4	22	26	0,38%
Básica primaria		4	17	121	598	1.919	2.659	38,81%
	1			3	27	58	88	
	2	1	5	11	48	113	178	
	3		5	16	84	215	320	
	4		4	19	111	354	488	
	5	2	3	54	268	952	1.279	
	Sin inf.	1		18	60	227	306	
Básica secundaria		2	12	57	570	2.974	3.615	52,76%
	6			16	174	688	878	
	7	1	2	16	164	734	917	
	8		1	3	88	631	723	
	9			3	28	431	462	
	Sin inf.	1	9	19	116	490	635	
Media académica o clásica					7	158	165	2,41%
	10				2	41	43	
	11					42	42	
	Sin inf.				5	75	80	
Media técnica						2	2	0,03%
Normalista						1	1	0,01%
Ninguno			2	8	36	75	121	1,77%
Sin inf.		1	4	15	60	183	263	3,84%
Total General		7	35	201	1.275	5.334	6.852	

(1) Esta pregunta se incorporó en 2009.

Fuente: Base de datos DANE suministrada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

En el análisis del nivel educativo según el último año cursado, llama la atención el alto porcentaje de niñas que solamente tienen básica primaria, sobre todo cuando la mayoría de las madres están entre los 13 y los 14 años. Este porcentaje puede ser un dato indirecto sobre la deserción escolar temporal o definitiva, antes, durante o después del embarazo. En Colombia, según la Encuesta Nacional de Deserción Escolar, en los estudiantes con desvinculaciones previas, la deserción reportada porque iban a ser padres o madres es de un 19,5% en zonas rurales y de un 15,8% en zona urbana (ENDE, 2010).

La relación entre la fecundidad y la educación es un tema profusamente tratado por la literatura, tanto cuantitativa como cualitativa. Una de las principales razones por las que el embarazo y la maternidad adolescentes han sido considerados como un problema social es que, en general, la situación de embarazo-maternidad puede impedir o al menos dificultar la trayectoria escolar de las/os adolescentes, especialmente de las mujeres, lo cual a su vez puede desembocar en problemas de desarrollo profesional e inserción laboral, sobre todo en las clases populares y sectores vulnerables, convirtiéndose en un factor de reproducción de la pobreza (Flórez y Soto, 2006; CEPAL, 2011). Las transformaciones en la experiencia de las mujeres es distinta a la de los hombres y, como afirman entre otros Garcia Nascimento (2011), afecta más a las clases bajas, sobre todo si no se cuenta con apoyos familiares y sociales.

No obstante, las investigaciones de Näslund-Hadley y Binstock (2010), Stern (2012), SITEAL, OEI y UNESCO (2013) concluyen, frente a la idea habitual, que la mayoría de la deserción escolar no comienza con el embarazo, sino que tiene condiciones previas asociadas a las primeras uniones formales, la baja calidad de la educación ofrecida y las bajas expectativas de vida y futuro. En otros estudios se han reportado situaciones en que el embarazo se convierte, para las/os adolescentes, en un incentivo para continuar los estudios (Zamberlin, 2005).

En cualquier caso, aunque la relación de causa-efecto entre, por una parte, el embarazo-maternidad y, por otra, el desempeño y la interrupción del ciclo escolar, no haya sido establecida incontrovertiblemente, en particular por la confluencia de otros factores como pobreza y vulnerabilidad, sí existe un vínculo importante entre el embarazo y la trayectoria educativa de las/os adolescentes. La deserción puede ser antes o después, como lo muestran algunos de los datos de las distintas fases de este trabajo, sin embargo, existe la certeza que el embarazo en menores afecta la educación de las niñas, ya sea porque desertan o porque la calidad de las opciones educativas es bastante pobre, generalmente dada por ciclos cortos (dos cursos en un año) o en jornadas nocturnas. La posibilidad de competir por espacios de educación superior se reduce.

