

**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO**

**ANÁLISIS DE LA POLÍTICA SEXUAL Y REPRODUCTIVA  
FRENTE AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES**

**Estudio de caso: Bogotá D. C.**

**Diana Xiomara Álvarez Cely**

Universidad del Rosario

Escuela de Administración

Maestría en Administración en Salud

Bogotá D. C.

2016

**ANÁLISIS DE LA POLÍTICA SEXUAL Y REPRODUCTIVA  
FRENTE AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES**

**Estudio de caso: Bogotá D. C.**

**Diana Xiomara Álvarez Cely**

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:

**Magister en Administración en Salud**

Directora:

**Dra. Devi Nereida Puerto Jiménez**

Universidad del Rosario

Escuela de Administración

Maestría en Administración en Salud

Bogotá D. C.

2016

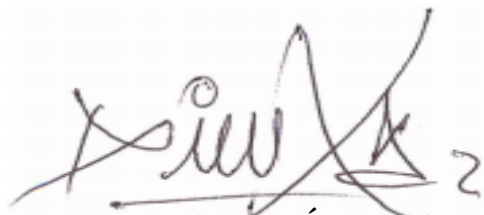
*A mis Padres, Luis Enrique e Isabellina  
y a mi familia, Adriana y Elkin  
los motores de mi vida...*

## **Declaración de Autonomía**

"Declaro bajo juramento que he escrito esta tesis por mí misma, y que no he utilizado otras fuentes o recursos que los indicados para su preparación. Declaro que he indicado claramente todas las citas directas e indirectas, y que esta tesis no ha sido presentada en ninguna otra parte con fines de examen o publicación. "

## **Declaration of Autonomy**

"I declare in lieu of an oath that I have written this thesis by myself, and that I did not use other sources or resources than stated for its preparation. I declare that I have clearly indicated all direct and indirect quotations, and that this thesis has not been submitted elsewhere for examination purposes or publication."



**Diana Xiomara Álvarez Cely**

**Febrero 02 de 2017**

## CONTENIDO

<b>RESUMEN</b> .....	<b>8</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>9</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>10</b>
<b>1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>11</b>
1.1. Justificación.....	11
1.2. Antecedentes.....	12
1.3. Definición del Problema.....	17
1.4. Objetivos .....	18
1.4.1. Objetivo General .....	18
1.4.2. Objetivos Específicos .....	19
1.5. Metodología.....	19
<b>2. MARCO CONCEPTUAL Y TEÓRICO PARA EL ANÁLISIS DE LA PROBLEMÁTICA DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES</b> .....	<b>21</b>
2.1. Marco Conceptual .....	21
2.2. Marco Teórico .....	24
2.2.1. Familia.....	24
2.2.2. Efectos en la Vida de Madres y/o Gestantes Adolescentes .....	28
2.2.3. Factores Determinantes del Embarazo Adolescente.....	40
2.2.4. Problemáticas Relacionadas con el Embarazo Adolescente .....	42
2.2.5. Derechos y Normas Legales implicadas en la problemática del embarazo en adolescentes.....	82
<b>3. ANÁLISIS DE LAS ACCIONES DE LA POLÍTICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA IMPLEMENTADA PARA LA CIUDAD DE BOGOTÁ D. C., FRENTE AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES.</b> .....	<b>87</b>
<b>4. ANÁLISIS COMPARATIVO DE INDICADORES COMO EVIDENCIA DE LAS ACCIONES QUE SE HAN DESARROLLADO FRENTE A LA PROBLEMÁTICA DE EMBARAZO ADOLESCENTE</b> .....	<b>97</b>
<b>5. CONCLUSIONES</b> .....	<b>105</b>
<b>6. RECOMENDACIONES</b> .....	<b>108</b>
<b>7. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>110</b>

## Lista de Graficas

Grafica 1 Modalidades de convivencia .....	26
Grafica 2 Matrimonio y cohabitación .....	27
Grafica 3 Matrimonio y cohabitación .....	27
Grafica 4 Factores determinantes del embarazo en adolescentes; un modelo ecológico .....	41
Grafica 5 Porcentaje de Mujeres congresistas electas por periodo electoral 1990 -2014.....	48
Grafica 6 Años promedio de Escolaridad y Tasas de desempleo 1992 - 2013.....	49
Grafica 7 Tasa Global de participación por sexo 23 ciudades y áreas metropolitanas.....	50
Grafica 8 Proporción de personas que viven con menos de 1,25 dólares al día 1990 y 2010 .....	59
Grafica 9 Porcentaje de personas que viven en pobreza y pobreza extrema nacional 2002 - 2012 .....	60
Grafica 10 Ingreso per cápita por unidad de gasto .....	61
Grafica 11 Comportamiento de las líneas de pobreza y pobreza extrema en Bogotá 2011 - 2012 .....	62
Grafica 12 Clasificación de la Violencia.....	64
Grafica 13 Modelo ecológico para comprender la violencia.....	65
Grafica 14 Muertes violentas, casos y tasas por 100.000 habitantes Bogotá – Total Colombia 2013 .....	67
Grafica 15 Tasa de Violencia Intrafamiliar VIF 2000 - 2012 .....	69
Grafica 16 Reconocimientos medico legales en clínica forense, casos y tasa por 100.000 habitantes Bogotá – Total Colombia 2013 .....	70
Grafica 17 Consecuencias de la violencia.....	71
Grafica 18 Víctimas del conflicto armado según Registro Único de Victimias RUV 1985 - 2015 .....	79
Grafica 19 Personas en situación de Desplazamiento Forzado en Colombia.....	81
Grafica 20 Embarazos en Bogotá 2012 – 2014 por grupo de edad .....	98
Grafica 21 Fetos y recién nacidos afectados por ciertas afecciones maternas .....	99
Grafica 22 Complejidad obstétrica y traumatismos en el nacimiento .....	100
Grafica 23 Retardo en el crecimiento fetal, desnutrición fetal, bajo peso al nacer y gestación corta.....	100
Grafica 24 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal .....	101
Grafica 25 Sepsis bacteriana del recién nacido .....	102
Grafica 26 Enfermedad hemolítica del feto y del recién nacido y kernicterus.....	102
Grafica 27 Otras afecciones originadas en el periodo perinatal .....	103
Grafica 28 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas .....	104
Grafica 29 Modelo ecológico con factores a ser incluidos en la Política Distrital de Salud Sexual y Reproductiva .....	108

## **Lista de Tablas**

Tabla 1 Años de Vida saludable perdidos, Colombia 2013 .....	68
Tabla 2 Víctimas por tipo de hecho victimizante .....	80
Tabla 3 Marco legal .....	83
Tabla 4 Tabla de análisis de la Fase uno de la política .....	88
Tabla 5 Tabla de análisis de la Fase Dos de la política .....	92
Tabla 6 Tabla comparativa 2012 – 2014 Número de embarazos por grupos de edad .....	97

## RESUMEN

A pesar de la infinidad de estudios realizados sobre embarazo en adolescentes, la solución a este problema se ha convertido no solo en un reto para los estudiosos del tema sino del mismo modo constituye una de las grandes metas para las administraciones de turno en Bogotá y de países en vía de desarrollo, los cuales han venido sosteniendo una lucha permanente para enfrentar, uno de los flagelos que hace de su población una sociedad vulnerable a la pobreza y la desigualdad.

Es importante destacar los procesos biológicos, sociales y políticos que determinaron la formulación de políticas para disminuir los embarazos dentro de un marco de derechos, respetando en cada individuo la autonomía para decidir sobre su cuerpo y de manera responsable proyectar su vida al servicio de una sociedad que se enfrenta a cambios permanentes en un mundo cada vez más globalizado.

Debemos afianzar los lazos entre entidades públicas y privadas que tengan que ver con la formación y desarrollo pleno de cada adolescente evitando las fragmentaciones, que se dan por falta de reconocimiento a los estudios y la importancia que se debe reconocer a cada entidad y profesional que responde por los resultados en la reducción de embarazos en el Distrito Capital.

Cuando se habla de adolescente, de antemano se sabe que es una edad sensible a cambios físicos y psicológicos. Si se toma en este caso, de manera independiente a la mujer, se conocerá que el porcentaje de afecciones a su salud por embarazo a una edad temprana, es mayor que en el caso de una edad madura física como mentalmente, sin contar los riesgos a que queda sometida para su formación educativa y social que definen sus medios económicos futuros.

**Palabras clave:** embarazo en adolescentes, vulnerabilidad social, derechos, desigualdad, pobreza.



## ABSTRACT

Despite the many studies carried out on adolescent pregnancy, the solution to this problem has become not only a challenge for the students of the subject but also constitutes one of the great goals for the administrations of turn in Bogotá and of Developing countries, which have been sustaining a permanent struggle to confront, one of the scourges that makes of its population a society vulnerable to poverty and inequality.

It is important to highlight the biological, social and political processes that determined the formulation of policies to reduce pregnancies within a framework of rights, respecting in each individual the autonomy to decide on their body and in a responsible way to project their life to the service of a society Which faces permanent changes in an increasingly globalized world.

We must strengthen the bonds between public and private entities that have to do with the formation and full development of each adolescent avoiding the fragmentations, which are due to lack of recognition of the studies and the importance that must be recognized to each entity and professional that responds For the results in the reduction of pregnancies in the Capital District.

When talking about adolescence, it is known in advance that it is an age sensitive to physical and psychological changes. If taken in this case, independently of the woman, it will be known that the percentage of health conditions due to pregnancy at an early age is higher than in the case of a mature physical or mental age, without counting the risks to Which is subject to its educational and social formation that define its future economic means.

**Keywords:** teenage pregnancy, social vulnerability, rights, inequality, poverty.

## INTRODUCCIÓN

El embarazo en adolescente constituye uno de los principales problemas para el logro de reducción de pobreza en países en vía de desarrollo, generando inequidades socio económicas, reflejando diferencias de género, aumentando la base de responsabilidad para las mujeres que dentro de un proceso de crianza carente de un núcleo familiar bien conformado, se enfrentan a un salario inequitativo y deficiente para generar una educación óptima para hijos fruto de una decisión tomada en una de las etapas de la vida más sensibles de la vida.

Sin ser ajeno al conflicto armado que se ha vivido en Colombia en los últimos 50 años el embarazo en adolescente constituye una prioridad para ciudades como Bogotá, que a partir de políticas y reconocimiento de derechos intenta transformar realidades sociales.

Para establecer si un país es económicamente fuerte se prescriben algunas condiciones como la calidad de vida de sus habitantes, la educación y servicios de salud que brinden respuesta satisfactoria y eficiente a las necesidades inherentes de cualquier ciudadano que se sienta parte de un estado responsable.

Con el trabajo de investigación realizado se pretende realizar un análisis de la política pública aplicada en la ciudad de Bogotá como eje central para determinar la participación de actores dentro del problema que genera el embarazo en adolescentes, los cuales han sido discutidos por estudiosos en la materia tanto a nivel nacional como distrital y de esta manera generar propuestas que ayuden a mejorar y direccionar futuras políticas y/o campañas de prevención de embarazos en adolescentes.

## **1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1. Justificación**

La etapa de la adolescencia es un período en el que a nivel físico y mental se desarrolla un proceso de formación y crecimiento, motivo por el cual el embarazo en esta etapa hace que sea considerado un grupo de alto riesgo, de igual modo las implicaciones sociales y psicológicas de la gestación no afectan solo a la madre, también al padre, los familiares y la sociedad en general.

El embarazo adolescente es ahora considerado un problema de salud pública y se encuentra incluido en los Objetivos del Milenio, específicamente en el Objetivo 5: Mejorar la salud materna; esto en acciones específicas como la búsqueda de reducción de la tasa de mortalidad, reducir la cantidad de embarazos de adolescentes y la pobreza y la falta de educación como perpetuadores de las altas tasas de alumbramientos entre adolescentes. Actualmente la comunidad internacional desarrolla una agenda del desarrollo sustentable que sobrevendrá a la Declaración del Milenio y Objetivos del Milenio.

Desde el informe Maternidad en la Niñez desarrollado en 2013 por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)<sup>1</sup>, el 95 por ciento de los partos adolescentes en el mundo, ocurren en países en desarrollo, y nueve de cada 10 de estos partos ocurren dentro de un matrimonio o unión. Alrededor del 19 por ciento de las jóvenes en países en desarrollo se quedan embarazadas antes de los 18 años de edad 2 millones de los 7,3 millones de partos de adolescentes menores de 18 que ocurren cada año en los países en desarrollo son partos de niñas menores de 15 años.

Así mismo muestra con los datos reunidos en 54 países con dos conjuntos de encuestas DHS y MICS realizadas entre 1990 y 2008 y entre 1997 y 2011 que en Colombia el 20% de mujeres entre 20 y 24 años informan haber dado a luz antes de los 18 años.

---

<sup>1</sup> Maternidad en la niñez, Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA, 2013

Durante mucho tiempo nos hemos encontrado con este tipo de problemáticas sociales que son recurrentes y que no son nada nuevas. Por eso el estado ve en la prevención del embarazo en adolescentes una prioridad de salud pública y un garante de derechos humanos, es por esto que el estado tiene el desafío de prevenir dicha problemática, a través de políticas y programas orientados a la prevención, atención y manejos del embarazo en adolescentes y la forma como deben intervenir la familia, la sociedad y el mismo estado.

En este sentido, la presente investigación le permitió al investigador aplicar sus conocimientos y experiencias adquiridas en la evaluación de resultados y en el diseño de una propuesta de intervención que amplió las estrategias desarrolladas para dar cumplimiento a la Política Distrital de Sexualidad y proponer una Política de Salud para Jóvenes que especifique acciones frente al tema y garantice atenciones y funcionamiento del Sistema de Salud.

En conclusión, se puede decir que como Magister en Salud Pública, es pertinente que se puedan reconocer y generar diversas alternativas frente a esta y otras problemáticas que afectan a nuestra sociedad, a fin de generar impactos en la población afectada, a través del trabajo interdisciplinario que nos ayuden a generar cambios sociales positivos.

## **1.2. Antecedentes**

En un rastreo sobre investigaciones que se han realizado en la ciudad de Bogotá sobre el tema específico de la presente investigación, se encontraron los siguientes estudios como los más relevantes para ser tenidos como referentes:

- 1) *Embarazo adolescente en Bogotá: Construir nuevos sentidos y posibilidades para el ejercicio de derechos*. Experiencias de gestión del conocimiento. Convenio 698 de la SDS y el UNFPA 2008

Es un conjunto de seis investigaciones desarrolladas desde diferentes disciplinas que explican la ocurrencia del embarazo adolescente, se nombran a continuación:

- a) *Bogotá: Gestión del conocimiento para el abordaje del fenómeno del embarazo adolescente.* Carlos Iván Pacheco Sánchez.

Realiza la lectura de cinco informes finales cada uno con: tema, objetivo específico, marco territorial, sujetos de estudio, presupuesto epistemológico y categoría de estudio que arrojaron resultados y conclusiones. Realiza un comparativo de dichas investigaciones usando la metodología Meta síntesis. En el cuarto lente de conclusiones y recomendaciones se resalta que el convenio SDS- UNFPA acierta al incluir en sus líneas gestión del conocimiento, abriendo un espacio de estudios previos que no obliga a marcos teóricos o metodológicos y permite nuevas miradas; así mismo se refiere que el uso de métodos cuantitativos y cualitativos usados permitieron el reconocimiento de significados y sentidos del mundo relacional de adolescentes y jóvenes. Concluye que los adolescentes deben tener la posibilidad de elegir como viven su sexualidad desde el marco de los derechos y que deben recibir asesorías y mensajes claros desde los servicios de salud, educación y desde las familias; del mismo modo una mujer adolescente con parto en segundo nivel, debe recibir asesoría en salud sexual y reproductiva con hincapié en anticoncepción, la anticoncepción de emergencia debe estar disponible en los servicios y ser entregada por un profesional, así como la anticoncepción moderna debe ser entregada de manera gratuita y con un monitoreo de adherencia, en caso de que una mujer se encuentre en las tres despenalizaciones de aborto y opte por interrupción voluntaria de embarazo debe ser atendida.

- b) *Aproximación a los significados de paternidad, maternidad y embarazo adolescente en contextos de desplazamiento.* José Miguel Nieto Olivar, Liz Johana Rincón Suarez, Samuel Asdrúbal Ávila Garzón, Yenifer Lady Mariño Suarez, Maryely Forero Bareño.

Abordaje socio antropológico a los significados de maternidad, paternidad y embarazo adolescente en desplazados de la Localidad de Ciudad Bolívar, mediante el uso de etnografía, trayectorias vitales, arte, auto representación y estudio de la cultura material. Se identifican mitos y creencias como “el destino y la voluntad de Dios” que son usados como explicaciones al suceso

y no es tomado como una decisión individual o se justifica la ausencia de anticonceptivos como limitantes del goce de la relación sexual o de la voluntad de Dios, así mismo la maternidad se cataloga como una responsabilidad ante el embarazo, mientras la paternidad es opcional. En el contexto de prestación de servicios de salud y garantía de derechos se determina que algunas de las IPS del sector estudiado no prestan un servicio específico para jóvenes, solo el CAMI de Jerusalén y el acceso a métodos anticonceptivos son limitados por el tipo de afiliación o las empresas; al respecto líderes manifiestan que jóvenes de 13 – 14 años no les permiten acceder o entregan el método de modo transitorio. Se concluye que el Estado debe fortalecer a estos jóvenes y acompañar las transformaciones en género y sexualidad, promoviendo la vivencia de sexualidades placenteras, sin riesgo ni discriminación, buscando prevenir violencia intrafamiliar o abuso sexual, y generando estrategias que permitan la creación de redes sociales e institucionales y el fortalecimiento de la red familiar.

c) *Significados, actitudes y comportamientos del personal de servicios de salud de Bogotá sobre la sexualidad adolescente.* Clara Inés Vargas Rojas, Carol Pavajeau Delgado, Maribel Riaño Sanabria, Marina Bernal Gómez, Javier Tatis Amaya.

Investigación que desde el enfoque cualitativo se aproxima a los significados actitudes y comportamientos del personal de servicios de salud en: sexualidad, embarazo, ejercicio sexual, maternidad y paternidad adolescente en cinco localidades de Bogotá con las técnicas de teatro invisible, entrevistas, grupos focales y escala de Likert. Entre las recomendaciones se resalta, diseñar programas de actualización y formación para profesionales responsables de atención de servicio amigable que incluyan no solo métodos anticonceptivos, también derechos, erotismo (autoerotismo), placer, diversidad sexual, legislación, normatividad y estrategias para reconstruir prejuicios personales; diseñar formación en entrevista en inicio de relaciones sexuales, métodos anticonceptivos, interrupción voluntaria del embarazo, infecciones de transmisión sexual, diversidad sexual, embarazo adolescente, desarrollando habilidades comunicativas y detección de aspectos psicosociales; la consulta debe incluir atención diferencial, abordaje de aspectos biopsicosociales, actitud de escucha, consultorio dotado, apoyo de psicología, ruta de atención y se deben ofrecer programas exclusivos para adolescentes gestantes que promuevan mayor participación de los hombres.

- d) *Barreras y facilitadores para el acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios de salud sexual y reproductiva en Bogotá.* Pablo Montoya, Eliane Barreto, Ana Judith Blanco, Yasmith Cárdenas, Carolina Chavarro, Sandra Piñeros.

Investigación de tipo observacional descriptivo con técnicas cualitativa y cuantitativa, con el objetivo de describir barreras y facilitadores para el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva utilizando auto reporte de instituciones de régimen contributivo y subsidiado, grupos focales y entrevistas individuales a profundidad. En sus recomendaciones incluye, fortalecimiento de la asistencia técnica, inspección vigilancia y control; garantizar un sistema único de información para el monitoreo de las fuentes primarias de información, y desde allí generar informes de desempeño, evaluar los regímenes de atención, cobertura de servicios, generar correctivos y hacer seguimiento a las EPS y atención de la población no afiliada; actualización de las guías técnicas para la atención del adolescente joven, integración e integralidad de servicios; mejorar las condiciones de trabajo del personal de salud desde contratos que ofrezcan estabilidad laboral; fortalecer el trabajo participativo con adolescentes, discutir estos temas con cuidadores, y desarrollar estrategias de comunicación para promocionar derechos de salud sexual y reproductiva.

- e) *Movilización social por los derechos sexuales y reproductivos en Bogotá.* Sandra Liliana Osses Rivera, Adriana María Botero Vélez, Julián Andrés Riveros Clavijo.

Muestra los resultados obtenidos de la documentación y sistematización de la línea de movilización social del convenio 698 de 2008 suscrito entre el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y Secretaria Distrital de Salud (SDS), donde se busca identificar si la movilización es una estrategia efectiva en la gestión de acciones de promoción de salud sexual y reproductiva y derechos sexuales: algunas de las recomendaciones son, aterrizar la noción y lógica de la movilización con uso de documentos de fácil apropiación y manejo modo portafolio que incluya ejes y metas; construcción de un marco conceptual único que involucre bases normativas y conceptuales; construcción de un glosario, un sistema de seguimiento y sistematización de acciones y base de datos e históricos documentales; estandarización de

informes finales para lograr lecturas transversales de logros y obstáculos; realizar el diseño de espacios académicos y prácticos para reflexionar sobre la movilización y lograr operativizarla.

- f) *Evaluación ex- post de la estrategia de comunicación: “Que tu primer amor sea el amor propio”*. Amparo Cadavid Bringe, Juan Andrés Cooper, Tatiana Duplat Ayala, Jeanine El’ Gazí, David Fayad Sanz, Zulma Consuelo Urrego Mendoza.

Parte de enfoques sociales de la salud y la comunicación para el cambio social, con una metodología cuali – cuantitativa para evaluar el proceso de la estrategia, las pizas utilizadas y los efectos en una muestra de 398 jóvenes y adolescentes de cinco localidades. Algunas de las recomendaciones generadas son, traducir para públicos no expertos los marcos que orientan los Derechos sexuales y reproductivos; hacer explícito en enfoque comunicacional desde donde se construyen las estrategias comunicativas; promover producción de piezas comunicativas por adolescentes y jóvenes; movilizar el tema en agenda pública; preferir piezas audiovisuales a impresos.

- 2) *Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia*. Carmen Elisa Flórez, Victoria Eugenia Soto. Profamilia, Gobierno de Colombia, Fundación Corona, Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA, Fundación Hernán Echavarría Olózaga, Instituto de Ciencia Política Hernán Echavarría Olózaga, 2013

Este estudio caracteriza a adolescentes alguna vez embarazadas y aquellas que no lo han estado, según grupo de edad (13 a 16 y 17 a 19 años) y estado conyugal (unidas/no Unidas), e identifica los factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente, utiliza las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud, ENDS, realizadas entre 1990 y 2010. Los resultados evidencian la necesidad de usar un modelo Probit Bivariado, que ajusta por el sesgo de selección introducido por el inicio de relaciones sexuales y de estimar los modelos dividiendo la muestra por condición de unión o por grupo de edad.



### 1.3. Definición del Problema

La reducción de la tasa de embarazo adolescente es una proyección establecida a nivel mundial desde los Objetivos del Milenio, para el cumplimiento de esta tarea los países han adoptado medidas orientadas a generar cambios comportamentales en las niñas; al dirigir esta acción específicamente a las niñas se les está responsabilizando de manera implícita del ser capaz de llevar una sexualidad responsable o de ser responsable por resultados o cambios no esperados en su sexualidad como el embarazo.

Desde el modelo sistémico, un sistema es una entidad cuya existencia y funciones se mantienen como un todo por la interacción de sus partes, aplicando esto en la problemática del embarazo adolescente resulta necesario evaluar si desde la Política Distrital de Sexualidad se están generando acciones que incluyan a todo el sistema como generador de resultados eficientes o se están limitando las responsabilidades y como lo veríamos desde un sistema mecánico simple, los carretes funcionan con mucha fuerza y poco desplazamiento.

Desde la Bitácora de la Sexualidad<sup>2</sup>, publicada por Profamilia en 2012, se realiza un ejercicio comparado entre la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS 2010), la Encuesta Distrital de Demografía y Salud de Bogotá (EDDS 2011) y la Encuesta en Zonas Marginadas (EZM 2011) y los clasifica de acuerdo a los Derechos Sexuales; con un número de mujeres fértiles encuestadas a nivel nacional de 53.521 y a nivel distrital 10.186. Allí se muestran resultados como que a nivel nacional el 8% de las mujeres de 15 a 24 años abandonó los estudios porque quedó embarazada y el 12% porque no podía pagar, y a nivel distrital el 7% de las mujeres de 15 a 24 años abandonó los estudios porque quedó embarazada y el 9% porque no podía pagar, esto sin contar los casos de menores entre los 12 y 14 años que presentan la misma situación.

Respecto a la vida sexual activa, a nivel nacional se observa que las mujeres que tienen entre 15 y 24 años, el 14% tuvo su primera relación sexual antes de cumplir los 15 años; el 61% de las

---

<sup>2</sup> Bitácora de la Sexualidad ENDS, EDDS – Bogotá, EZM 2010- 2011. Fuente: Profamilia

mujeres que tiene entre 18 y 24 años tuvo su primera relación sexual antes de los 18 años; mientras que en Bogotá entre las mujeres que tienen entre 15 y 24 años, el 11% tuvo su primera relación sexual antes de cumplir los 15 años; el 57% de las mujeres que tiene entre 18 y 24 años tuvo su primera relación sexual antes de los 18 años, mostrando un inicio de vida sexual en la edad escolar.

Teniendo en cuenta que estos datos son generados desde la muestra estudiada debemos pensar que con los datos arrojados por DANE en las Estimaciones 1985 - 2005 y Proyecciones 2005 – 2020, para el 2015 a nivel nacional contaremos con una población de 4'282.708 entre los 10 y 14 años y 4'345.112 entre los 15 y 19 años; en Bogotá para el 2015 se estipula una población de 603.435 entre los 10 y 14 años y 640.875 entre los 15 y 19 años, es decir que tendremos 633.889 hombres entre los 10 y 19 años y 610.421 mujeres entre los 10 y 19 años que iniciaran su vida sexual y requieren de estrategias que permitan que además de activa sea sana y cumpla con los Derechos Sexuales y Reproductivos.

#### **1.4. Objetivos**

##### **1.4.1. Objetivo General**

Formular recomendaciones para enfrentar la problemática de embarazos en adolescentes de la ciudad de Bogotá D. C., a partir del análisis de la política de salud sexual y reproductiva que se viene implementado.

### **1.4.2. Objetivos Específicos**

1. Elaborar un marco conceptual y teórico, que permita el análisis de la problemática del embarazo en adolescentes.
2. Identificar y analizar las acciones de la Política de Salud Sexual y Reproductiva implementada en la ciudad de Bogotá D. C., para enfrentar la problemática del embarazo en adolescentes.
3. Realizar un análisis comparativo de Indicadores, como evidencia de las acciones que se han desarrollado frente a la problemática de embarazo adolescente, de acuerdo a los datos suministrados por el DANE en esta materia para la ciudad de Bogotá D. C.

### **1.5. Metodología**

La línea que sigue la presente investigación, se centra en una exploración general sobre el tema de política de salud sexual y reproductiva versus el embarazo en adolescentes, partiendo de una recopilación bibliográfica de cifras y datos para obtener los insumos principales que alimentan el estudio.

Con el anterior insumo, se desarrolla un análisis comparativo de indicadores como evidencia de las acciones realizadas frente a la problemática del embarazo en adolescentes.

De este análisis se desprende las conclusiones y recomendaciones brindadas por el presente estudio.

En la línea descrita, los puntos centrales para la elaboración de esta investigación, son los siguientes:

1. Recopilación de información ligada a la política de salud sexual y reproductiva y el embarazo en adolescentes, con el fin de elaborar un marco conceptual y teórico de referencia y consulta para el análisis de la materia.
2. Teniendo en cuenta que el estudio de caso para el presente estudio es la ciudad de Bogotá D. C., se realiza una revisión de estudios realizados por la Secretaría Distrital de Salud, estadísticas del DANE, con el fin de indagar sobre la implementación de la Política en Salud Sexual y Reproductiva en el Distrito Capital. En este punto se analizan los documentos y publicaciones de las citadas entidades en la materia.
3. Consulta de documentos de política pública, revisión normativa y páginas web oficiales de las entidades citadas.
4. Las cifras analizadas provienen de la base de datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE, PNUD y el Instituto Nacional de Medicina Legal, en materia de embarazo en adolescentes y los temas relacionados con el mismo.

## 2. MARCO CONCEPTUAL Y TEÓRICO PARA EL ANÁLISIS DE LA PROBELMÁTICA DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

### 2.1. Marco Conceptual

**Familia:** Desde el enfoque biológico, agrupamiento taxonómico de géneros emparentados, similares; la categoría inferior a orden y superior a género<sup>3</sup>. Es un sistema complejo de interacciones, en la que sus integrantes desempeñan distintos roles de acuerdo a la posición que ocupan, los cuales se interrelacionan para llevar a cabo una vida en conjunto y para su formación individual como una forma de contribuir a la sociedad a la cual pertenecen. Desde una visión estructural, la familia es un conjunto de miembros que mediante interacciones frecuentes se agrupan en subsistemas<sup>4</sup>

**Sexo:** Combinación de rasgos genéticos que determinan las características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas dando como resultado especialización de organismos en hombre y mujer / La totalidad de las características de las estructuras reproductivas y sus funciones, fenotipo y genotipo que diferencian el organismo masculino y femenino.<sup>5</sup>

**Género:** Construcciones socioculturales que se refieren a rasgos de tipo psicológico y cultural que la sociedad atribuye a lo que cataloga como “masculino o femenino” y se implementa mediante procesos sociales de enseñanza generados en educación, familia, instituciones o religión / Concepto que una persona tiene sobre si misma de ser varón y masculino o mujer y femenina o ambivalente. Suele basarse en sus características físicas, la actitud y las expectativas paternas y las presiones psicológicas y sociales. Es la experiencia íntima del rol de género.<sup>6</sup>

---

<sup>3</sup> Curtis, H, Barnes, N.Sue, Biología Quinta edición, 1993.

<sup>4</sup> Barudy, J., El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecológica del maltrato infantil, Buenos Aires, Paidós, 1998. Citado en: Conflicto y Violencia Intrafamiliar. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Secretaría de Gobierno, 2002. 15p.

<sup>5</sup> Consulta al DeCs: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>

<sup>6</sup> Consulta al DeCs: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>

**Orientación sexual:** Manifestación del deseo y el erotismo hacia personas de otro sexo o del mismo, mediante sus deseos, emociones y vivencias.

**Sexualidad:** Funciones sexuales, actividades, actitudes y orientaciones de un individuo. La sexualidad, masculina o femenina, se hace evidente en la pubertad bajo la influencia de los esteroides gonadales (Testosterona o estradiol) y los contextos sociales.<sup>7</sup>

**Salud Sexual y Reproductiva:** Estado de bienestar físico, mental y social, capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria, con libertad de decisión y sin riesgo de fecundar.

**Educación Sexual:** Actividades relacionadas con educación y divulgación en todas las edades de desarrollo sobre sistemas de reproducción, orientación sexual, relaciones sexuales, planificación familiar, métodos anticonceptivos, reproducción, derechos sexuales y reproductivos y los temas que garanticen salud sexual y reproductiva.

**Fecundación:** Desde el enfoque biológico, fusión de dos núcleos gaméticos haploides para formar un núcleo de un cigoto diploide.<sup>8</sup> Fase de la reproducción sexual en la cual el elemento reproductor masculino se une con el femenino para iniciar el desarrollo de un nuevo ser.

**Embarazo:** Proceso que se desarrolla al interior del útero, inicia luego de la implantación que ocurre 5 o 6 días luego de la fertilización y termina con el parto.

**Feto:** Un vertebrado no nacido o no eclosionado que ha pasado a través de las etapas de desarrollo más tempranas; un ser humano en desarrollo, desde aproximadamente el segundo mes de gestación hasta el nacimiento.<sup>9</sup> Fruto de la gestación de un mamífero vivíparo en el periodo pos embrionario, después de que se hayan esbozado las principales estructuras y antes del nacimiento. En los seres humanos se refiere el fruto de la concepción desde la octava semana de gestación hasta el nacimiento.<sup>10</sup>

**Planificación Familiar:** Estrategia que permite a las familias tener el número de hijos que desean y determinar el tiempo de intervalo entre los embarazos, se desarrolla mediante el uso de métodos anticonceptivos y el tratamiento de esterilidad.

---

<sup>7</sup> Consulta al DeCs: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>

<sup>8</sup> Curtis, H, Barnes, N.Sue, Biología Quinta edición, 1993

<sup>9</sup> Curtis, H, Barnes, N.Sue, Biología Quinta edición. 1993

<sup>10</sup> Consulta al DeCs: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>

**Anticoncepción de emergencia:** Métodos anticonceptivos que se pueden utilizar para prevenir embarazos en los días inmediatamente posteriores a la relación sexual, se utiliza en casos como relación sin protección, falla o uso incorrecto de otros anticonceptivos y casos de violación o relaciones sexuales forzadas.

**Aborto o ILVE:** Interrupción Legal y Voluntaria del Embarazo (ILVE), es un procedimiento donde se busca terminar con el embarazo en curso en tres situaciones, cuando la vida de la mujer gestante se encuentre en riesgo, en caso de violencia sexual y <sup>11</sup>en caso de malformación fetal.

**Infecciones de Transmisión sexual:** Infecciones causadas por más de 30 bacterias, virus y parásitos diferentes por contacto sexual vaginal, anal y oral; también se pueden propagar por medios no sexuales como transfusión de productos sanguíneos y trasplantes de tejidos, o de madre a hijo durante gestación y parto.

**Mortalidad Materna:** Complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos, las principales complicaciones son Hemorragias graves, infecciones, hipertensión gestacional y abortos peligrosos, las demás se asocian a enfermedades como paludismo infección por VIH en el embarazo. Según la OMS<sup>12</sup> cada día mueren en el mundo 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2013 murieron 289 000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos y cada año mueren cerca de 3 millones de recién nacidos y otros 2,6 millones antes de nacer; prácticamente todas estas muertes se produjeron en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado / Muerte materna resultante de complicaciones del embarazo, parto, puerperio y abortos de una determinada población. (Corresponde al capítulo XI de la Clasificación Internacional de Enfermedades)

**Violencia de Pareja:** Agresión ejecutada por pareja o expareja, comportamiento que causa daño físico, sexual o psicológico, se incluyen agresión física, coacción sexual, maltrato psicológico y conductas de control.

---

<sup>11</sup> Consulta al DeCs: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>

<sup>12</sup> OMS | Mortalidad materna - World Health Organization  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

**Violencia Sexual:** Actos agresivos que desde fuerza física, psíquica o moral reduce a la persona para imponer contra su voluntad una conducta sexual; incluye acceso u hostigamiento (trabajo, calle, hogar, escuela, universidad, etc.), violación, explotación sexual, turismo sexual, abuso sexual de niños y niñas, pornografía prostitución.

## 2.2. Marco Teórico

### 2.2.1. Familia

Familia se define como un sistema o conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes y sentimientos afectivos que los unen y aglutinan. Este sistema pasa por el proceso que se denomina ciclo vital de vida familiar y está constituido por nacimiento, crecimiento, multiplicación, decadencia y trascendencia.

Es necesario aclarar que anteriormente la familia se encontraba conformada por padre, madre e hijos ahora se observan:<sup>13</sup>

**Parejas Homosexuales:** Que ya existían, pero que en nuestro días han sido reconocidas y por ello tienen un poco más de libertad e incluso pueden contar con hijos, ya sean adoptados o de una de las personas que conforman la pareja.

**Familias Reconstruidas:** En las que dos padres divorciados se unen, junto con sus hijos respectivos

**Familias Monoparentales:** Donde solo hay un padre o madre solteros

**Mujeres u Hombres Divorciados:** Que convivieron durante un tiempo con una familia tradicional, pero su pareja se fue y ahora están solos con sus hijos.

**Parejas de Doble Ingreso y Sin Hijos:** Donde hombre y mujer acuerdan no tener hijos para intervenir sus ingresos y darse calidad de vida.

---

<sup>13</sup> Gracia, E. y Musitu, G. Op. Cit.1993.



La familia es la institución social fundamental de la organización social de todas las sociedades y se relaciona con algunas de nuestras necesidades fundamentales:<sup>14</sup>

**Regulación del comportamiento Sexual:** Todas las sociedades establecen límites de comportamiento sexual de sus miembros y especifican quien puede tener relaciones sexuales con quien (Ej. incesto).

**Reproducción:** Si una sociedad debe sobrevivir de una generación a otra, también debe tener disposiciones para reemplazar a sus miembros. Puesto que las necesidades sexuales pueden satisfacerse sin la reproducción, las sociedades deben motivar a las personas a que tengan hijos.

**Socialización:** Los hijos son los “nuevos reclutas de la sociedad. Su desarrollo social depende de la adquisición de aquellos elementos de la cultura que son necesarios para la participación competente en la vida social. La familia es el medio primario para transmitir la cultura de generación en generación, además sirve como vínculo entre el individuo y la comunidad principal.

**Cuidado y protección:** Durante la infancia y en la niñez temprana, los seres humanos son incapaces de defenderse por sí mismos, dependen totalmente de los demás en cuanto a alimento, vestido y protección. Además a medida que llega la vida adulta todos los individuos experimentan episodios de enfermedad, incapacidad y dependencia, durante este tiempo la familia asume la responsabilidad del cuidado y la protección de sus miembros.

**Posición social:** La estructura de una sociedad es una red intrincada de roles y diferentes status sociales. En alguna forma los individuos deben ubicarse dentro de estos status y motivarse a desempeñar los roles apropiados. Muchos de los status adscritos incluyendo identidades nacionales, étnicas, raciales, de clase y de comunidad se derivan de la pertenencia a la familia y juega una parte crítica en facilitar (o limitar) la movilidad social de sus miembros.

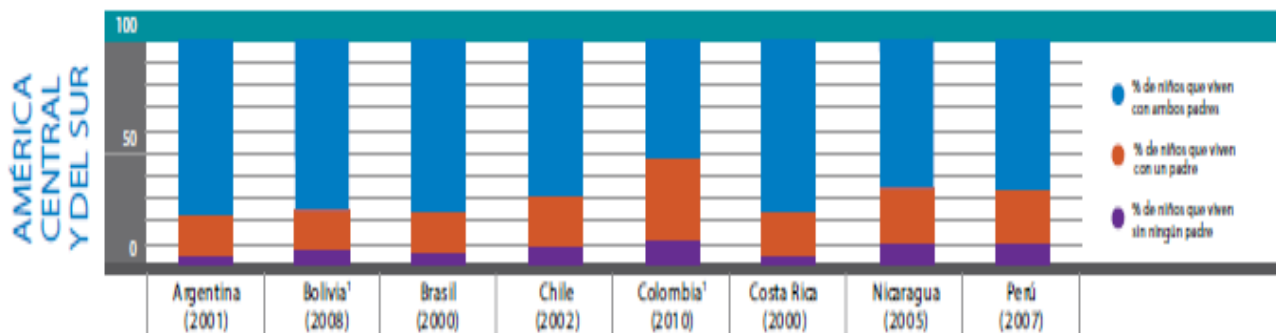
Por ser la familia la institución fundamental, el punto de referencia en las primeras etapas del desarrollo y la red más cercana a cada uno de sus individuos es el generador de factores protectores y el encargado de generar estrategias inmediatas para la disminución de factores de riesgo.

---

<sup>14</sup> Light, D., Keller, S., Calhoun C. Op. Cit 1991.

Teniendo en cuenta que la familia es institución social fundamental, fuente de apoyo o limitante para el alcance de logros individuales y colectivos, una unidad económica y de producción, refugio o fuente de tensión emocional y sistema de protección y cultura para futuras generaciones, es necesario hablar de las variaciones que se presentan en los diferentes países, y de los tipos de familia que priman en Colombia, Child Trends publicó el Mapa Mundial de la familia 2013,<sup>15</sup> esta investigación desarrollada con el apoyo de varias entidades, en el caso de Colombia Universidad de la Sabana, recoge la información de 49 países equivalentes al 75% de la población mundial, muestra que en el mundo se está presentando disminución de las tasa de fecundidad y matrimonio, especialmente en regiones con ingresos económicos más altos, así mismo se muestra que el número de niños que reciben crianza con sus dos padres disminuye especialmente en Europa, América y Oceanía que la desaceleración económica deteriora la vida familiar, y por ello se requieren familias fuertes. La investigación arroja que Colombia el 53% de los niños viven en hogares biparentales, 35% de los niños viven con un solo padre y el 12% vive sin ambos padres, ubicándose como el país de América Latina con el porcentaje más alto de hogares uniparentales y si observamos las realidades del país podemos hablar de que corresponde casi en su totalidad a madres solteras, y ubicándose como el país de América Latina con más niños sin sus padres.