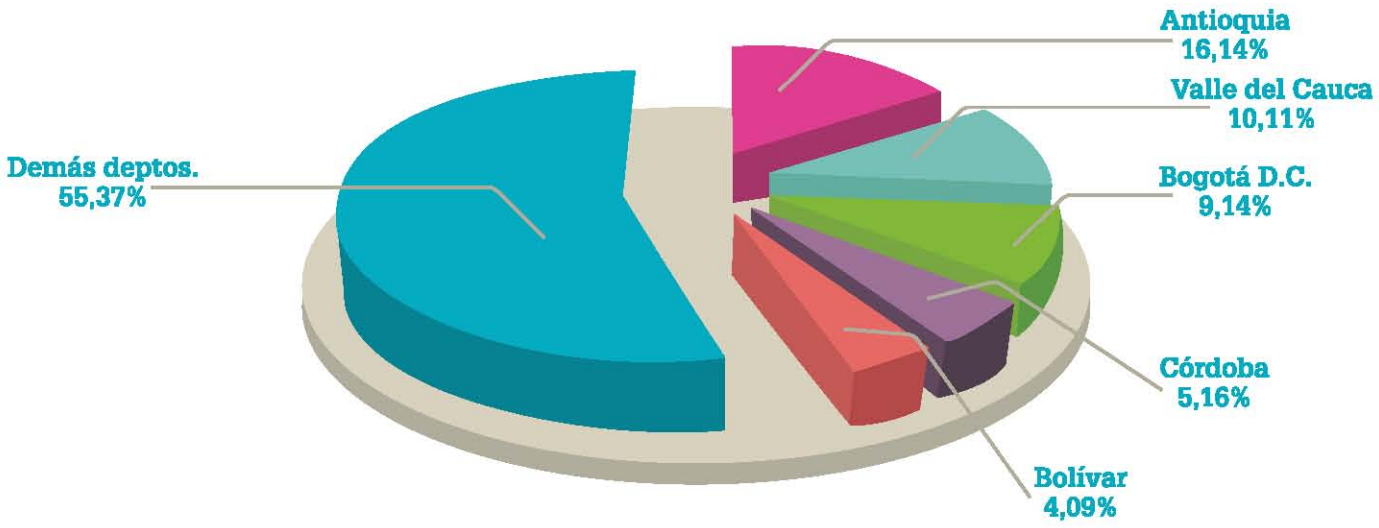
Tabla 5. Nacimientos con madres menores de 15 años según departamento de residencia de la madre. Total nacional, quinquenio 2005-2009

	Quinquenio						
Departamento de residencia	2005	2006	2007	2008	2009	Total	Peso porcentual
Antioquia	1.070	1.082	1.095	1.089	1.081	5.417	16,2%
Atlántico	208	216	194	256	249	1.123	3,4%
Bogotá, D.C.	489	544	526	584	574	2.717	8,1%
Bolívar	286	292	278	309	330	1.495	4,5%
Boyacá	97	118	108	131	125	579	1,7%
Caldas	140	143	147	125	147	702	2,1%
Caquetá	156	130	165	150	149	750	2,2%
Cauca	261	257	233	251	227	1.229	3,7%
Cesar	215	234	218	251	271	1.189	3,6%
Córdoba	323	270	271	382	374	1.620	4,9%
Cundinamarca	270	261	283	266	255	1.335	4,0%
Chocó	83	82	109	87	92	453	1,4%
Huila	194	210	232	245	213	1.094	3,3%
La Guajira	82	100	102	136	136	556	1,7%
Magdalena	175	186	205	225	236	1.027	3,1%
Meta	187	171	221	190	188	957	2,9%
Nariño	230	223	235	200	214	1.102	3,3%
Norte de Santander	161	146	145	126	173	751	2,3%
Quindío	106	87	87	92	93	465	1,4%
Risaralda	131	121	150	132	129	663	2,0%
Santander	200	226	201	242	223	1.092	3,3%
Sucre	166	151	160	179	156	812	2,4%
Tolima	241	240	235	252	229	1.197	3,6%
Valle del Cauca	648	651	648	675	626	3.248	9,7%
Arauca	79	114	76	81	83	433	1,3%
Casanare	73	66	83	81	72	375	1,1%
Putumayo	94	102	82	82	77	437	1,3%
Arch. de San Andrés, P. y S.C.	5	3	10	5	8	31	0,1%
Amazonas	13	12	21	11	12	69	0,2%
Guainía	13	15	15	20	15	78	0,2%
Guaviare	34	34	34	33	42	177	0,5%
Vaupés	6	6	6	7	14	39	0,1%
Vichada	19	16	19	17	19	90	0,3%
Sin información	4	5	1	12	13	35	0,1%
Extranjeros		2	4	5	7	18	0,1%
Total país	6.459	6.516	6.599	6.929	6.852	33.355	