**GRAFICA 1 MODALIDADES DE CONVIVENCIA**

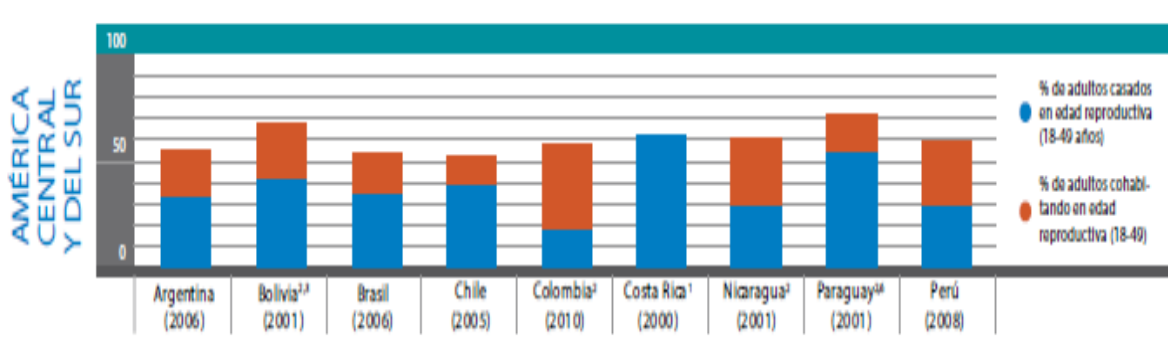


**Fuente: Mapa Mundial de la familia 2013, Child Trends**

<sup>15</sup> Child Trends, Mapa Mundial de la Familia 2013. Los cambios en la familia y su impacto en el bienestar de la niñez. Pag. 12

Respecto al estado civil, el estudio tomo el rango de edad correspondiente a la proporción de adultos entre los 18 y 49 años, las regiones donde menos se contrae matrimonio a nivel mundial son Centro América y América Latina con tasas inferiores al 35%, es decir tres de cada diez adultos se encuentran casados, en Colombia el porcentaje de adultos casados es del 19% y esta es la cifra más baja a nivel mundial. Respecto a la cohabitación o unión libre, Colombia es el segundo país en el mundo con el índice más alto equivalente al 39%, ubicándose luego de Perú.

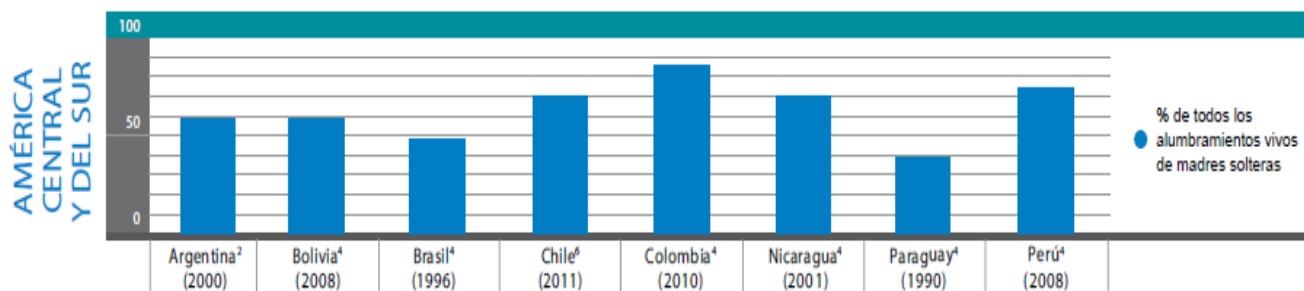
**GRAFICA 2 MATRIMONIO Y COHABITACIÓN**



Fuente: Mapa Mundial de la familia 2013, Child Trends

De igual modo, según la investigación, Colombia es el país donde nacen más niños fuera del matrimonio, el 84% de los nacimientos son de mujeres que no han contraído matrimonio ni por lo civil, ni por la iglesia; en América Latina más de la mitad de los nacidos son de madres solteras y Colombia tiene la tasa más alta con un 85%.

**GRAFICA 3 MATRIMONIO Y COHABITACIÓN**



Fuente: Mapa Mundial de la familia 2013, Child Trends

Estas cifras comparativas hallan que Colombia pierde el año en todos los indicadores medidores del bienestar familiar y de la niñez, es el país con la tasa más alta de niños que viven sin sus dos

padres, se evidencia el mayor porcentaje de parejas adultas que no se casan y la cifra más alta de nacidos de mujeres que no se han casado ni por lo civil ni por la iglesia.

## **2.2.2. Efectos en la Vida de Madres y/o Gestantes Adolescentes**

De acuerdo a la investigación desarrollada por el Comité Regional Andino para la prevención del embarazo en adolescentes, Barreras para el acceso de adolescentes y jóvenes a servicios de salud – Propuesta para su identificación y superación, Documento regional 2010<sup>16</sup>, la población en América Latina entre los 10 y 19 años representaba para el año 2000 21% con una distribución por sexo homogénea, en este año la pobreza de América Latina alcanzó el 56% de niños y adolescentes entre los 0 y 19 años, esto según datos arrojados por la Comisión Económica para América Latina (CEPAL). Según datos arrojados por la Organización Mundial de la Salud OMS, para 2010 la proporción de nacimientos en la etapa de adolescencia es de 18% en América Latina y el Caribe y superior al 50% en África Subsahariana, el registro arrojado en América Latina muestra que anualmente se registran 54 000 nacimientos de madres menores de 15 años y dos millones en el rango de 15 a 19 años, así mismo evidencia que en América Latina el riesgo de muerte materna es 4 veces más alta en menores de 16 años, que en mujeres de 20 a 24 años.

Siguiendo estas cifras y teniendo en cuenta que la población adolescente no recibe la atención requerida en el área de la salud, la OMS en su informe: Salud para los adolescentes del mundo – Una segunda oportunidad en la segunda década<sup>17</sup>, del año 2014; según datos globales en el año 2012 fueron registradas 1.3 millones de muertes de adolescentes y en su mayoría las causales se pudieron evitar o tratar. La mortalidad más alta se presenta en el rango de 15 a 19 años siendo la causa más común en los adolescentes la violencia y entre las adolescentes la maternidad a pesar de que han descendido las tasas de mortalidad materna.

---

<sup>16</sup> Comité Regional Andino para la prevención del embarazo en adolescentes, Barreras para el acceso de adolescentes y jóvenes a servicios de salud – Propuesta para su identificación y superación, Documento regional 2010 Pag. 11

<sup>17</sup> OMS, Salud para los adolescentes del mundo – Una segunda oportunidad en la segunda década, 2014

## **Barreras de acceso**

De acuerdo a las acciones tomadas respecto a el acceso oportuno a los servicios de salud de jóvenes y adolescentes, son tomadas acciones respecto a las políticas sanitarias, es por eso que en el Decreto 1011 de 2006 (Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad) y en la Ley 1122 de 2007 se genera la creación de servicios integrales a partir del Modelo de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes.

De igual modo en el año 2007 es desarrollado el Modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes en el convenio UNFPA – MPS e inicia su implementación a nivel nacional en 2008 y se acrecienta el ofrecimiento de estrategias anticonceptivas desde la norma técnica de planificación de las Resoluciones 769 y 1973 de 2008.

## **Fistula Obstétrica**

Al hablar de fistula obstétrica, nos estamos refiriendo a una lesión que se presenta al momento del parto, especialmente en adolescentes, por no haber llegado a la total madurez física; su causa es la obstrucción prolongada de trabajo de parto sin contar con atención médica oportuna, la presión de la cabeza del bebe sobre el hueso pélvico obstruye los tejidos blandos creando un orificio entre la vagina y la vejiga o la vagina y el recto, al ocurrir esto se corta la circulación sanguínea en los tejidos que posteriormente presentaran necrosis. Lo que ocurre es que en la madre se altera la pared de la vagina y se desencadena filtración de orina y/o materia fecal hacia la vagina, en cuanto al niño puede nacer muerto por el largo parto.

De acuerdo al informe Cuando el parto es nocivo: La fistula obstétrica, Texto actualizado con información técnica en Diciembre de 2012, de UNFPA<sup>18</sup> los factores contribuyentes a la morbilidad materna son: Falta de equidad en acceso a servicios de salud, marginalidad (mujeres

---

<sup>18</sup> UNFPA, Cuando el parto es nocivo: La fistula obstétrica, Texto actualizado con información técnica en Diciembre de 2012.

jóvenes, pobres, analfabetas, vivir en zonas remotas), malnutrición, prácticas tradicionales nocivas, falta de personal cualificado, limitado acceso a operaciones cesáreas, desigualdad entre hombres y mujeres, y situación económica deficiente. Según datos mundiales, diariamente 800 mujeres pierden la vida por complicaciones en el embarazo o el parto, en el mundo en desarrollo se encuentran entre 2 a 3,5 millones de mujeres con fistula obstétrica y cada año se suman entre 50.000 y 100.000 nuevos casos.

Las estrategias para reducir la tasa de morbilidad relacionada corresponde al acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad que incluyan, planificación familiar, atención prenatal, atención al parto por personal calificado, intervenciones quirúrgicas de calidad, atención obstétrica y una estrategia de educación social económica que amplíe oportunidades de vida y sean postergados matrimonio y parto.

### **Implicaciones Biológicas y Físicas**

El embarazo adolescente trae consigo consecuencia biológicas relacionadas con enfermedades durante el embarazo, complicaciones del parto y enfermedades en el recién nacido.

Las enfermedades que se pueden presentar en cuerpos que se inician tempranamente en la maternidad son:

- **Anemia por deficiencia de hierro:** Es una afección en la cual el cuerpo no tiene suficientes glóbulos rojos sanos. Los glóbulos rojos le suministran el oxígeno a los tejidos corporales. Las mujeres embarazadas necesitan más hierro de lo normal debido a que durante el embarazo producen más cantidad de sangre. Los síntomas de una deficiencia de hierro incluyen sensación de cansancio o desmayos, falta de aire y palidez. Dado que estos síntomas son comunes en todas las mujeres embarazadas, los médicos verifican los niveles de hierro durante todo el embarazo.<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> Embarazo: Generalidades - National Institutes of Health  
<http://www.nichd.nih.gov/espanol/salud/temas/pregnancy/informacion/Pages/complicaciones.aspx>

- Pre eclampsia: La pre eclampsia es una enfermedad grave que puede provocar un parto prematuro. Se desconoce su causa, pero algunas mujeres tienen mayor riesgo, como el primer embarazo.<sup>20</sup>
- Eclampsia: Debido a la presión arterial alta de la madre, en la pre eclampsia se reduce el suministro de sangre al feto en crecimiento, por lo que podría recibir menos oxígeno y nutrientes. La eclampsia ocurre cuando una mujer embarazada con pre eclampsia tiene convulsiones o entra en coma.<sup>21</sup>
- Pielonefritis: Las infecciones del tracto urinario UTI, pueden ser provocadas por bacterias en la vejiga o la uretra, en caso de no ser tratada puede pasar del uréter a los riñones y causar pielonefritis o infección renal.
- Colelitiasis: La habilidad de moverse de manera espontánea de la vesícula, se ve disminuida en el embarazo, por ello su vaciamiento se hace lento, en el embarazo se aumenta la secreción hepática del colesterol y esto favorece la aparición de cálculos biliares.
- Hidronefrosis: La hidronefrosis (inflamación del riñón) es una afección que ocurre como resultado de una enfermedad, no es una enfermedad en sí. Los trastornos que a menudo están asociados con la hidronefrosis unilateral son, entre otros: Uropatía obstructiva unilateral aguda, Bloqueo de un uréter debido a cicatrización, tumor, cálculos urinarios o deformidades congénitas (presentes desde el nacimiento), Uropatía obstructiva unilateral crónica, Reflujo vesicoureteral (reflujo de la orina de la vejiga al riñón), Nefrolitiasis (cálculos renales), Hidronefrosis que ocurre sin una causa conocida durante el embarazo.<sup>22</sup>
- Varicela: Enfermedad infecciosa y contagiosa por contacto directo o aire, en el caso de las mujeres embarazadas, si contrae la enfermedad durante los cuatro primeros meses, existe la posibilidad de que él bebe nazca con síndrome de varicela congénita, lo que implica atrofia en las extremidades, cicatrices en la piel y en algunos casos alteraciones en el sistema nervioso central o en los ojos.

---

<sup>20</sup> Embarazo: Generalidades - National Institutes of Health  
<http://www.nichd.nih.gov/espanol/salud/temas/pregnancy/informacion/Pages/complicaciones.aspx>

<sup>21</sup> Preeclampsia y eclampsia: Generalidades- National Institutes of Health  
<http://www.nichd.nih.gov/espanol/salud/temas/preeclampsia/Pages/default.aspx>

<sup>22</sup> Nefropatía por reflujo: MedlinePlus enciclopedia médica  
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000459.htm>

- **Síndrome febril:** La fiebre es un incremento en la temperatura corporal normal (37 °C) secundario a la liberación de pirógenos procedentes de agentes infecciosos como son las bacterias y virus fundamentalmente y que también se puede dar durante el embarazo, proceso que no reviste mayor gravedad pero que no se debe descuidar, puesto que no sólo puede afectar a la madre sino también al feto.<sup>23</sup>
- **Septicemia neonatal:** Infección causada por bacterias como la *Escherichia coli* (*E. coli*), *Listeria* y ciertas cepas de estreptococo, puede ocurrir en bebés de menos de 90 días de nacido.
- **IVU:** La infección urinaria se incrementa en mujeres adolescentes al iniciar una vida sexualmente activa; una mujer embarazada presenta mayor riesgo de infecciones urinarias como uretra corta, cambios fisicoquímicos de la orina, y compresión de los uréteres
- **Mielomeningocele:** Es un defecto del tubo neural en el cual los huesos de la columna no se forman totalmente, provocando un conducto raquídeo incompleto. Esto lleva a que la médula espinal y las meninges (los tejidos que cubren la médula espinal) protruyan (sobresalgan) de la espalda del niño.<sup>24</sup>
- **Paludismo *Falciparum*:** La malaria gestacional (MG) es la enfermedad palúdica que sufre una mujer durante la gestación, demostrada por la presencia de síntomas y signos de índole palúdica y, simultáneamente, gota gruesa positiva para *Plasmodium*. La malaria congénita (MC) es la enfermedad que afecta al producto de la gestación, demostrada por la presencia de *Plasmodium* en el cordón umbilical, en el momento del parto o en sangre periférica en los 30 días siguientes al parto, junto con la presencia de síntomas o signos.<sup>25</sup>

---

<sup>23</sup> La fiebre durante el embarazo - Puleva Salud

[http://www.pulevasalud.com/ps/contenido.jsp?ID=59964&TIPO\\_CONTENIDO=Articulo&ID\\_CATEGORIA=383&ABRIR\\_SECCION=5](http://www.pulevasalud.com/ps/contenido.jsp?ID=59964&TIPO_CONTENIDO=Articulo&ID_CATEGORIA=383&ABRIR_SECCION=5)

<sup>24</sup> Mielomeningocele : MedlinePlus enciclopedia médica

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001558.htm>

<sup>25</sup> Antioquia, Colombia - SciELO Colombia

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74342009000100005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74342009000100005&script=sci_arttext)



## Aborto en condiciones de Riesgo

Desde la información suministrada por UNFPA en Estado de la Población Mundial 2013, Maternidad en la Niñez<sup>26</sup> un aborto inseguro o en condiciones de riesgo es definido por la Organización mundial de la Salud como *un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado realizado por personas que crecen de la capacidad necesaria o realizado en un entorno donde se carece de un estándar medico mínimo o ambos.*

Según cifras expuestas por la OMS<sup>27</sup> con datos arrojados en 2014, cada año se realizan en el mundo aproximadamente 22 millones de abortos, casi todos en países en desarrollo, el 13% de las defunciones maternas se deben a abortos peligrosos y dos tercios de estas se presentan en África, anualmente 5 millones de mujeres ingresan a hospitales por complicaciones en la práctica de un aborto peligroso representando un costo anual de \$680 millones y 3 millones no reciben atención médica.

Las razones por las cuales mujeres, incluyendo las adolescentes recurren al aborto peligroso son legislación restrictiva, pocos servicios disponibles, altos costos, argumentos éticos para incumplir las disposiciones oficiales por parte de personal sanitario y requisitos innecesarios como pruebas y autorizaciones para retrasar la atención.

Algunas de las complicaciones que se pueden presentar en los casos de abortos peligrosos incluyen abortos incompletos, hemorragias, infecciones, perforación uterina, daños en el tracto genital y órganos internos por el uso de objetos peligrosos.

---

<sup>26</sup> UNFPA, Estado de la Población Mundial 2013, Maternidad en la Niñez

<sup>27</sup> OMS | Prevención del aborto peligroso  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs388/es/>

## **Infecciones de Transmisión Sexual o ITS**

Desde la OMS <sup>28</sup> las ITS son causadas por más de 30 bacterias, virus y parásitos diferentes, se propagan por contacto sexual vaginal, oral y anal, o no sexual por medios sanguíneos y trasplante de tejido. Enfermedades como clamidiasis, gonorrea, Hepatitis B, VIH, VPH, HSV2 y Sífilis se pueden transmitir de madre a hijo durante el embarazo y el parto. De los 30 agentes patógenos 8 se han vinculado con infecciones, cuatro curables (Sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis), las otras cuatro no curables, pero que se pueden atenuar con tratamiento son Hepatitis B, herpes, VIH y VPH.

El embarazo no trae consigo protección de ITS a la madre o a sus bebés, por ello se requieren pruebas de detección de ITS como parte de los controles médicos que se requieren durante el embarazo, pues una ITS pueden causar complicaciones graves y/o mortales en el embarazo y efectos en la mujer y el bebé en gestación, las pruebas deben ser realizadas también a la pareja sexual para detección y tratamiento.

- Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH
  - El VIH es causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA y destruye células encargadas de combatir enfermedades. De madre a hijo se puede transmitir durante el embarazo, en el parto o al amamantarlo
  - Recomendaciones a gestantes: Tomar la prueba de detección en la primera visita prenatal y repetir en tercer trimestre se es de alto riesgo
  
- Sífilis
  - ITS que al ser transmitida a un bebé en la gestación se vincula con nacimiento prematuro, muerte fetal o al poco tiempo del nacimiento, si no se realiza tratamiento el bebé puede presentar problemas en múltiples órganos (cerebro, ojos, oídos, corazón, huesos, piel, dientes)

---

<sup>28</sup> OMS | Infecciones de transmisión sexual  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>

- Recomendaciones a gestantes: Tomar la prueba de detección en la primera visita prenatal y repetir en tercer trimestre se es de alto riesgo.
- Hepatitis B
  - Infección del hígado, el riesgo más alto se presenta si la madre se infecta cerca al parto, un bebe infectado se puede convertir en portador crónico y tener riesgo de enfermedades crónicas del hígado o cáncer en el hígado en el transcurso de su vida, uno de cada cuatro bebes con infección crónica de VHB morirá por enfermedad crónica del hígado.
  - Recomendaciones a gestantes: Prueba de detección en primera visita prenatal y repetir la prueba si se tiene alto riesgo, como más de una pareja sexual en los 6 meses anteriores, tratamiento de una ETS, uso de drogas inyectables, pareja con anticuerpos al antígeno de superficie del VHB (AgHBs), se requiere tratamiento a bebes con riesgo apenas nace.
- Hepatitis C
  - Infección del hígado por virus VHC, transmitida durante el embarazo el 10% de las veces, aumentan las posibilidades si la mujer se encuentra infectada por VIH. Los nacidos de mujeres infectadas presentan riesgo de menor tamaño al de su edad gestacional, ser prematuros, o bajo peso, estos bebes no presentan síntomas y responden mejor al tratamiento que los adultos.
  - Recomendaciones a gestantes: No se recomiendan pruebas regularmente, pero si se presenta riesgo como uso de drogas inyectables
- Clamidia
  - La mayoría no presentan síntomas, pero una mujer embarazada puede presentar flujo anormal, sangrado después de relaciones sexuales, picazón o ardor al orinar, si no se trata se puede presentar parto prematuro, ruptura de membranas que rodean al bebe y bajo peso; si se infecta él bebe durante el parto puede presentar infección en ojos y pulmones

- Recomendaciones a gestantes: Tomar la prueba de detección en la primera visita prenatal y repetir en tercer trimestre se es de alto riesgo.
- **Gonorrea**
  - ITS que al no ser tratada durante el embarazo se vincula a aborto espontaneo, nacimiento prematuro, ruptura de membranas que rodean el útero, infecciones del líquido que rodea al feto y bajo peso al nacer, si se transmite durante el parto puede causar infección en los ojos.
  - Recomendaciones a gestante: Prueba de detección en la primera visita prenatal, repetir pruebas en tercer trimestre si se presentan factores de riesgo. Si se detecta, se requiere tratamiento con antibióticos y seguimiento.
- **Vaginosis**
  - Desequilibrio de bacteria buenas y malas que causa flujo vaginal con mal olor, se vincula a ruptura de las membranas que rodean al bebe, parto prematuro, infección del líquido amniótico.
  - Recomendaciones a gestante: Pruebas de detección en mujeres con riesgo de parto prematuro.
- **Tricomoniasis**
  - Causada por el parasito *Trichomonas vaginalis*, algunos síntomas son picazón, mal olor, flujo y sangrado después de las relaciones sexuales, puede relacionarse con ruptura de las membranas que rodean al feto, nacimiento prematuro y bajo peso.
  - Recomendaciones a gestante: Si presenta flujo vaginal anormal se requiere prueba de *Trichomonas vaginalis* y tratamiento adecuado
- **Herpes Simple VHS**
  - Existen VHS-1 y VHS-2, la mayoría de infecciones en recién nacidos son causadas por VHS-2, en la mayoría de los casos se transmite al momento del parto por lo que se recomienda cesárea en mujeres con lesiones de herpes genital activas o dolor vulvar y picazón.

- Virus de Papiloma Humano VPH
  - Se presenta en aparato genital inferior con verrugas genitales que pueden aumentar de tamaño en el embarazo, si se presentan verrugas durante el embarazo el tratamiento se puede realizar después del parto, si son de gran tamaño se recomienda cesárea pues la infección de la madre se vincula con la aparición de papilomatosis laríngea en el recién nacido.

### **Mortinatalidad y muerte del recién nacido**

Según la información registrada en el informe Maternidad en la niñez – Enfrentar el embarazo adolescente, Estado de la población mundial 2013 de UNFPA<sup>29</sup> los riesgos de mortalidad y muerte del recién nacido son un 50% más altos en hijos de madres adolescentes que entre hijos de madres entre 20 y 29 años según información de la OMS en el año 2012, cerca de un millón de niños de madres adolescentes no llega al primer cumpleaños y los que sobreviven se encuentran en riesgo de tener bajo peso al nacer, ser prematuros y riesgo de transmisión de VIH por no acceso al tratamiento.

### **Mortalidad materna**

Desde el informe Maternidad en la niñez – Enfrentar el embarazo adolescente, Estado de la población mundial 2013 de UNFPA<sup>30</sup> se muestra que para el 2013 las adolescentes menores de 15 años, en países de ingresos bajos y medios tienen doble riesgo de muerte materna y fistula obstétrica, principalmente en Asia y África, de igual modo se evidencia que ellas corren mayor riesgo de coacción sexual, infecciones de transmisión sexual, consecuencias de embarazos no deseados y traumas psicológicos; así como alta probabilidad de enfermedades como eclampsia, anemia, hemorragia posparto y endometritis puerperal.

---

<sup>29</sup> UNFPA, Maternidad en la niñez – Enfrentar el embarazo adolescente, Estado de la población mundial 2013

<sup>30</sup> UNFPA, Maternidad en la niñez – Enfrentar el embarazo adolescente, Estado de la población mundial 2013

Según información de la OMS las adolescentes de 14 o menos años que quedan embarazadas presentan mayor riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer del bebe, mortalidad perinatal y complicaciones en la salud del recién nacido y esto se puede agravar si se presenta malnutrición en la gestante; todos estos riesgos posibilitan la mortalidad de las madres, generando no solo un porcentaje, sino dejando en abandono o en manos de otras personas la educación de sus bebes.

### **Efecto Psicosocial**

Desde observaciones a nivel mundial adolescentes son forzadas al matrimonio, pasando de la autoridad del padre y/o la familia, a la autoridad del marido reforzando desigualdad de género y dependencia, aunque aquí en Colombia un proceso errado y arraigado de cultura machista lleva a que los hombres y/o adolescentes, cuestionen el hecho de que una adolescente quede embarazada, discutiendo la posibilidad de ser responsables de la paternidad, y generando en la mayoría de casos una madre respondiendo sola por un embarazo inesperado vemos que en cualquiera de las dos situaciones estas adolescentes sufren efectos psicosociales.

En esta transición de adolescente sin la posibilidad de conocer o tener experiencias propias de su edad, a un matrimonio o una maternidad y una vida sexual que puede iniciar de manera forzada, estas madres adolescentes pueden sufrir estrés, depresión, alteraciones en la autoestima y/o posibles trastornos de ánimo, porque no se encuentra preparada para asumir la situación de ser madre, porque a nivel social y cultural se puede presentar una estigmatización por el embarazo en su edad y por tener que pensar en si dará continuidad al embarazo o pensara en el aborto como una opción así sea ilegal y represente riesgos.

### **Efecto en la educación**

La educación es la principal encargada de promover igualdad de género y a nivel individual fortalecer la autoestima, esto por ser la que prepara a las niñas para el trabajo, para su subsistencia y para posicionarse a nivel familiar y social, de igual modo reduce las posibilidades

de trabajo infantil, matrimonio infantil y retrasa la maternidad aumentando el nivel de partos saludables.

Los costos que se deben pagar son una educación formal interrumpida por presiones familiares, o de la comunidad, a pesar de que las instituciones posibiliten la permanencia y/o continuidad, muchas de las adolescentes embarazadas no completan su educación secundaria, ante esta situación algunas políticas son insuficientes pues no toman en cuenta posibilidades como el requerir apoyo financiero, guardería, y apoyo psicológico para lidiar con las señalizaciones familiares y de la comunidad.

### **Efecto Económico**

Desde la investigación desarrollada por el Banco Mundial, Embarazo adolescente y oportunidades en América Latina y el Caribe – Sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos de 2012<sup>31</sup>, se muestra que el embarazo adolescente afecta varias dimensiones que responden a las oportunidades económicas de la madre y son educación, ingresos, participación en mercado laboral, y perspectivas en el mercado matrimonial, de igual modo se verán a largo plazo en el niño, la pareja adolescente y los padres y hermanos de los adolescentes efectos como, un shock a nivel de ingresos, reducción en el consumo si la madre y el niño permanecen en el hogar.

Los efectos mínimos de la maternidad adolescente son abandono de los estudios y menor probabilidad de continuar con la escuela secundaria, mayor riesgo de mortalidad materna, muerte del feto, mortalidad infantil y suicidio, así como mayores probabilidades de un hogar monoparental, divorcio, y menores oportunidades en el mercado matrimonial, costos psicológicos o riesgo de complicaciones en abortos inseguros, efectos que representan costos y riesgos para la madre y el niño.

---

<sup>31</sup> Banco Mundial, Embarazo adolescente y oportunidades en América Latina y el Caribe – Sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos, 2012

### 2.2.3. Factores Determinantes del Embarazo Adolescente

Desde el informe Maternidad en la niñez – Enfrentar el embarazo adolescente, Estado de la población mundial 2013 de UNFPA,<sup>32</sup> en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo - CIPD ejecutada en 1996, ciento setenta y nueve gobiernos acordaron “promover los derechos de las adolescentes a la educación, información y atención de salud reproductiva, y a reducir considerablemente el número de embarazos en adolescentes” (CIPD Programa de acción, párrafo 7,46), después de esta conferencia se han desarrollado acciones para reducir los embarazos centradas en las niñas como problema y orientadas a cambiar su conducta, pero esto no reduce el número de embarazos porque no toma en cuenta el rol de los hombres y los niños en la permanencia o prevención, ni considera factores económicos, sociales, legales, estructuras, sistemas, costumbres y violaciones de derechos, todos estos causas subyacentes de esta problemática en el mundo. A partir de ello se propone un enfoque ecológico que incluya los factores que influyen en el embarazo y la interacción existente entre los mismos, para que los gobiernos lo tomen como base para el diseño de políticas o proyectos que apunten a la reducción de embarazos adolescentes y a la ruptura de barreras para la ampliación de medios de acción.

Es por ello que se realiza la identificación de factores que requieren atención y acciones para una sexualidad coherente y consiente, estos factores son a nivel:

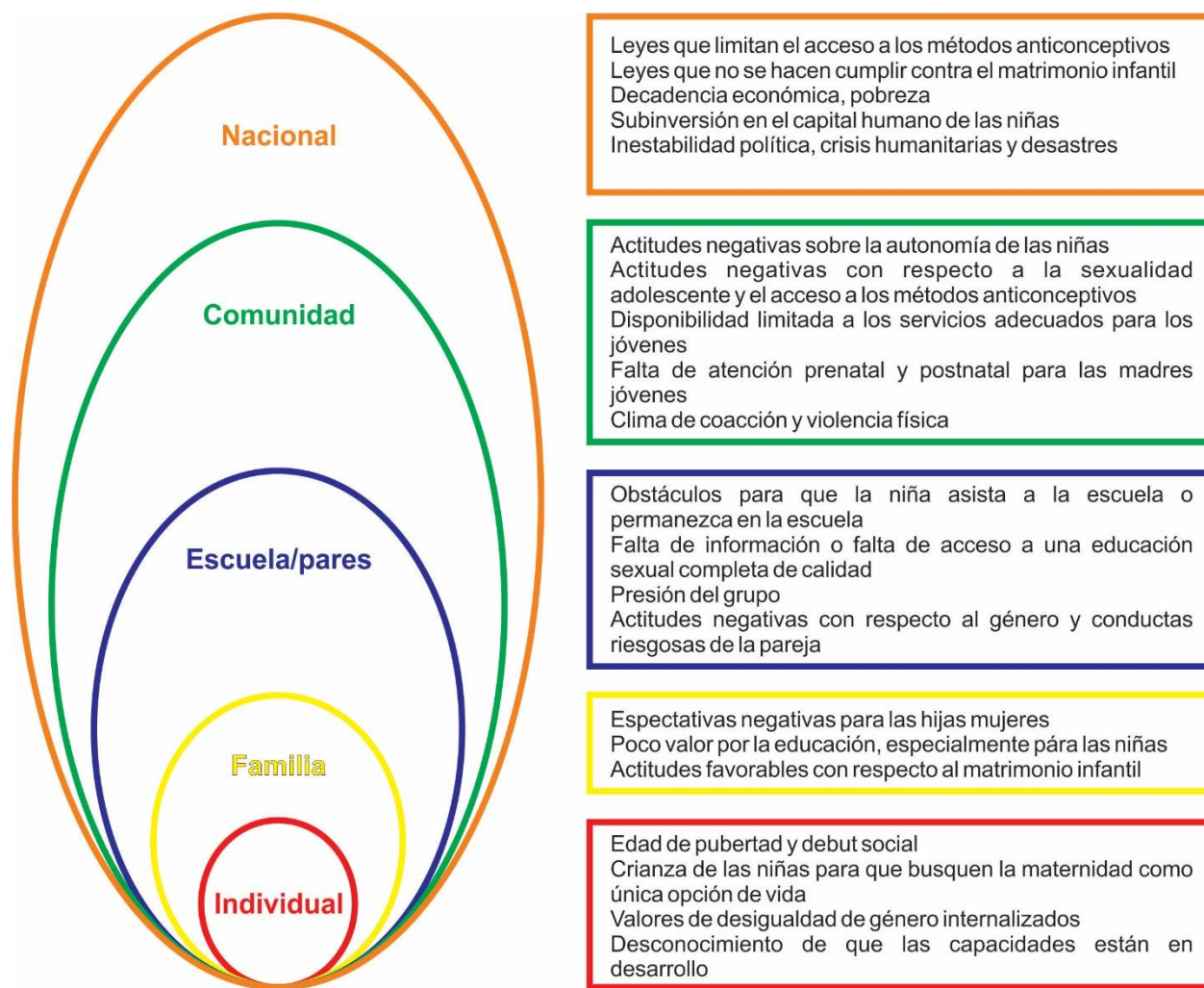
- Individual
- Familiar
- Escuela y pares
- Comunidad
- Nacional

---

<sup>32</sup> UNFPA, Maternidad en la niñez – Enfrentar el embarazo adolescente, Estado de la población mundial 2013



**GRAFICA 4 FACTORES DETERMINANTES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES; UN MODELO ECOLÓGICO**



**Modelo Ecológico, Estado de la Población Mundial 2013, Maternidad en la Niñez<sup>33</sup>**

<sup>33</sup> UNFPA, Estado de la Población Mundial 2013, Maternidad en la Niñez

#### **2.2.4. Problemáticas Relacionadas con el Embarazo Adolescente**

Bien es sabido que una problemática no se puede individualizar o mostrarse como independiente respecto a situaciones o acciones sociales que ocurren al mismo grupo social (Familia, comunidad, grupo por edad, etnia, raza). Para el investigador las problemáticas que se deben resaltar respecto al embarazo adolescente son las siguientes:

##### **Educación Sexual:**

Al hablar de sexualidad es necesario tener claridad en que este es un tema que inicia no en la etapa de adolescencia, sino desde la infancia. Desde la neurobiología la sexualidad infantil se determina por neurotransmisores y hormonas que inducen comportamientos eróticos, del mismo modo estímulos socioculturales determinan cambios neuroquímicos cerebrales; desde las teorías psicoanalíticas de Freud de las etapas psicosexuales del desarrollo, se determina que el niño nace con una energía sexual e indaga sobre experiencias sexuales, y durante su desarrollo biológico se adapta al mundo que lo rodea y es capaz de controlar su impulso sexual, y desde el enfoque sociológico las creencias y costumbres del grupo social en el que crece el niño marcan y sesgan su desarrollo sexual. Teniendo en cuenta las anteriores posturas se puede decir que las manifestaciones sexuales en la infancia resultan de una suma de temperamento, desarrollo físico, desarrollo mental, ambiente familiar y factores sociales.

El recién nacido tiene en su cuerpo un medio de relación con el mundo, el ser acariciado le brinda sensaciones placenteras, la boca es su modo de conocer su entorno, la lactancia muestra el paso de una dependencia absoluta en el útero a una unión interrumpida, los bebés exploran su cuerpo y al momento de tocar sus genitales son rechazados por los adultos, a pesar de que esta zona formara siempre parte de su cuerpo y es agradable. En los años siguientes el niño puede presentar erecciones y las niñas enrojecimiento de sus genitales en momentos de felicidad como jugando en el agua, con cosquillas, lanzándose de un tobogán o tocando sus genitales, la autoexploración se debe permitir, pero en el sitio y momento oportunos y aconsejando manos limpias (ojos, nariz, oídos, boca y genitales) y sin el uso de objetos que puedan lastimar.

Los juegos entre niños y niñas de la misma edad son voluntarios, espontáneos y representan aprendizaje y gozo, pero cuando intervienen adolescentes o adultos con otras intencionalidades representa abuso sexual, es allí donde empieza la educación sexual y el enseñar a los infantes que estas partes son íntimas y no pueden ser exploradas por otras personas, que no debe permitir manipulaciones y debe ser capaz de negarse a lo que otros piden, así como se requiere la generación de factores protectores desde la red familiar y la generación de respuestas asertivas ante sus preguntas y sin trasladar la responsabilidad de contestarla a otras personas.

Desde la pubertad los temas de sexualidad, relaciones sexuales y relaciones afectivas se convierten en temas importantes; con una recepción de mensajes que sobrecarga sus curiosidades, desde los medios de comunicación, la música y las amistades, los jóvenes se adentran cada vez de manera más rápida en los noviazgos y las expresiones sexuales. Buscan maneras de satisfacer sus necesidades eróticas y a la vez encuentran contradicciones sociales y familiares, así como obstáculos para llevarlas a cabo.

La adolescencia trae consigo cambios de tipo, físico, psicológico y social y este es un momento estratégico para que al adolescente se le eduque y trate como la proyección de una familia y un estado y no como una edad problema en la que no se sabe que ni cómo hacer. Los cambios físicos van llevando a la madurez sexual y se consolida su identidad masculina o femenina:

- En las adolescentes está el desarrollo de sus senos, la llegada de la primera menstruación o menarquia y los cambios en forma y talla del cuerpo. Se inician transformaciones anatómicas en los genitales, el clítoris se hace más prominente, la vulva y la vagina más amplia y elástica e inicia su secreción ácida, cambios que las harán aptas para la actividad sexual y la reproducción. Aparece el vello púbico y el vello de las axilas, e inicia acumulación de grasa en las caderas
- En los adolescentes inicia el aumento de tamaño del pene, los testículos también aumentan su tamaño y por el aumento de producción de testosterona se impulsa la producción de espermatozoides, aparece el vello púbico, el vello en las axilas y dependiendo de aspectos hereditarios aparecerá más o menos abundante en otras regiones del cuerpo. Las hormonas del testículo influyen en el desarrollo muscular y esquelético, en el cambio de voz y en la expulsión del semen por el pene que indica el desarrollo del proceso, por lo que tienen eyaculaciones involuntarias mientras duermen, estas pueden estar acompañadas por sueños de

contenido sexual, también pueden ocurrir por excitaciones imprevistas, contactos corporales o fantasías sexuales.

La sexualidad en esta edad se acompaña de fantasías sexuales, pensamientos que les permiten anticipar las experiencias que quisieran vivir, pueden imaginarse protagonistas de una película lo cual no es malo ni limitante, pues pueden ser aliadas de la sexualidad en todas las etapas de la vida; las imágenes que aparecen mientras duermen mezclan necesidades, deseos, miedos y vivencias y son totalmente involuntarios.

La masturbación o autoestímulo de los genitales para conseguir gratificación sexual y obtener el orgasmo, es frecuente en la adolescencia y se constituye como parte del desarrollo psicosexual, fuente de aprendizaje de su sexualidad y una opción placentera para disminuir tensiones.

Para los varones la madre marca un estilo de mujer al cual admirar y acercarse o del cual alejarse, y para las mujeres el padre refiere al hombre que buscaran o evitaran; las condiciones buenas, malas, regulares o ausentes que han caracterizado la relación de padre y madre marcan sus referentes de elección para sus relaciones en pareja y sus amores. Inicia la búsqueda de vincularse con otros, buscar pertenecer a un grupo y ser aceptado inicialmente por personas del mismo sexo y luego busca modos de ser atractivo ante el otro sexo y es este el momento de fomentar valores de respeto y honestidad en las relaciones,

Todos estos cambios forman parte de un desarrollo de la sexualidad que requiere ser atendido y acompañado desde una educación sexual que debe iniciar en las familias y ser asistido por estrategias complementarias como las generadas desde los sectores de educación y salud. Pero la realidad de lo que ocurre en Colombia muestra que las familias no cumplen adecuadamente con esta función.

La complejidad de las deficiencias sociales y familiares a nivel de educación sexual, se encuentran reflejados en el trabajo investigativo y periodístico mostrado en Especiales Pirry<sup>34</sup>, donde se manifiesta la poca, incorrecta o incompleta educación sexual desde las familias y la mala interpretación de algunos conceptos en adolescentes por la no correcta guía en el tema.

---

<sup>34</sup> Programa: “Especiales Pirry: 100 Jóvenes hablan de sexo”. Emitido el 19 de junio de 2011 Canal RCN  
Ver video: <https://www.youtube.com/watch?v=OHycM5nSV2c>

## Desigualdad de Genero

La desigualdad de género es un tema que se encuentra atado a la estratificación de los géneros, esta hace referencia a que hombres y mujeres ocupan posiciones desiguales en la jerarquía social, hablando de remuneraciones se observa que las mujeres tienen una estabilidad social más baja, menos poder, riqueza, ingresos, prestigio y libertad personal. La participación política no es equitativa en cuanto a asignación de curules, puestos ministeriales o embajadas es limitada y/o dominada por hombres; las mujeres reciben remuneraciones diferentes a las de los hombres, se asignan diferentes tareas y esferas de actividades, lo que se conoce como roles de género en donde el sexo masculino posee roles como gobernantes, industriales, jefes de iglesias, área de leyes y ciencia y las mujeres son centro del hogar, encargadas del cuidado de los niños y los enfermos, aquí se habla también de estereotipos de género a partir de los cuales se supone que las mujeres tienen menos atributos, se cree que son dependientes, pasivas, modestas y emotivas, mientras los hombres se catalogan como autoritarios, dominantes, agresivos, con autoconfianza, y habilidad de control, lo cual no se ajusta a la realidad pues desde la infancia se evidencia el adecuado desempeño en el colegio y en las pruebas de inteligencia, lo que muestra igualdad en capacidades mentales, las mujeres son capaces de entrenarse en profesiones de status más alto pero aun así figuran menos en los empleos prestigiosos.

La identificación de estos procesos de desigualdad, se encuentra reflejada en Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que son una estrategia integral para movilizar acciones frente a los problemas de discriminación, desigualdad y pobreza. Haciendo referencia a género, se incluye el Objetivo 3: Promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer y son integradas las perspectivas de género en otros objetivos desde algunas metas e indicadores.<sup>35</sup>

Teniendo en cuenta que en el año 2015 se cumple la temporalidad de los ODM, en la Conferencia Rio+20, se reafirma el compromiso con la Declaración y plataforma de acción de Beijing y se mostró la necesidad de generar unos Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que incluyan igualdad de género, derechos y empoderamiento de las mujeres en sus dimensiones: económica, ambiental y social.

---

<sup>35</sup>PNUD, Informe sobre Desarrollo humano 200 Desarrollo humano informe 1990 - Centro de Desarrollo Humano [http://centrodesarrollohumano.org/pmb/opac\\_css/doc\\_num.php?explnum\\_id=285](http://centrodesarrollohumano.org/pmb/opac_css/doc_num.php?explnum_id=285)

La importancia de la permanencia de igualdad de género en los ODS, son sustentados por ONU Mujeres en el Marco de Desarrollo Post 2015,<sup>36</sup> luego de realizar 11 consultas temáticas globales se identifica la importancia de la consideración de igualdad y género en:

1. **Conflicto, violencia y desastres:** En las épocas de conflicto y fragilidad, es necesario erradicar la violencia contra las mujeres y niñas; asegurando acceso a servicios sociales y recursos; y garantizar la inclusión de las mujeres en las negociaciones de paz y los procesos de toma de decisiones en el post-conflicto.
2. **Educación:** La educación sensible a género se debe enfocar en la calidad de educación de las niñas y el mejoramiento de la seguridad en y alrededor de las escuelas, para de este modo abordar la igualdad de resultados del aprendizaje y oportunidades equitativas, incluyendo la movilización de intervenciones más enérgicas para ayudar a las niñas a completar la educación primaria, secundaria y terciaria.
3. **Agua:** Las mujeres son esenciales en la obtención de agua alimentos y combustibles requeridos para familia y comunidades, pero problemáticas como pérdida de bosques, degradación de la tierra y disminución en calidad y cantidad de agua deben ser atendidas con una iniciativa de sostenibilidad ambiental con perspectiva de género que garantice agua segura, saneamiento, seguridad alimentaria, agricultura y energía.
4. **Gobernabilidad:** Se debe contemplar especialmente en los casos donde las mujeres no cuentan con las mismas oportunidades de participación que los hombres, donde la conducción de la economía y los sistemas de protección social asumen y reproducen posiciones marginadas para las mujeres en los mercados y las firmas, o donde la corrupción resulta en menos recursos para financiar los servicios públicos de los que ellas dependen.
5. **Crecimiento y empleo:** Las mujeres sufren discriminación al buscar acceder a los mercados laborales; se encuentran sobrerrepresentadas en empleos vulnerables; y reciben sueldos más bajos que los de los hombres por trabajo de igual valor. El crecimiento económico sostenible requerirá de iniciativas sensibles a género para eliminar barreras a la entrada de las mujeres en el mercado laboral, como lo son la provisión adecuada de

---

<sup>36</sup> ONU Mujeres, Un objetivo transformador e independiente para lograr la igualdad de género, los derechos y el empoderamiento de las mujeres: imperativos y componentes claves en el contexto del marco de desarrollo post-2015 y los objetivos de desarrollo sostenible, 2013. Pag. 12

servicios sociales e infraestructura; la distribución más equitativa de las tareas domésticas; y la garantía de la realización de sus derechos.

6. **Salud:** Se debe garantizar para mujeres y niñas el acceso a servicios de salud, y los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, derechos reproductivos e Infecciones de transmisión sexual, que son básicos para salud y bienestar individual, familiar y comunitario. De igual modo de requieren servicios de salud integrales y de calidad.

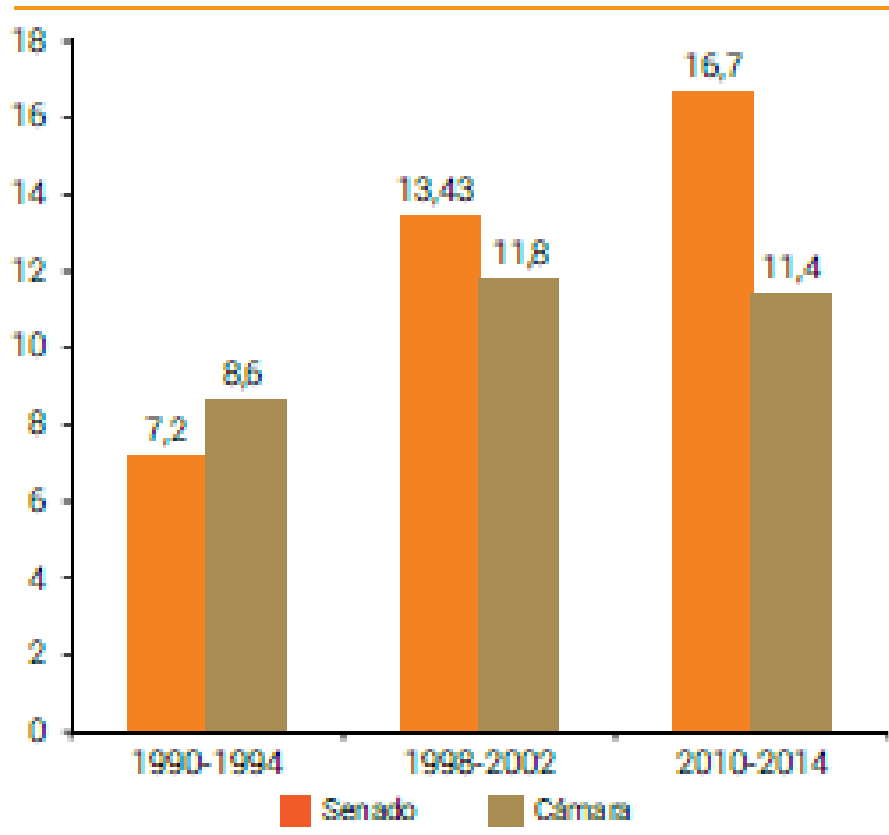
Desde el Informe de Objetivos del Milenio, Colombia 2014<sup>37</sup>, los resultados obtenidos frente al Objetivo 3: Promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer, muestra los siguientes resultados:

1. **Participación Política:** En Colombia la participación política es mayoritariamente masculina en el congreso; esto es más notorio en lo referente a nivel territorial en gobernaciones, alcaldías, asambleas y consejos. En los últimos 20 años el porcentaje de candidatos a elección de gobernaciones ha pasado de un 6% a un 11%, y de un 7% a 16% en elecciones para el congreso.

---

<sup>37</sup> PNUD, Objetivos del Milenio, Colombia 2014

**GRAFICA 5 PORCENTAJE DE MUJERES CONGRESISTAS ELECTAS POR PERIODO ELECTORAL 1990-2014**

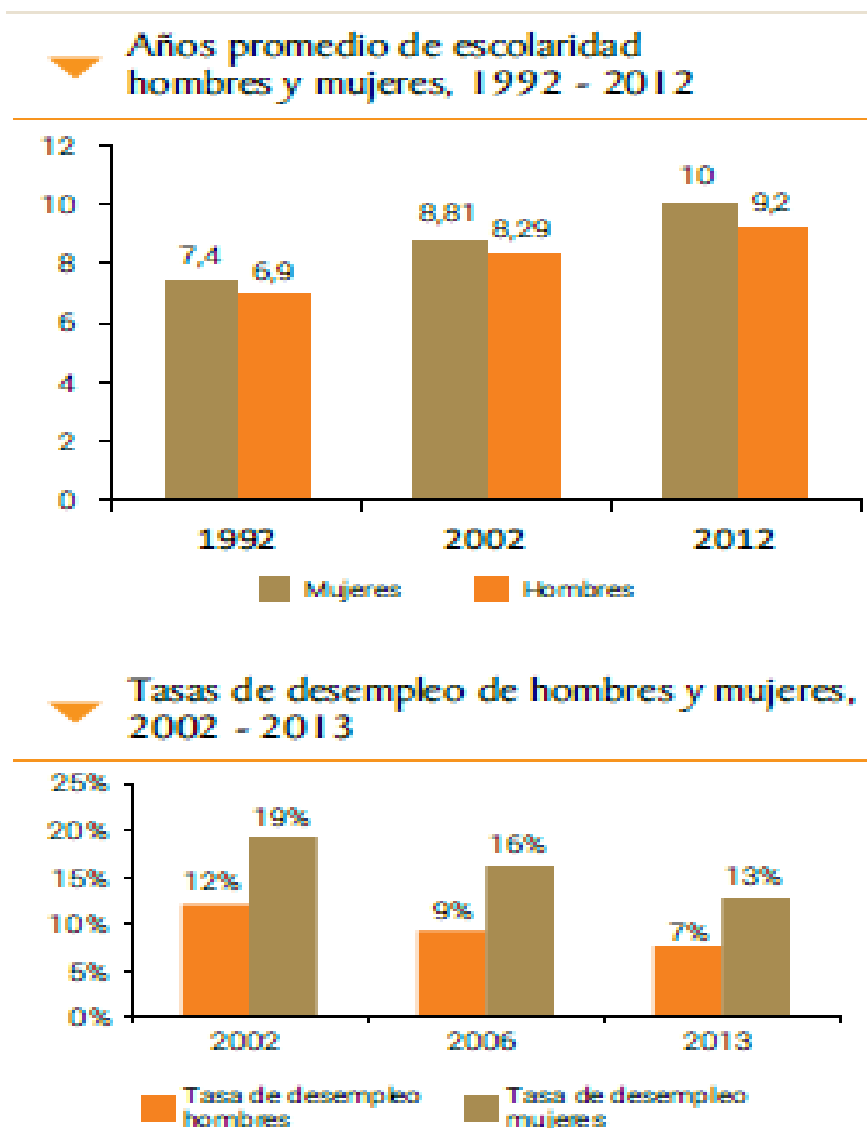


Fuente: PNUD, Objetivos del Milenio, Colombia 2014

- Escolaridad y desempleo:** El rango de escolaridad ha aumentado en promedio un grado cada 10 años. Para 2012 las mujeres tienen un promedio de escolaridad que corresponde a 10 años, mientras los hombres a 9 años; a pesar de ser las mujeres quienes tienen mayor rango de escolaridad, en el ámbito laboral la tasa de desempleo más alta de manera permanente en los años de estudio, es de las mujeres, en 2013 corresponde a un 13%.



**GRAFICA 6 AÑOS PROMEDIO DE ESCOLARIDAD Y TASAS DE DESEMPLEO 1992 - 2013**



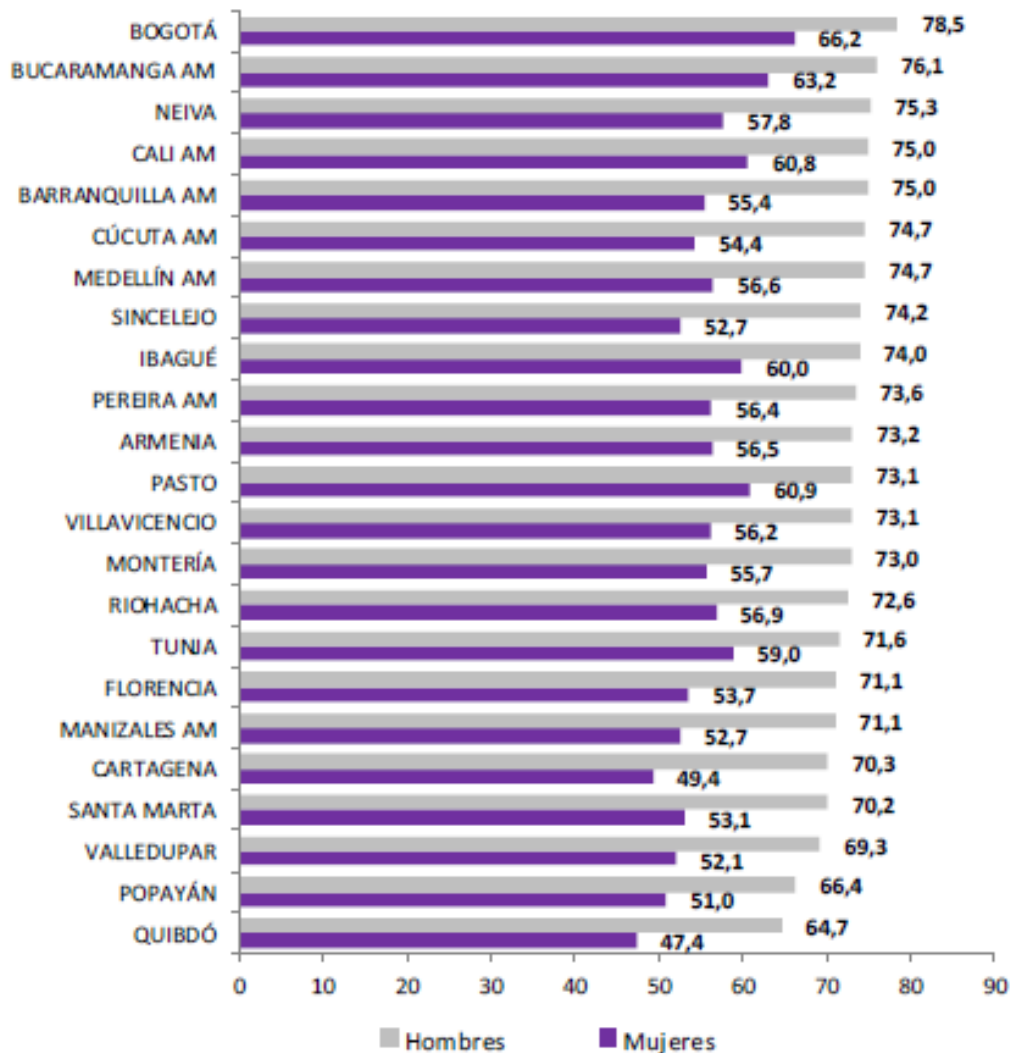
Fuente: PNUD, Objetivos del Milenio, Colombia 2014

Hablando de diferencia de género desde el distrito y teniendo en cuenta los datos arrojados por el estudio Mercado Laboral por sexo<sup>38</sup> del DANE, desarrollado en el primer trimestre de 2015 se observa que la tasa global de participación, equivalente a la relación porcentual entre la población económicamente activa y la población en edad de trabajar muestra que en Bogotá 78,5% de los hombres se encuentran activos laboralmente y de las mujeres el 66,2%, es alto el porcentaje de

<sup>38</sup> DANE, Mercado laboral por sexo Trimestre Enero – Marzo 2015

mujeres que no se encuentran vinculadas y en capacidad de hacerlo 43.8% un porcentaje cercano a la mitad de la población.

**GRAFICA 7 TASA GLOBAL DE PARTICIPACIÓN POR SEXO 23 CIUDADES Y ÁREAS METROPOLITANAS**



Fuente: Mercado laboral por sexo trimestre Enero - Marzo de 2015

## Pobreza

El termino pobreza en muchas ocasiones adquiere significado desde calificativos personales dados frente a una imagen de un grupo familiar en condiciones inadecuadas que ha sido la imagen social adaptada frente al termino, dichos calificativos son: carencia, limitación, humildad, desdicha.

Desde una publicación de la CEPAL, Enfoques para la medición de la pobreza,<sup>39</sup> se cita a Paul Spicker (1999) quien propone once modos de interpretarla: necesidad, estándar de vida, insuficiencia de recursos, carencia de seguridad básica, falta de titularidades, privación múltiple, exclusión, desigualdad, clase, dependencia y padecimiento inaceptable. Varios de estos términos han sido usados en algunos de los sistemas de medición de pobreza propuestos.

Desde la investigación Pobreza, una propuesta de análisis sistémico 2004,<sup>40</sup> se muestra una clasificación conceptual, estratégica y metodológica, propuesta desde un estudio de la Fundación Social y la Confederación Colombiana de ONG, donde se clasifican los estudios sobre pobreza en tres categorías: Pobreza como carencia o NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas), Pobreza como falta de desarrollo de capacidades, Pobreza como exclusión de derechos

- **Pobreza como carencia o como Necesidades Básicas Insatisfechas:** Se incluyen posturas que conceptualizan la pobreza como una carencia, ausencia de posibilidades o falta de satisfacción de una o varias necesidades básicas para lograr un nivel de vida digno. Son la compensación y/o satisfacción de dichas necesidades el modo de superar la pobreza. Los elementos tomados en estas propuestas son: insuficiencia de ingresos, incapacidad para satisfacer las necesidades básicas, conjunción de las dos anteriores y papel de los componentes económicos y sociales en el desarrollo.

#### **b) Pobreza como insuficiencia de Ingresos**

- Falta de ingresos suficientes para adquirir bienes y servicios esenciales para vivir
- Cuando el nivel de ingresos de una persona es inferior a una línea de pobreza definida se considera pobre
- Instrumento de medición: LP - Línea de pobreza y LI - Línea de indigencia que se calcula desde el ingreso requerido para satisfacer nutrición, vivienda, salud vestuario y otras necesidades básicas

---

<sup>39</sup> Feres, J. Mancero, X. Enfoques para la medición de la pobreza. Breve revisión de la literatura. CEPAL. 2001

<sup>40</sup> Alvarado, A. Vivas, A. Pobreza, una propuesta de análisis sistémico.

**c) Pobreza como Necesidades Básicas Insatisfechas NBI**

- Se entiende pobreza como fenómeno multidimensional y déficit de satisfacción de necesidades básicas incluye las diferentes a la alimentación y se presenta en un individuo o familia.
- Se basa en juicios de valor sobre niveles mínimos de bienestar para una vida digna y sobre grados de privación intolerables
- Calculo: construcción de indicadores para medir niveles de vida alcanzados en termino de logro o déficit de NB.

**d) Pobreza como insuficiencia de ingresos y NBI**

- Integra las posturas anteriores
- Se denomina MIP - Medición Integral de la Pobreza
- Resultan 4 categorías con relación a la pobreza: pobres por LP, pobres por NBI, pobres por ambos métodos y no pobres por LP ni por NBI, corresponden 4 tipologías: Pobreza crónica, pobreza reciente, pobreza inercial y No pobreza

**e) Pobreza como deficientes condiciones de vida**

- Desarrollada por la Misión Social del Departamento de Planeación Nacional de Colombia
- A partir de bienestar y necesidades básicas se fundamenta en: 1. Existencia de un conjunto de necesidades humanas que no varían en el tiempo, aunque cambien sus satisfacciones, 2. Subconjunto de necesidades cuya no satisfacción en un largo tiempo puede llevar a la muerte
- Instrumento: ICV - Índice de Condiciones de Vida, parte de un conjunto de cualidades y bienes que representan satisfacción y es expresado en un índice resultado de valoración de 12 variables en 3 conceptos: dotación de capital humano, acceso a bienes físicos, estructura y tamaño de la familia.