Fuente: Base de datos DANE suministrada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Las entidades territoriales en las que residen las madres, con la mayor proporción de nacimientos en menores de 15 años en el quinquenio estudiado, son Antioquia, Valle del Cauca, Bogotá, Córdoba y Bolívar **(ver tabla 5, gráfica 1).**

GRÁFICA 1. Distribución departamental de los nacimientos con madres menores de 15 años. Total 2005-2009



Fuente: Base de datos DANE suministrada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Se mantiene el mismo orden del sitio de residencia de las madres, pero los porcentajes aumentan principalmente por la llegada, a estos departamentos y sus capitales, de mujeres menores de 15 años residentes en departamentos cercanos. Es el caso de Antioquia, a donde son remitidas muchas de las adolescentes de Chocó, y lo mismo en Bogotá, que concentra Cundinamarca, Tolima y otros departamentos.

Tabla 6. Nacimientos con madres menores de 15 años según municipio de residencia de la madre (capitales). Total nacional, quinquenio 2005-2009

Capital departamento de residencia	Quinquenio						
	2005	2006	2007	2008	2009	Total	Peso porcentual
Bogotá	489	544	526	584	574	2.717	22,3%
Medellín	317	333	294	295	309	1.548	12,7%
Cali	269	290	277	272	262	1.370	11,3%
Barranquilla	118	121	112	138	138	627	5,2%
Cartagena	95	91	109	130	129	554	4,6%
Montería	76	66	72	101	89	404	3,3%
Valledupar	78	82	62	79	101	402	3,3%
Cúcuta	83	68	76	67	92	386	3,2%
Villavicencio	72	60	90	76	77	375	3,1%
Santa Marta	69	68	65	75	67	344	2,8%
Pereira	62	50	76	66	64	318	2,6%
Ibagué	63	62	77	64	49	315	2,6%
Neiva	38	45	73	60	58	274	2,3%
Florencia	55	41	63	51	60	270	2,2%
Bucaramanga	31	58	54	56	46	245	2,0%
Sincelejo	42	44	49	55	44	234	1,9%
Manizales	44	39	41	34	48	206	1,7%
Armenia	48	41	38	39	40	206	1,7%
Riohacha	25	31	36	52	36	180	1,5%
Quibdó	27	28	37	38	44	174	1,4%
Pasto	43	25	45	25	36	174	1,4%
Popayán	41	30	29	35	26	161	1,3%
San José del Guaviare	22	26	28	24	32	132	1,1%
Yopal	22	16	30	31	25	124	1,0%
Arauca	18	33	27	21	22	121	1,0%
Puerto Inírida	11	12	13	16	11	63	0,5%
Mocoa	17	8	9	16	12	62	0,5%
Leticia	10	10	15	10	9	54	0,4%
Tunja	6	6	9	11	8	40	0,3%
Puerto Carreño	9	9	8	9	5	40	0,3%
San Andrés	4	3	9	5	7	28	0,2%
Mitú	4	4	5	6	7	26	0,2%
Subtotal capitales	2.308	2.344	2.454	2.541	2.527	12.174	

Fuente: Base de datos DANE suministrada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

En las capitales departamentales se concentra un 36,5 % de los nacimientos, y las grandes ciudades acumulan las mayores proporciones; Bogotá, con un 22,3%, seguida por Medellín (12,7%), Cali (11,3%), Barranquilla (5,2%) y Cartagena (4,6%) (ver tabla 6). Cartagena (4,6%) **(ver tabla 6).**

TABLA 7. Nacimientos con madres menores de 15 años por edad y localidades en Bogotá, 2009 (1)

Edad de la madre/ Bogotá según localidad	Edad de la madre				Total	Peso porcentual
	11	12	13	14		
Ciudad Bolívar	2	5	20	87	114	19,9%
Bosa		3	15	55	73	12,7%
Kennedy		1	13	56	70	12,2%
Usme		1	5	43	49	8,5%
Suba			5	40	45	7,8%
San Cristóbal			7	34	41	7,1%
Engativá			4	31	35	6,1%
Rafael Uribe Uribe			9	25	34	5,9%
Sin información		1	3	24	28	4,9%
Usaquén			3	17	20	3,5%
Fontibón			2	15	17	3,0%
Tunjuelito				13	13	2,3%
Santa Fe			1	11	12	2,1%
Los Mártires			2	6	8	1,4%
Puente Aranda	1		3	4	8	1,4%
Barrios Unidos		1		3	4	0,7%
Chapinero				1	1	0,2%
Teusaquillo				1	1	0,2%
Candelaria				1	1	0,2%
Total general	3	12	92	467	574	

(1) Esta pregunta se incorporó en 2009.

Fuente: Base de datos DANE suministrada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

En el caso de Bogotá, por su distribución espacial por localidades, podemos observar cómo se mantienen en los primeros lugares las que, por sus mayores proporciones de embarazo adolescente entre 15 y 19 años, han sido priorizadas para su prevención. Además coinciden con las localidades que presentan condiciones de mayor pobreza y vulnerabilidad y que concentran un porcentaje importante de población desplazada por la violencia. Como dato central, entre las 5 localidades (Ciudad Bolívar, Bosa, Kennedy, Suba y San Cristóbal), se cuela en el cuarto lugar, con un 8,5% (49 casos de menores de 15 años), la localidad de Usme, lo cual puede explicarse tentativamente por su ruralidad y la persistencia de patrones tradicionales de unión **(ver tabla 7).**

TABLA 8. Nacimientos por área de residencia de las menores de 15 años. Total nacional, quinquenio 2005-2009

Área residencia	Quinquenio						
	2005	2006	2007	2008	2009	Total	Peso porcentual
Cabecera municipal	4.213	4.324	4.380	4.591	4.476	21.984	65,91%
Centro poblado (*)	791	743	755	745	773	3.807	11,41%
Rural disperso	1.278	1.292	1.264	1.373	1.414	6.621	19,85%
Sin inf.	177	157	200	220	189	943	2,83%
Total	6.459	6.516	6.599	6.929	6.852	33.355	

(*) Inspección, corregimiento o caserío.
Fuente: Base de datos DANE suministrada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Existe un predominio de nacimientos en las áreas urbanas; sin embargo, las áreas rurales mantienen un 31,26% de los casos (rural disperso + centro poblado). Teniendo en cuenta la distribución urbana-rural del país, los nacimientos en áreas rurales siguen representando un porcentaje importante, que además evidencian riesgos adicionales por las barreras de acceso a servicios de salud de calidad que enfrentan las personas que habitan zonas rurales.