#### **f) Pobreza y política económico social**

- Para el BID - Banco Interamericano de desarrollo no existe una cara social y otra económica, sino una sola cara, e desarrollo de la sociedad y el hombre con dignidad y capacidad de progreso.
- Para la medición de niveles de desarrollo en América Latina el BID usa agregados macroeconómicos, indicadores de cuentas externas, del sector público no financiero, del sector monetario y otros. Para medición de desarrollo social y pobreza utiliza LP, LI, NBI, GINI e indicadores de gasto social
- El Banco Mundial dice que el concepto de pobreza se define en tres puntos. 1. Falta de habilidad para un nivel mínimo de consumo, 2. Deficiencia en consumo o acceso a satisfacción de NB, 3. Deficiencia en capital social o falta de habilidad de los pobres para participar en la sociedad sin negación de derechos humanos básicos
- Mide capital social en proyectos para mejora de educación, salud y redes de protección social, así como género, raza, religión, clase social lengua, tradiciones, marco legal, gobernabilidad y optimización de gestión social y financiera

#### **g) Pobreza y globalización**

- En la era de la globalización, la integración y la interdependencia se establece de manera teórica que deben caer las barreras entre países para permitir libre flujo de bienes, capitales, tecnología, información y personas; el libre mercado aumenta las tasas de crecimiento de las economías y así mejora el bienestar de las poblaciones.
- Fondo Monetario Internacional tiene esta perspectiva y ve el ajuste estructural como el modo para que los países menos avanzados alcancen una fase superior de crecimiento social y progreso
- Para el progreso social y la reducción de la pobreza se requieren medidas macroeconómicas sólidas. El costo social del ajuste y el efecto negativo de las políticas económicas se deben contrarrestar con Fondos de Emergencia y Solidaridad Social con función transitoria pues como consecuencia de las reformas económicas se produciría "efecto derrame" o restablecimiento de equilibrio macroeconómico y crecimiento económico generalizado.

- **Pobreza como falta de desarrollo de las capacidades:** Se incluyen las postulaciones que parten de que el ser humano tiene un potencial y unas posibilidades para lograr un nivel de vida digno a nivel individual y social, se analizan relaciones entre pobreza y limitaciones para lograr el desarrollo de dichas capacidades

**a) Pobreza como negación de la democracia**

- UNICEF visualiza la pobreza como una experiencia humana frustrada, una deteriorada calidad de vida.
- Se amplía el concepto de necesidades básicas como la suma de necesidades biológicas y su satisfacción, más las necesidades psicológicas, sociales y éticas consecuencia de las relaciones humanas establecidas y las demandas del ambiente socio cultural en el que se desenvuelven.
- Surgen necesidades como autoestima, relación significativa con otros, experiencia de crecimiento de la propia competencia o participación en la definición del significado de vida personal y de los otros.
- Democracia es vista como una realidad social que busca dar respuesta a las necesidades inherentes de la condición humana, así un gobierno prueba su naturaleza democrática en la medida en que haga de la lucha contra la pobreza su principal objetivo político y social.
- Criterio de medición: Generación y disponibilidad de recursos para satisfacción de necesidades, se mide el ingreso real de las familias e se evalúan las diferencias en el nivel de vida de grupos sociales entre regiones. Clasifica las necesidades en 1. Físico-biológicas (alimentación, vivienda y servicios, mobiliario y equipo), 2. Socio-Económicas (Condiciones de trabajo, seguridad social, educación, cultura, desarrollo personal y social y recreación), 3. Socio- políticas (Participación, confianza en instituciones públicas, administración de justicia); cada variable con una batería de indicadores.

## **b) Pobreza como no correspondencia entre necesidades y satisfactores**

- Desde el texto Desarrollo a escala humana: Una opción para el futuro, Manfred Max-Neef, Antonio Elizalde y Martín Hopenhayn, aportan elementos para el desarrollo del bienestar y la pobreza, partiendo de la distinción entre necesidades y satisfactores. Las necesidades son pocas, universales y permanentes, mientras que los satisfactores cambian de acuerdo con épocas y cultura.
- Proponen una clasificación de necesidades en: 1. Categorías axiológicas (Necesidades de subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad), 2. Categorías existenciales (Ser, tener, hacer, estar). El cruce de estas categorías generan una matriz de análisis y se diligencia según cultura, tiempo, lugar, limitaciones o aspiraciones.
- Los autores hacen referencia a pobrezas y no solo pobreza, pues cualquier necesidad no satisfecha se revela pobreza humana.

## **c) Pobreza como falta de bienestar y autonomía**

- La Organización Mundial de la Salud - OMS refiere que las necesidades son históricas y del mismo modo construido socialmente, así como universales y objetivas.
- Identifica como componentes básicos del bienestar la salud y la autonomía personal, conceptualizando la salud como un estado de bienestar físico, mental y social y la autonomía personal como capacidad de formular objetivos y estrategias adecuadas y consistentes con los intereses propios.
- Adopta el modelo establecido en la Teoría de las necesidades básicas de Doyal y Gough donde se contemplan tres grupos de indicadores: 1. De satisfacción de necesidades básicas universales (Salud física, mental, privación cognitiva, posibilidades de actividad económica), 2. De satisfacción de necesidades intermedias (Agua, alimentos, vivienda, servicios básicos, trabajo, entorno físico, sanidad, atención a infancia, grupos de apoyo, seguridad económica y física, educación, natalidad y crianza), 3. Indicadores de condiciones previas para satisfacer necesidades (Derechos políticos y civiles, participación política, prioridad a producción de bienes y servicios, sostenibilidad económica y derechos de futuras generaciones).

#### **d) Pobreza como negación de oportunidades de desarrollo**

- El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD definió desarrollo como “el proceso en el cual se expanden las capacidades del ser humano” esto incluye oportunidades en educación, atención médica, ingreso y empleabilidad, entorno físico en buenas condiciones y libertades económicas y políticas.
- A partir de estos conceptos, la pobreza es la negación de oportunidades y opciones fundamentales para el desarrollo humano y la ausencia de algunas capacidades para alcanzar la realización personal.
- Medición: Índice de Desarrollo Humano IDH, combina tres indicadores, 1. Longevidad (Buena salud básica medida por esperanza de vida al nacer), 2. Conocimientos (Educación ofrece criterio y probabilidades para lograr un plan de vida, se mide por analfabetismo en adultos), 3. Nivel de vida digna (Provisión económica, se mide desde acceso a salud, agua potable, menores de cinco años en desnutrición e ingreso).

#### **e) Pobreza como no expansión de capacidades**

- Amartya Sen define desarrollo como una dinámica que apunta a composición, distribución, uso y propósito de los recursos con los que cuenta una sociedad y la pobreza es producto de un desarrollo inadecuado.
- La pobreza es la privación de capacidades elementales causadas principalmente por la falta de recursos.
- Capacidades se refieren a oportunidades para decidir tipo de vida individual y social y las habilidades para lograr condiciones de vida.
- Funcionamiento hace alusión a los aspectos de vida deseables que se pueden o no alcanzar
- Titularidades son bienes sobre los cuales las personas tienen dominio y la pobreza priva la elección del ser y el hacer.
- Medición: Índice compuesto de pobreza que combina incidencia de pobreza con intensidad y desigualdad que existe entre los pobres.



- **Pobreza como exclusión de Derechos:** Incluye propuestas que visualizan pobreza como procesos múltiples de exclusión de las disposiciones de desarrollo. El acceso a un nivel de vida digno depende de la expansión de capacidades y el respeto de los derechos humanos

#### **a) Pobreza como exclusión social**

- La Unión Europea incluye en el concepto de pobreza procesos de exclusión y lo que resulta de ellos
- Reconoce en pobreza su carácter estructural, los mecanismos que la generan y el carácter multidimensional de los procesos causales de la exclusión en participación, intercambios y derechos sociales.
- Las situaciones de exclusión parten de tres fenómenos: 1. Marginación prolongada de las personas expulsadas del mundo del trabajo, 2. Reproducción de modos tradicionales de pobreza en regiones desfavorecidas, 3. Precariedad de quienes dependen de las agitaciones del mercado del trabajo y están amenazados por efectos de variaciones tecnológicas, económicas y sociales.
- Se catalogan como pobres los hogares con un ingreso medio disponible por adulto inferior a una fracción determinada del ingreso medio disponible por adulto en los hogares del mismo país.

#### **b) Pobreza como no descalificación de derechos**

- Entidades de América Latina y el Caribe hablan de exclusión como un concepto más adecuado que pobreza y la definen como <sup>41</sup> “un fenómeno que se origina en la interacción de la pluralidad de procesos más elementales de “Puesta en dificultad” de las personas respecto a sus posibilidades de plena participación, según sus capacidades, en las dinámicas de desarrollo. Dichos procesos se consideran no solo como negación de otros elementos, sino también como factores activos y se definen como procesos de descalificación”

---

<sup>41</sup> Alvarado, A. Vivas, A. Pobreza, una propuesta de análisis sistémico. Cita definición de PNUD, FLASCO, UNOPS, PRODERE. Análisis de la exclusión social a nivel departamental Alvarado, A. Vivas, A. Pobreza, una propuesta de análisis sistémico: Los casos de Costa Rica, El Salvador y Guatemala. 1995

- Mecanismos o áreas de exclusión: 1. Información para posibilitar elección, 2. Procesos de decisión para solucionar problemas, 3. Acceso a servicios para mejorar condiciones de vida propias, 4. Segregación basada en normas, prohibición y control
- Medición: Se calcula desde una batería de indicadores que toma dos aspectos: exclusión directa y exclusión indirecta

**c) Enfoque estructural de la pobreza**

- En el texto Pobreza y desigualdad: aproximaciones teóricas y evaluación de algunos índices, proyecto de COLCIENCIAS, CINEP, y CID de 1999 se visualiza la pobreza desde dos ejes: asimilación de capacidades y derechos e inserción precaria en la sociedad.
- La pobreza es un problema causado por las condiciones económicas, sociales y políticas vigentes, por ello los pobres están dentro de la sociedad como los no pobres.
- El problema corresponde a la falta de equidad y oportunidades
- Define las dotaciones iniciales como el capital de las personas para poner en acción sus capacidades y ejercer sus derechos para lograr un nivel de vida.
- Tipología de la pobreza: 1. Los no pobres (Ejercen sus derechos con la puesta en acción de sus capacidades y gozan de dotaciones iniciales para acceder a bienes y servicios), 2. Pobres coyunturales (Ven amenazados sus derechos al contar con dotaciones iniciales mínimas que inhiben potencial de sus capacidades), 3. Pobres estructurales (Ven privada gran parte de sus derechos por carencia de dotaciones iniciales mínimas que anulan capacidades, esto tiene como base inadecuada asignación de recursos), 4. Pobres en miseria (Condiciones precarias, sin opción de elegir, recursos insuficientes para sus necesidades y no ejercen el derecho de acceso efectivo a los servicios del estado).

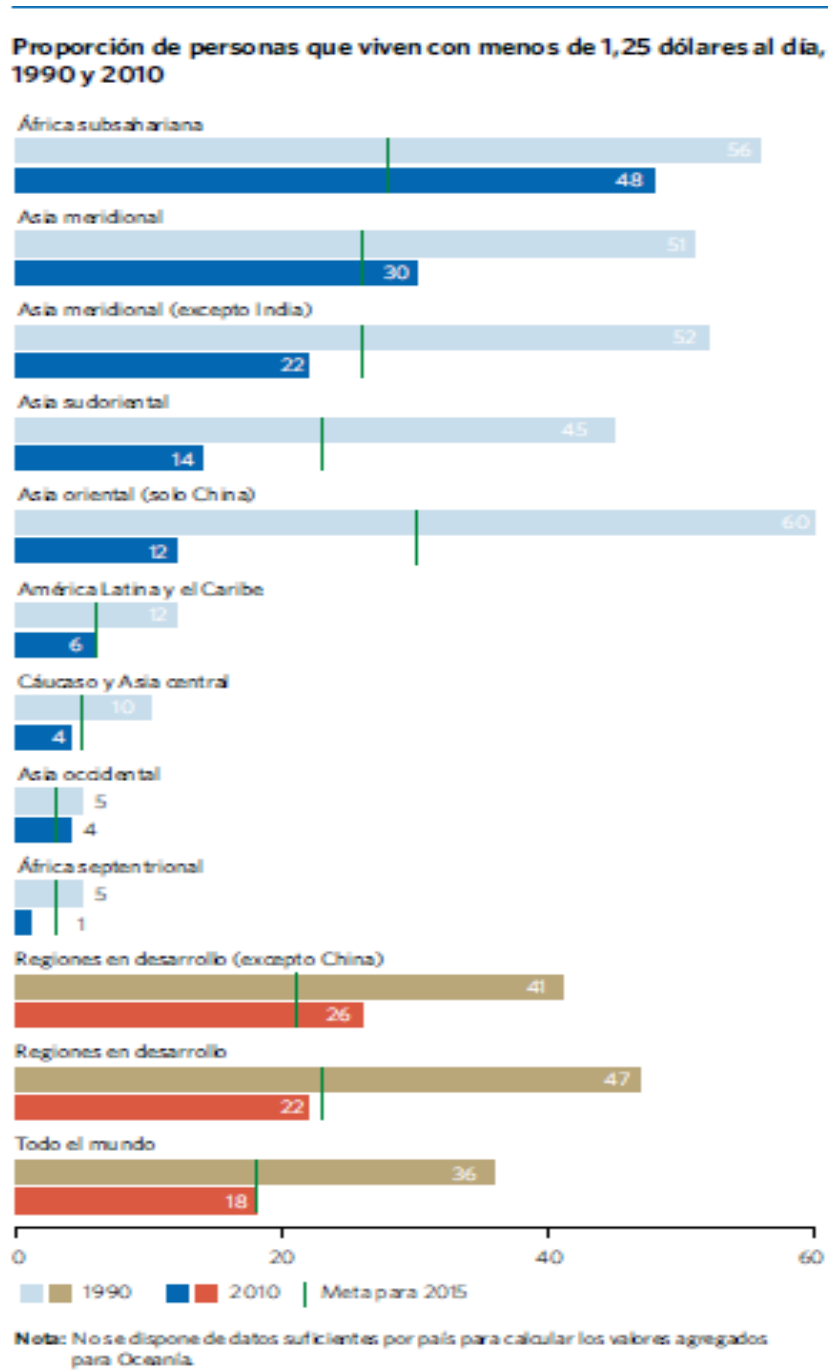
Teniendo en cuenta las posturas anteriores para conceptualizar y medir la pobreza es necesario observar los avances o resultados frente a esta problemática, desde el reporte de Objetivos del Milenio de 2014<sup>42</sup>, el Objetivo 1 corresponde a erradicar la pobreza extrema y el hambre, la meta

---

<sup>42</sup> Objetivos de desarrollo del Milenio, Informe 2014, ONU

1ª de este objetivo es reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar por día.

**GRAFICA 8 PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE VIVEN CON MENOS DE 1,25 DÓLARES AL DÍA 1990 Y 2010**

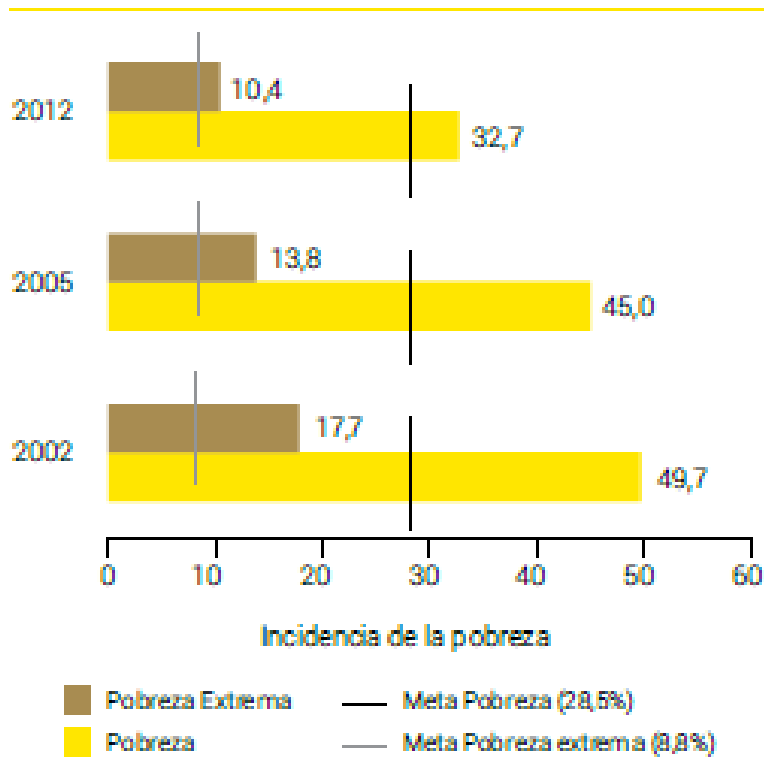


Fuente: ONU, Objetivos de Desarrollo del Milenio, 2014

Según los resultados arrojados, América Latina fue capaz de reducir a la mitad el número de personas con un ingreso menor a un dólar por día, pero es necesario aclarar que en las regiones en desarrollo una de cada cinco personas vive con menos de 1,25 dólares al día y el empleo vulnerable representa el 56% de todo el empleo, mientras que en regiones desarrolladas corresponde al 10%; así mismo cada día de 2013 32.000 personas debieron abandonar sus hogares a causa de un conflicto y en búsqueda de protección.

Puntualizando el cumplimiento del Objetivo 1 del Milenio en Colombia, y teniendo en cuenta los resultados expuestos en el Informe Objetivos de Desarrollo del Milenio Colombia 2014 publicado por PNUD<sup>43</sup>, son arrojados los siguientes resultados:

**GRAFICA 9 PORCENTAJE DE PERSONAS QUE VIVEN EN POBREZA Y POBREZA EXTREMA NACIONAL 2002 - 2012**



Fuente: Elaboración PNUD de información DANE.

Fuente: PNUD, Objetivos del Milenio, Colombia 2014

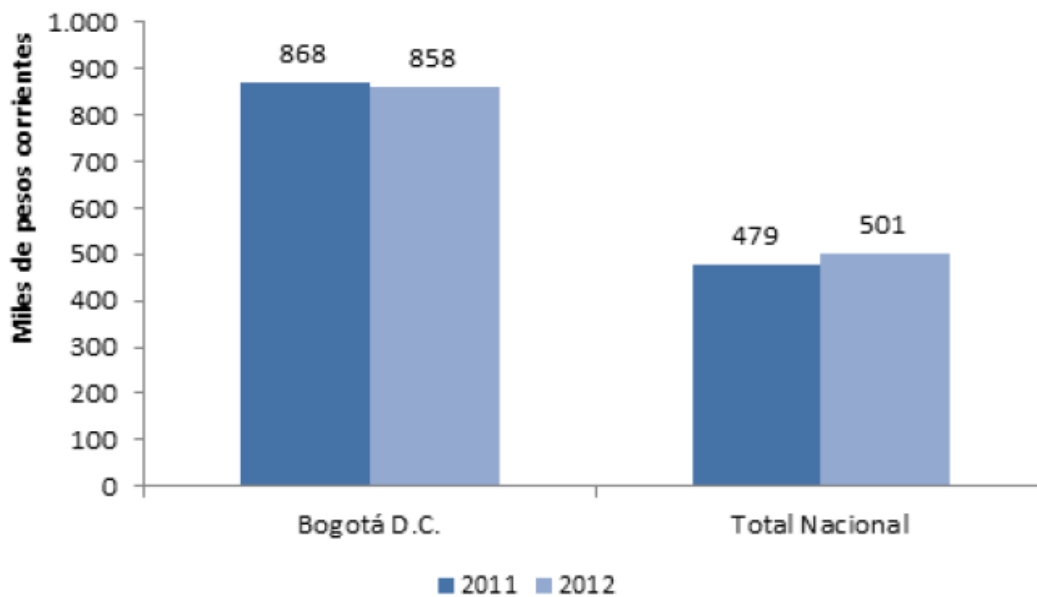
<sup>43</sup> PNUD, Objetivos de Desarrollo del Milenio Colombia 2014, Pag. 11

Hace una década el porcentaje de población en situación de pobreza correspondía al 49,7% y la población en situación de pobreza extrema era de 17,7%, la evaluación muestra que a 2012 este porcentaje se ha visto reducido al 32,7% y 10,4% respectivamente, esto indica que 5´200.000 personas han dejado de ser pobres y 2´470.000 dejaron de ser pobres extremos en los últimos 10 años.