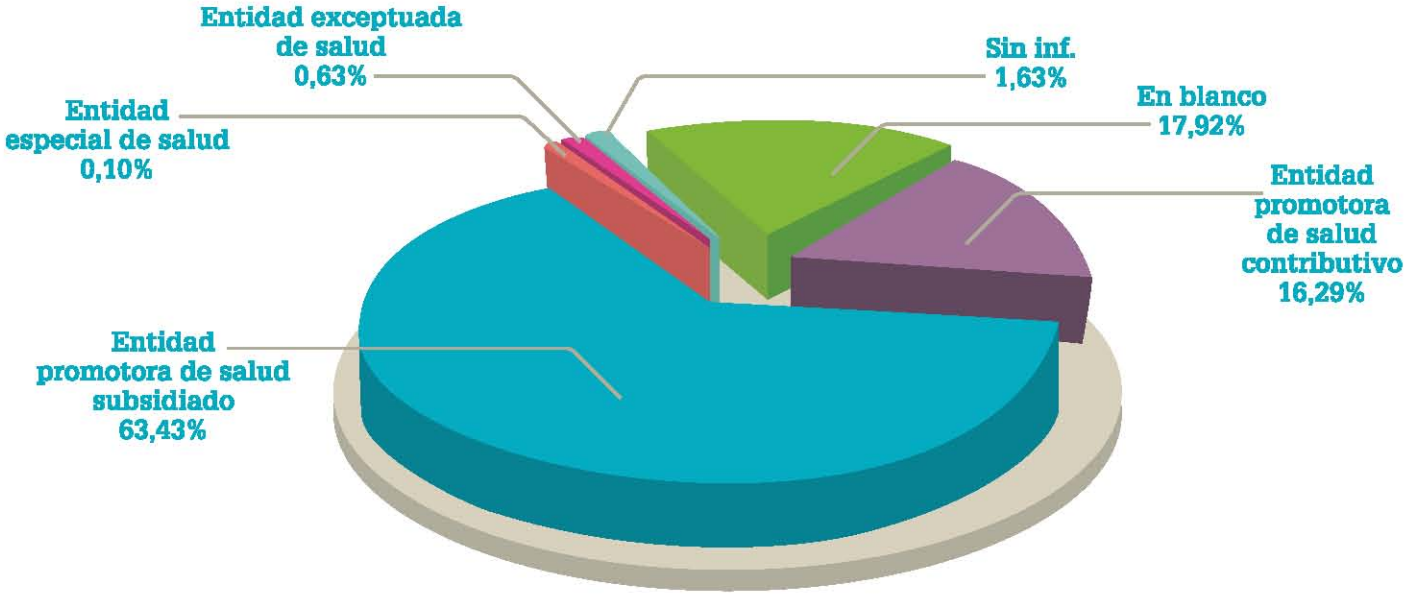
TABLA 9. Número de hijos nacidos vivos que ha tenido la madre, incluido el presente, en menores de 15 años. Total nacional, quinquenio 2005-2009

No. de hijos nacidos vivos	Quinquenio						
	2005	2006	2007	2008	2009	Total	Peso porcentual
1	6.191	6.226	6.344	6.703	6.635	32.099	96,23%
2	131	174	153	149	166	773	2,32%
3	8	11	8	11	8	46	0,14%
4	2	3	6	1	1	13	0,04%
5	1				1	2	0,01%
Sin inf.	126	102	88	65	41	422	1,27%
Total	6.459	6.516	6.599	6.929	6.852	33.355	

Fuente: Base de datos DANE suministrada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Como dato preocupante, entre el 2 y el 3% del total de nacimientos en menores de 15 años podrían ser segundos nacimientos. Esto evidencia fallas importantes en la garantía de derechos de estas niñas. Podría pensarse que el seguimiento al primer embarazo y parto no existió o fue precario, no permitió establecer la presencia o no de abuso y a partir de allí garantizar la atención y protección necesaria de la niña y/o no se entregó una asesoría adecuada y un método anticonceptivo que la adolescente eligiera. Si ya es inaudito el segundo embarazo en mayores de 15 años, en menores debería ser un intolerable en el que toda la institucionalidad del Estado se pusiera al servicio de la garantía de los derechos de estas niñas.

GRÁFICA 2. Entidad administradora de salud a la que pertenecen las madres menores de 15 años. Total nacional 2009 (1)



(1) Esta pregunta se incorporó en 2009.