Hablando específicamente de Bogotá D.C y de acuerdo a la información suministrada por el DANE en su informe Pobreza monetaria por departamentos 2012,<sup>44</sup> el porcentaje de personas en pobreza corresponde al 11.6% y de personas en pobreza extrema fue del 2.0% y en términos de desigualdad el Gini arroja un valor del 0,497.

El ingreso per cápita promedio del hogar fue de \$ 875.103 con un incremento del 1.2% respecto al 2011, indicando que una familia compuesta por cuatro personas tiene un ingreso de \$3´428.412.

**GRAFICA 10 INGRESO PER CÁPITA POR UNIDAD DE GASTO**



**Fuente: DANE, cálculos base GEIH**

<sup>44</sup> POBREZA Y DESIGUALDAD EN COLOMBIA – DANE

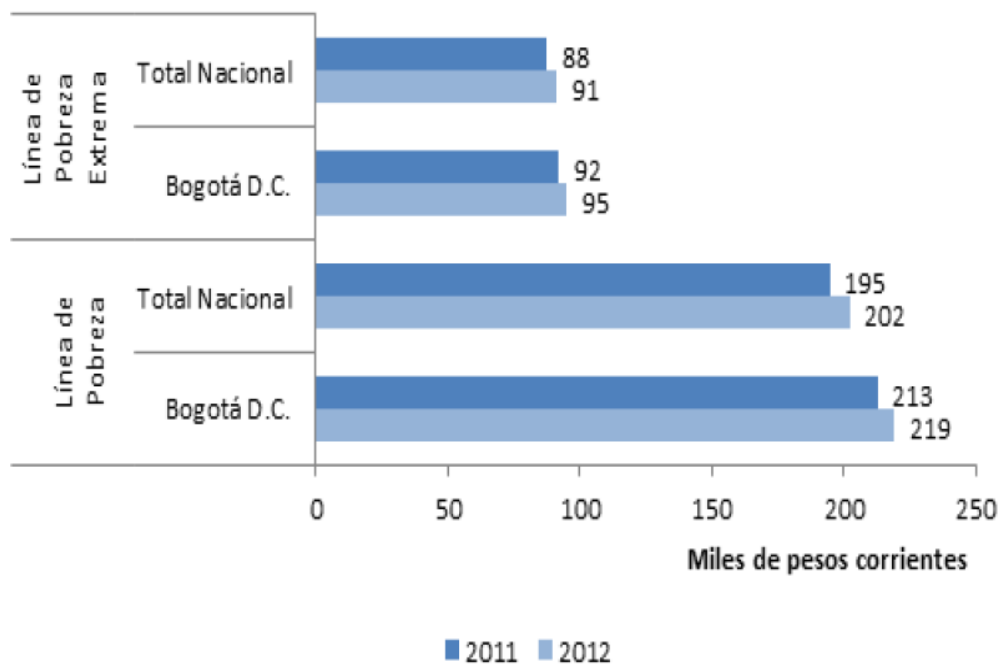
<http://www.dane.gov.co/index.php/esp/component/content/article/87-sociales/calidad-de-vida/4916-pobreza-y-desigualdad>

En 2012, un hogar promedio está compuesto por 3,2 personas, mientras a nivel nacional por 3,5 personas, la proporción de hogares unipersonales fue de 15,1%, superior en 0,7 puntos al año anterior y los hogares con más de 5 personas representaron el 19,0% frente a 25,1% del total Nacional.

Desde el cálculo de línea de pobreza, siendo la línea de pobreza el costo per cápita de una canasta de bienes (alimentarios y no alimentarios) mínima que garantiza niveles de vida aceptable en un área geográfica determinada. En 2012 la línea de pobreza en Bogotá D.C. fue de \$219.101 pesos con un aumento de 3,0% con respecto a 2011, cuando fue \$212.749. Un hogar en Bogotá D.C. compuesto por 4 personas, será clasificado como pobre si su ingreso está por debajo de \$876.404, es decir no alcanza para comprar la canasta de pobreza.

De otro lado, la línea de pobreza extrema es el costo per cápita de una canasta alimentaria mínima que garantiza un adecuado consumo calórico; para Bogotá D.C. el valor de la línea de pobreza extrema en el 2012 fue de \$95.192, es decir, que un hogar de 4 personas será clasificado como pobre extremo si su ingreso está por debajo de \$380.768

**GRAFICA 11 COMPORTAMIENTO DE LAS LÍNEAS DE POBREZA Y POBREZA EXTREMA EN BOGOTÁ 2011 - 2012**



Fuente: DANE, cálculos base GEIH

## **Embarazo en condiciones de violencias**

La Organización Mundial de la Salud define la violencia como<sup>45</sup>: *El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.* Esta definición incluye violencia interpersonal, comportamiento suicida y conflicto armado, de igual modo no se limita a actos físicos e incluye amenaza e intimidación, respecto a las consecuencias incluye muerte, lesiones, daños psíquicos, privación y deficiencias que puedan comprometer el bienestar individual, familiar o de la comunidad.

Desde el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud<sup>46</sup>, desarrollado por la OMS en 2002 se desarrolla una clasificación de violencias a partir de la cual la divide en tres categorías establecidas según el autor o ejecutor del acto violento:

1. Violencia dirigida contra uno mismo (Autoagresión)
2. Violencia interpersonal (Infligida por otro individuo o pequeño grupo de individuos)
3. Violencia colectiva (Infligida por grupos más grandes como estado, grupos políticos organizados, milicias u organizaciones terroristas).

Estas categorías se subdividen en tipos de violencia más específicos:

- Violencia dirigida contra uno mismo incluye comportamientos suicidas, que va desde ideación a planeación, búsqueda de medios para ejecutarlo, intento y consumación del acto.
- Violencia Interpersonal incluye dos subcategorías:

---

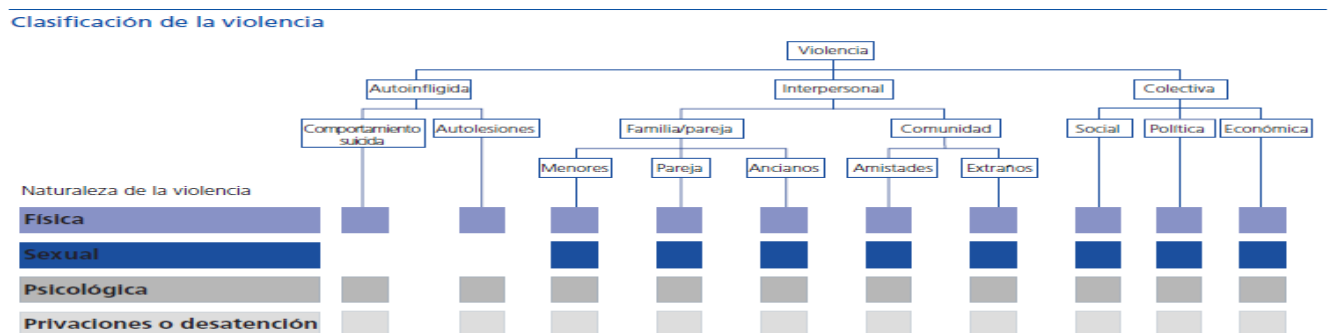
<sup>45</sup> WHO Global Consultation on Violence and Health. Violence: a public health priority. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1996

<sup>46</sup> OMS, Informe Mundial sobre la Violencia y la salud, 2002

- Violencia Intrafamiliar o de pareja, ocurre entre miembros de la familia o compañeros sentimentales, generalmente ocurre en el hogar. Las formas de violencia en este caso son maltrato infantil, violencia contra la pareja y maltrato de ancianos.
- Violencia Comunitaria, que ocurre entre individuos que no se encuentran relacionados y que no necesariamente se conocen, ocurre fuera del hogar. Las formas de violencia son, violencia juvenil, acto violento azaroso, violación y agresión sexual por parte de extraños, violencia en escuela, trabajo, prisión y residencia de ancianos
- Violencia Colectiva es el uso instrumental de violencia por parte de personas que se catalogan como miembro de un grupo con el interés de alcanzar objetivos políticos económicos o sociales. Las formas adoptadas son conflicto armado dentro los estados o entre ellos, genocidio represión, violación de derechos humanos, terrorismo y crimen organizado.

Aquí es de igual modo incluida la naturaleza de los actos violentos que se pueden clasificar como físicos, sexuales, psíquicos o venir de privación o abandono, el entorno en el que ocurre, la relación entre víctima y victimario y los motivos en caso de ser violencia colectiva

## GRAFICA 12 CLASIFICACIÓN DE LA VIOLENCIA



Fuente: OMS, Informe Mundial sobre la violencia y la salud 2002

Con el interés de comprender la naturaleza de la violencia, el Informe mundial sobre la violencia y la salud <sup>47</sup> toma como referente un modelo ecológico que ayude a distinguir los factores que influyen en la violencia y el modo como interactúan, es por ello que toma los niveles: Individual,

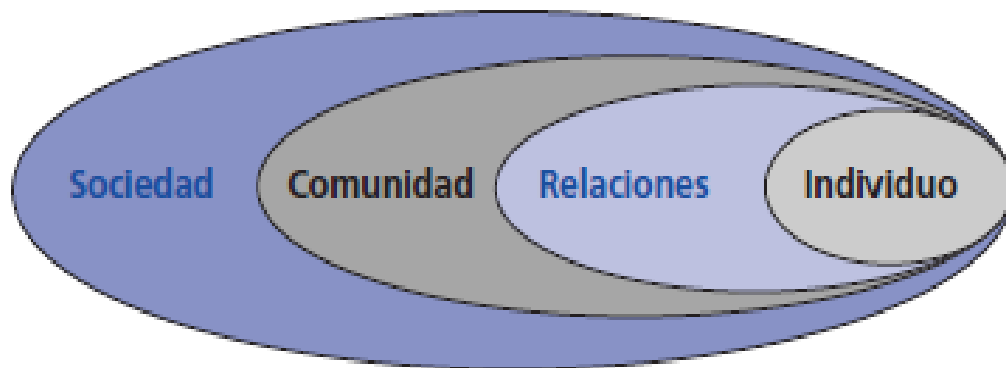
<sup>47</sup> OMS, Informe Mundial sobre la Violencia y la salud, 2002



relaciones comunidad y sociedad y los ubica como niveles relacionales, que refuerzan o modifican los factores de los otros niveles.

### GRAFICA 13 MODELO ECOLÓGICO PARA COMPRENDER LA VIOLENCIA

## Modelo ecológico para comprender la violencia



Fuente: OMS, Informe Mundial sobre la violencia y la salud 2002

A partir de este modelo se pueden analizar los factores influyentes que posibilitan el aumento de riesgo de cometer o ser víctima de actos violentos, cada uno de los niveles incluye factores que serán nombrados a continuación:

- Primer nivel, factores biológicos y de historia personal que influyen en los comportamientos del individuo y viabilizan el que se convierta en víctima o perpetrador; los factores medibles son, características demográficas como edad, educación e ingresos, trastornos psíquicos o de personalidad, toxicomanías, antecedentes agresivos o haber sufrido maltrato.
- Segundo nivel, relaciones cercanas con familia, amigos, pareja y compañeros y su influencia en riesgo o perpetración de actos violentos, como la pertenecía a una pandilla.
- Tercer nivel, contextos comunitarios como escuela, trabajo, vecindario y como las características de estos ámbitos aumentan el riesgo de actos violentos, se incluyen factores como permanencia o traslado de residencia, densidad de la población, desempleo o tráfico de drogas.

- Cuarto nivel, factores de carácter general referentes a estructura de la sociedad y que posibilitan la creación de un clima violento o no, eventualidad de conseguir armas, normas sociales y culturales (Que se prioricen derechos de padres sobre el bienestar de los hijos, catalogar el suicidio como opción personal y no acto prevenible, reafirmar dominación masculina sobre mujeres y niños, apoyo a uso excesivo de fuerza policial contra ciudadanos o apoyo a conflictos políticos), y políticas sanitarias, económicas y sociales que llevan a mantener la desigualdad.

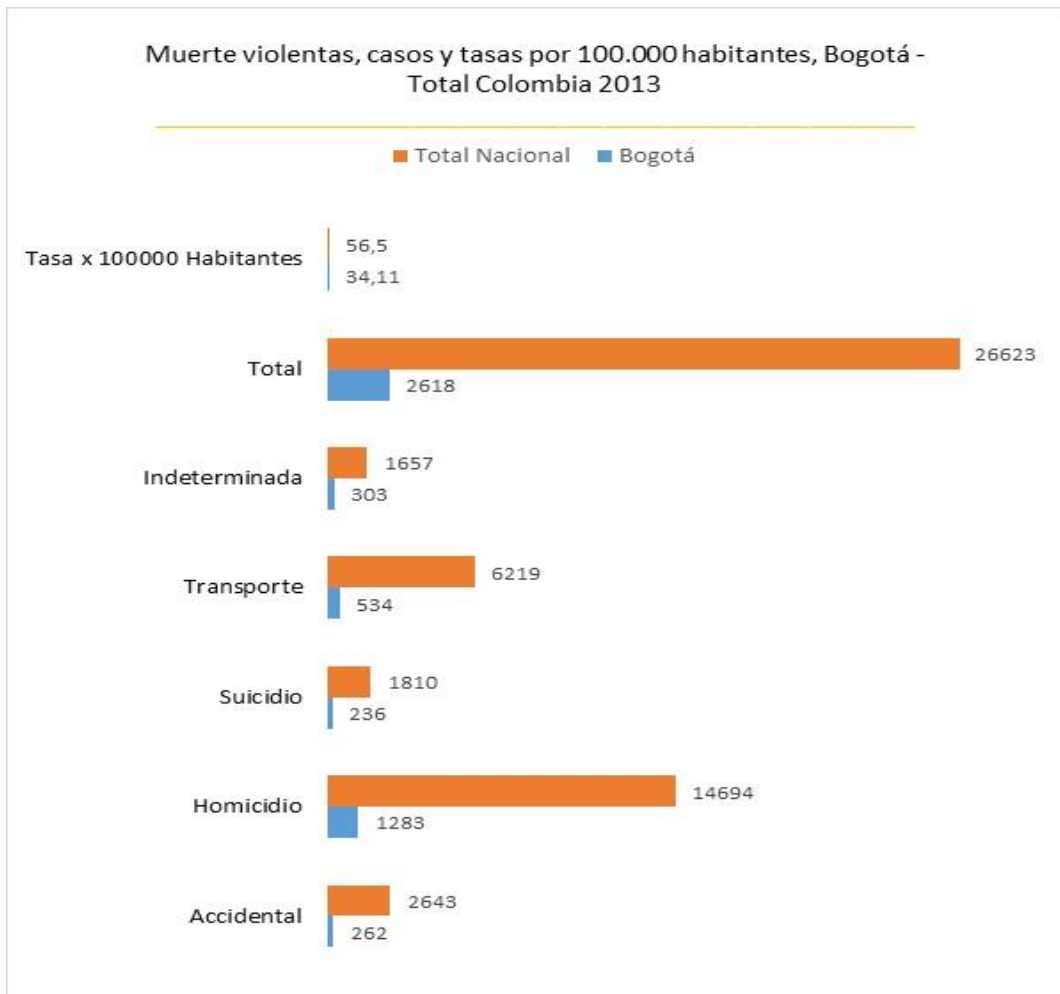
Este modelo muestra igualmente que la prevención de las violencias requiere atención en varios niveles como: 1. Factores de riesgo individuales y generar acciones que lo modifiquen, 2. Influir en relaciones personales cercanas, creación de entornos familiares saludables y apoyo profesional, 3. Control y vigilancia de lugares públicos como escuela, trabajo y barrios y medidas frente a los problemas, 4. Acciones ante desigualdad de género y actitudes culturales adversas, 5. Atención a factores culturales, sociales y económicos como desigualdad y garantizar acceso a servicios y oportunidades

Centrando nuestra atención en Colombia, respecto a la violencia este es un país que se caracteriza por la no denuncia de hechos violentos, según los datos arrojados por Forensis 2013,<sup>48</sup> informe reportado por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, los registros de muertes fatales en Colombia representan para ese año un total de 26.623 muertes fatales con una tasa de 56,5 por cada cien mil habitantes, a nivel departamental las tasas más altas se presentaron en Arauca 104, 86, Valle del Cauca 104,17, Casanare 87,49, Putumayo 83,67 y Meta 75,25, siendo estos los mismos departamentos con mayores tasas en 2012. De acuerdo a las ciudades capitales con las tasas más altas, encontramos a Quibdó con 137,05, Cali 110,10, Puerto Carreño 104,86, Mocoa 101,04 y San José del Guaviare 96,10, siendo estas ciudades las que presentaban las mayores tasas en el año anterior; siendo la ciudad de Bogotá la ciudad de estudio presenta una tasa del 34,11.

---

<sup>48</sup> Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Forensis 2013

**GRAFICA 14 MUERTES VIOLENTAS, CASOS Y TASAS POR 100.000 HABITANTES BOGOTÁ – TOTAL COLOMBIA 2013**



**Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Forensis 2014**

Teniendo en cuenta que nuestra atención está centrada en la población adolescente debemos realizar observancia respecto a las lesiones no fatales, desde Forensis<sup>49</sup> 2014 el Sistema Médico Forense practico 304.497 reconocimientos medicolegales en clínica forense, esto corresponde a un 2,28% menos que el año anterior, 7.017 casos menos. Si observamos el reporte nacional de exámenes medicolegales por presunto delito sexual, encontramos que los rangos más altos en hombres se encuentran ubicados entre los 5 y los 17 años y ocurre lo mismo con las mujeres; y que respecto a violencia intrafamiliar este rango de edad es el segundo más alto luego del ubicado en el rango de edad de 20 a 44 años, la población adolescente a pesar de encontrarse en una etapa

<sup>49</sup> Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Forensis 2013

con capacidad de defensa es vulnerada y con dos acciones violentas que pueden marcar el futuro y las decisiones de estos jóvenes.