Fuente: Base de datos DANE suministrada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

En 2009, el 63,43% de las madres cuyos nacimientos ocurrieron antes de los 15 años estaban afiliadas al régimen subsidiado (el dato podría ser mayor, ya que en un 17,92% el campo estaba en blanco y el 1,63% no tiene información, para un 19,55% de casos por asignar a las diferentes opciones de aseguramiento). El hecho de que el 63,43% de los casos revisados pertenezcan al régimen subsidiado (nivel de Sisben 0, 1 o 2) permite inferir que la mayoría de esta población pertenece a sectores pobres y vulnerables.

Se corrobora aquí, indirectamente, cómo los elementos que muestra la literatura y que tienen que ver con la desigualdad social y la pobreza están en el centro del complejo causal de los embarazos tempranos en Colombia (Rodríguez, 2009; Stern, 2012).

5.2. Parejas, padres de los nacimientos en mujeres menores de 15 años en el quinquenio 2005-2009

Uno de los elementos que marca la vulneración de los derechos de las niñas con embarazos antes de los 15 años son las desigualdades de poder basadas en edad y género, que pueden representarse en vulneraciones que van desde el abuso sexual hasta la coerción, la presión económica, las asimetrías de conocimiento y experiencia, etc. Al revisar la base de datos del quinquenio podemos observar cómo solo en un 1% de las parejas se trata de pares entre 11 y 14 años. Un 48,5% son hombres de 15 a 20 años, un 36,2% tiene entre 21 y 30 años, un 6,32 % son hombres mayores de 40 años y se presentan 10 casos de varones mayores de 70 años.

Según la ley penal vigente en Colombia, de los datos de las parejas con edad conocida en el quinquenio, 30.340 varones mayores de 15 años habrían abusado de estas niñas y deberían estar en la cárcel. Sin embargo, hoy en el país conocemos poco sobre estos hombres, su cultura, sus concepciones de pareja, de amor, de sexualidad, de género, de paternidad, etc.

Sería deseable plantear, a futuro, investigaciones que indaguen sobre estos varones. El embarazo de menores de 15 años con padres mayores nos habla de unas masculinidades dominantes de las cuales este fenómeno es apenas una expresión más. Conocer más y establecer programas fuertes de cambio sociocultural se pone al orden del día.

TABLA 10. Edad de los padres de niños nacidos de madres menores de 15 años según grupo etario. Total nacional, quinquenio 2005-2009

Grupo etario padre	Quinquenio						
	2005	2006	2007	2008	2009	Total	Peso porcentual
11-14	67	57	70	59	72	325	1,0%
15-20	3.010	3.094	3.211	3.415	3.460	16.190	48,5%
21-30	2.355	2.399	2.430	2.534	2.352	12.070	36,2%
31-40	358	333	312	304	292	1.599	4,8%
41-50	71	74	68	78	62	353	1,1%
51-60	16	23	23	14	16	92	0,3%
61-70	10	4	4	5	3	26	0,1%
Mayor de 70	3	3	-	3	1	10	0,0%
Sin inf.	569	529	481	517	594	2.690	8,1%
Total	6.459	6.516	6.599	6.929	6.852	33.355	

Fuente: Base de datos DANE suministrada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Por otro lado, surgen preguntas interesantes que se derivan de estos datos: ¿hay una tolerancia cultural y social a este tipo de relaciones asimétricas en edad? ¿Por qué no se está denunciando lo que ocurre? Si se denuncia, ¿están las instituciones del Estado respondiendo adecuadamente? Si se aplicara la ley penal, ¿cómo se manejaría la crisis derivada de un promedio de 6.500 hombres en las cárceles del país, cada año, por este delito? Si aceptamos que todo embarazo en menor de 14 años es delito, ¿las instituciones de salud y protección están actuando para garantizar los derechos de las niñas? ¿Están recibiendo atención en salud física, mental y social para avanzar hacia el restablecimiento, reparación y no repetición? ¿Les estamos dando la asesoría a ellas y sus familias sobre el derecho que tienen de interrumpir el embarazo si así lo deciden? Estas preguntas deben ponerse en discusión para afrontar adecuadamente el fenómeno del embarazo adolescente, en general, y de las menores de 15 años en particular.