**TABLA 1 AÑOS DE VIDA SALUDABLE PERDIDOS, COLOMBIA 2013**

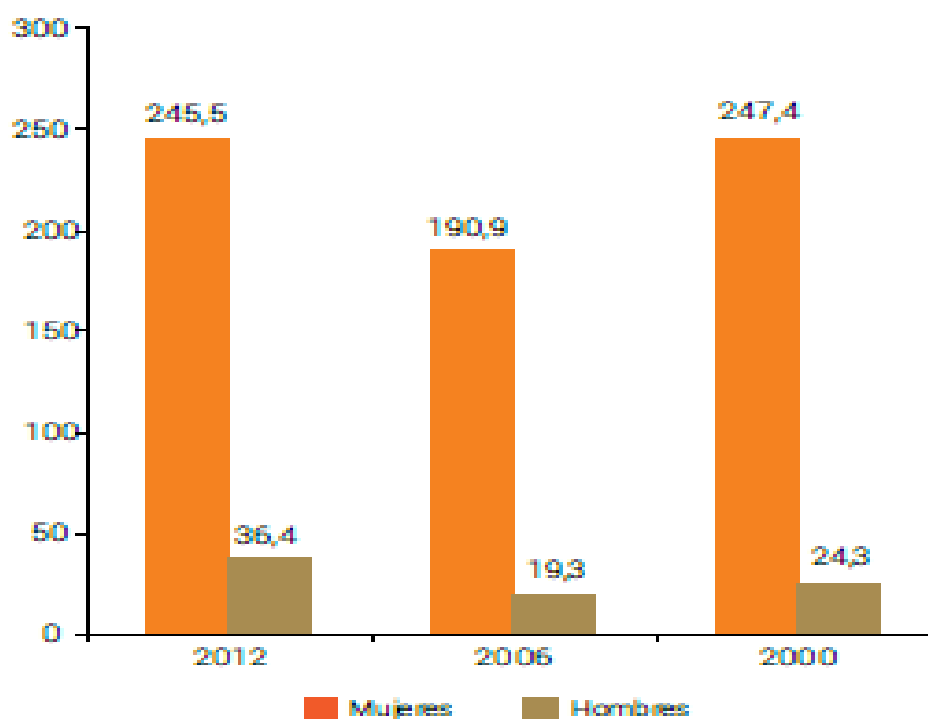
Grupo de edad	Exámenes medicolegales por presunto delito sexual			Violencia intrafamiliar			Violencia interpersonal			Accidentes de transporte			Lesiones accidentales		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
(00 a 04)	215	662	877	264	216	480	123	98	221	144	101	245	75	55	130
(05 a 09)	1.108	3.476	4.585	1.204	912	2.116	643	381	1.024	588	528	1.116	204	158	362
(10 a 14)	1.150	8.763	9.913	1.779	2.385	4.165	3.858	3.722	7.580	1.012	796	1.808	243	203	446
(15 a 17)	330	2.980	3.309	1.295	4.316	5.611	13.464	6.919	20.383	1.367	1.028	2.395	586	224	810
(18 a 19)	87	787	873	628	4.416	5.044	12.955	5.054	18.009	1.819	916	2.735	1.023	414	1.438
(20 a 24)	94	1.192	1.285	2.305	15.125	17.429	32.655	13.394	46.049	6.385	3.077	9.462	2.527	1.152	3.679
(25 a 29)	76	662	737	2.660	14.577	17.237	25.402	11.254	36.656	5.598	2.700	8.298	1.940	1.017	2.957
(30 a 34)	34	432	466	2.381	11.873	14.254	18.708	9.013	27.721	4.294	2.448	6.742	1.450	809	2.260
(35 a 39)	10	238	247	1.723	7.292	9.015	11.614	6.544	18.158	3.099	1.900	4.999	860	620	1.480
(40 a 44)	11	145	156	1.367	4.725	6.092	8.678	4.812	13.490	2.633	1.522	4.155	668	391	1.059
(45 a 49)	13	80	92	968	2.856	3.824	6.206	3.447	9.653	2.029	1.239	3.268	450	307	757
(50 a 54)	4	51	55	789	1.480	2.269	4.501	2.310	6.811	1.577	1.045	2.622	357	223	581
(55 a 59)	4	23	27	494	761	1.256	2.612	1.181	3.792	1.061	715	1.776	197	142	339
(60 a 64)	2	18	21	256	350	606	1.472	565	2.037	625	493	1.118	113	77	191
(65 a 69)	1	7	9	147	169	316	794	268	1.063	385	290	675	67	43	110
(70 a 74)	1	9	10	84	92	176	347	157	505	268	200	468	38	26	64
(75 a 79)	1	4	5	55	54	109	172	74	247	166	107	273	24	15	39
(80 y más)	-	5	6	30	40	70	86	40	126	99	67	166	11	11	21
<b>Total</b>	<b>3.141</b>	<b>19.533</b>	<b>22.674</b>	<b>18.431</b>	<b>71.641</b>	<b>90.073</b>	<b>144.291</b>	<b>69.234</b>	<b>213.525</b>	<b>33.149</b>	<b>19.174</b>	<b>52.323</b>	<b>10.836</b>	<b>5.887</b>	<b>16.723</b>

**Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Forensis 2014**

En un comparativo realizado en el Informe de Objetivos del Milenio, Colombia 2014<sup>50</sup> los resultados obtenidos frente al Objetivo 3: Promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer, muestra que se ha incrementado la tasa de violencia intrafamiliar dirigida a los sexos, pero con una notoria diferencia en las mujeres.

<sup>50</sup> PNUD, Objetivos de Desarrollo del Milenio Colombia 2014

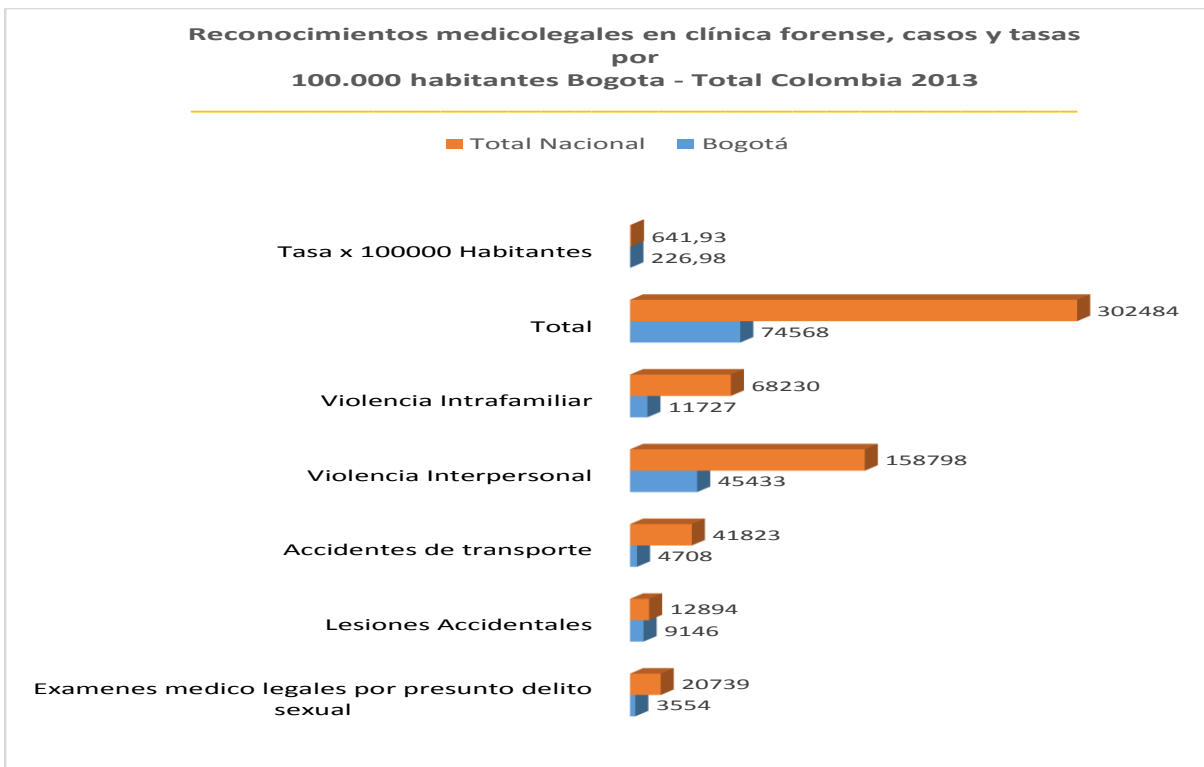
**GRAFICA 15 TASA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR VIF 2000 - 2012**



Fuente: PNUD, Objetivos del Milenio, Colombia 2014

De acuerdo a la distribución geográfica de los reconocimientos medicolegales, los departamentos con mayores tasas por cada 100.000 habitantes corresponden a Casanare 1.346,94, Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina 1.259,86, Cundinamarca 994,67, Quindío 974,47 y Bogotá D.C. 971,65

**GRAFICA 16 RECONOCIMIENTOS MEDICO LEGALES EN CLÍNICA FORENSE, CASOS Y TASA POR 100.000 HABITANTES BOGOTÁ – TOTAL COLOMBIA 2013**

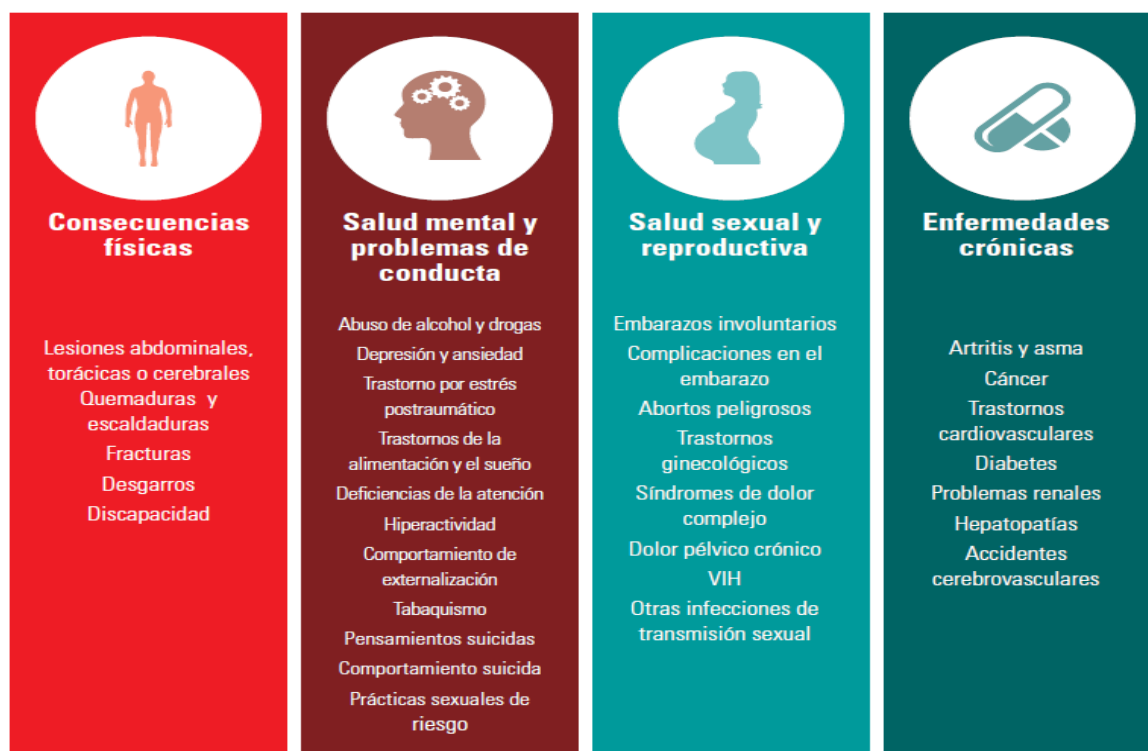


**Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Forensis 2014**

Las violencias traen consigo consecuencias que afectan todas las áreas de desarrollo individual y se convierten en un limitante que representa para el estado y el individuo costos económicos, estas acciones violentas afectan al individuo a nivel físico, mental, conductual, en salud sexual y reproductiva y enfermedades crónicas, en el Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia<sup>51</sup>2014, publicado por OMS, UNODC y PNUD, se muestran cada uno de las posibles consecuencias que puede desencadenar la violencia.

<sup>51</sup> OMS, UNODC, PNUD. Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia, 2014

**GRAFICA 17 CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA**



Fuente: OMS, UNODC, PNUD. Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia, 2014

### Situación de desplazamiento forzoso

El desplazamiento forzoso es una movilización que se da al interior del país, por ver en riesgo su vida y la de sus personas cercanas, obligando a individuos, familias e incluso comunidades completas a abandonar la estabilidad o ingreso obtenido respecto a vivienda, salud, educación, trabajo, alimentación e incluso relaciones y reconocimiento obtenido en una comunidad.

Existe una diferencia entre refugiados y desplazados internos, según ACNUR<sup>52</sup>: *A diferencia de los refugiados, los desplazados internos no cruzan fronteras internacionales en busca de seguridad y protección, sino que permanecen dentro de su propio país. En determinadas circunstancias, pueden ser obligados a huir por las mismas razones de los refugiados (conflicto*

<sup>52</sup> Desplazados Internos - ACNUR  
<http://www.acnur.org/t3/a-quien-ayuda/desplazados-internos/>

*armado, violencia generalizada, violaciones de los derechos humanos), con la diferencia que los desplazados internos permanecen bajo la protección de su gobierno, aun en los casos en que el mismo gobierno se convierte en una de las causas de su huida. Los desplazados internos conservan todos los derechos que les corresponden como ciudadanos, además de la protección derivada del derecho internacional de los derechos humanos y el derecho internacional humanitario.*

La desigualdad y la frustración social, así como el interés por obtención de ingresos económicos a partir de acciones no legales (como ocurre en Colombia), han llevado a la aparición y ampliación de grupos armados no estatales, algunos de estos grupos son el EI, Estado Islámico en Oriente Medio, Boko Haram en África Occidental, Al – Shabaab en el Cuerno de África y en Colombia las FARC, Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia, ELN Ejército de Liberación Nacional y BACRIM Bandas Criminales, resultado de la disolución de la AUC Autodefensas Unidas de Colombia. El conflicto armado pone en riesgo a los civiles y no guarda respeto por lo establecido en derecho internacional humanitario.

Según el Informe global 2015: desplazados internos por conflicto y violencia<sup>53</sup>, desarrollado por IDMC Centro de Monitoreo de Desplazamiento Interno que forma parte del NRC Consejo Noruego para los refugiados, plantea que para el 2050 la población mundial llegara a los 9,6 millones y este crecimiento estará acompañado del ya observado aumento de desigualdad, falta de representación democrática y competencia por territorio y recursos y la marginalización de minoría religiosas, étnicas y tribales que son las poblaciones más afectadas por el desplazamiento.

Varios de los países en los que se han presentado desplazamientos no se encuentran capacitados y presentan vulnerabilidad económica para atender las necesidades a corto y largo plazo, además el conflicto puede presentar “efecto domino” en países vecinos; para finales de 2014 se determinó que en el mundo 38 millones de personas se encuentran en desplazamiento al interior de su país a causa de conflictos armados y violencia generalizada y este es el registro anual más alto observado por la entidad, según la clasificación por ubicación los desplazamientos son los siguientes:

---

<sup>53</sup> IDMC, NRC. Informe Global 2015: Desplazados internos por conflicto y violencia. 2015



## **1. Las Américas**

- Nuevos desplazamientos: al menos 436 500
- Desplazamientos acumulativos: al menos 7 millones
- Los desplazamientos en la región aumentaron en un 12 % con respecto al año anterior.
- En México y Perú se registraron por lo menos 281 400 y 150 000 desplazados internos. Principal causa en México y el Triángulo del Norte fue violencia criminal relacionada, al tráfico de drogas y actividades de pandillas
- En El Salvador, Guatemala y Honduras se registraron 566 700 desplazados. Muchos causados por crimen organizado y violencia entre pandillas. En El Salvador, la violencia criminal y las amenazas provocaron desplazamiento de hasta 288 900 personas.
- Colombia registró 6 044 200 desplazados internos, el 12% del total de su población. Más del 63% de desplazados en Colombia viven por debajo del umbral de pobreza y el 33% vive en condiciones de extrema pobreza.
- Los desalojos forzosos fueron más comunes en Colombia, México y Guatemala y se debieron a la extracción lícita e ilícita de recursos; entre otros, tala, cultivos de coca, adormidera, marihuana y cultivos para producir biocarburantes y aceite de palma.

## **2. África Oriental**

- Nuevos desplazamientos: al menos 446 250
- Desplazamientos acumulativos: al menos 1,9 millones
- Ubicación de los desplazamientos Eritrea, Etiopía, Kenia, Somalia, Uganda y Zimbabue.
- Somalia registro la más alta población desplazada con 1,1 millones, seguida por Etiopía con 397 200 y Kenia con 309 200.
- En 2014, Kenia presento desplazamiento de 220 000 personas, se cuadruplica el numero en comparación a 2013 donde fueron 55 000 personas, esto como resultado de violencia entre comunidades.
- En Etiopia, 137 100 personas fueron forzadas para abandonar sus hogares, por violencia entre comunidades como principal causal.

- De acuerdo a los informes la inseguridad alimentaria para los desplazados internos, en Somalia se registran los índices más altos de malnutrición grave aguda del país y la tasa de mortalidad de niños desplazados menores de cinco años en Mogadishu es seis veces superior a la media.

### 3. África Central

- Nuevos desplazamientos: al menos 3 millones
- Desplazamientos acumulativos: al menos 7,9 millones
- Las situaciones de desplazamiento más complejas y prolongadas del continente africano suceden en esta región. En Burundi, República Centroafricana, Chad, RDC, Sudán del Sur y la zona en controversia de Abyei se registró un aumento del 15% respecto a 2013 y representaron el 70% de todos los desplazamientos de África subsahariana.
- El número mayor de personas desplazadas en esta región se presentan en La República Centroafricana, RDC, Sudán del Sur y Sudán, así mismo el Fondo para la Paz también los clasifica entre los cinco Estados más frágiles del mundo.
- Los nuevos desplazamientos ocurrieron especialmente en Sudán del Sur, donde la seguridad, los intensos enfrentamientos y la hambruna han desplazado a más de 1,3 millones de personas en 10 Estados.
- Hasta 457 500 personas se vieron forzadas a abandonar sus hogares en Sudán, región de Darfur. Dos tercios de los nuevos desplazamientos ocurrieron en Darfur del Norte y del Sur.
- En RDC, hechos como las masacres de Beni en Kivu del Norte desplazaron a más de un millón de personas.
- Las intervenciones internacionales de índole humanitaria y de desarrollo han sido insuficientes en los seis países, por las enormes necesidades de los desplazados internos y las comunidades de acogida,
- Otras causas de desplazamiento en la región encierran: civiles que huyen para no verse envueltos en enfrentamientos entre grupos armados, violencia selectiva para forzar salida de sus tierras, conflictos armados internos, violencia entre comunidades, exacerbación de

tensiones étnicas y religiosas, disputas sobre control de tierra y recursos naturales, búsqueda de poder político y económico y efectos provocados por conflictos de países vecinos.

#### **4. África Occidental**

- Nuevos desplazamientos: al menos 1 millón
- Desplazamientos acumulativos: al menos 1,5 millones
- La mayor cifra de desplazados se registra en Nigeria con al menos un millón, sigue Costa de Marfil con algo más de 300 000 y Mali con por lo menos 61 000 desplazados.
- El país más afectado en 2014 con nuevos desplazamientos fue Nigeria, los ataques brutales de Boko Haram se intensificaron y fueron responsables de al menos 975 300 desplazamientos.
- Por primera vez se registraron desplazamientos en Camerún por los ataques transfronterizos del grupo de militantes islamistas Boko Haram huyeron de sus hogares más de 40 000 personas.
- La inseguridad en el norte de Nigeria, Mali y Costa de Marfil impide un retorno seguro y sostenible de desplazados internos, quienes logran volver a sus hogares se encuentran con peligro de volver a ser desplazados, o sin servicios básicos para su reintegración.
- Los desplazamientos en la región se relacionan con violencia extremista, luchas por poder político, controversias relacionadas con los recursos naturales y conflictos entre comunidades relacionados con tenencia de la tierra.

#### **5. Oriente Medio y África del Norte**

- Nuevos desplazamientos: al menos 3,8 millones
- Desplazamientos acumulativos: al menos 11,9 millones
- Se estableció un nuevo record de desplazados en la región por tercer año consecutivo. Cerca de 10 500 nuevas personas se desplazaron a diario.
- En los últimos cuatro años, más de 7,8 millones de personas abandonaron sus hogares, uniéndose a las 4,1 millones de personas que ya vivían en desplazamientos prolongados.

- Respecto a la cifra global, de 2001 hasta 2011, los desplazamientos en la región representaron entre el 7% y el 14 % de la cifra global, en 2014 representaron el 31% del total global.
- La zona más afectada por los nuevos desplazamientos es Irak, donde al menos 2,2 millones de personas huyeron de zonas bajo control del Estado Islámico (EI). A finales de 2014, el número de desplazados en Irak llegó a superar los 3,3 millones.
- Al menos 7,6 millones de desplazados se encontraban en Siria a finales de 2014, esta es la cifra más alta de la región, en los últimos cuatro años se ha multiplicado casi 18 veces.
- El retorno no es posible para los cientos de miles de desplazados en Siria, se especula que 1,2 millones de hogares, o un 30% de las viviendas existentes en el país registradas en el censo de 2014, están deterioradas o destruidas.
- En Libia al menos 400 000 personas debieron abandonar sus hogares, número 6 veces mayor que el registrado en 2013, 275 000 es el número de desplazados en territorio palestino ocupado.
- En Yemen, la reanudación del conflicto provocó desplazamiento de 100 000 personas, a finales de 2014 se llegó a un total de 334 100 desplazados
- En territorio palestino ocupado, las políticas y prácticas discriminatorias de Israel han causado desplazamiento de miles de personas.
- En Yemen y Libia por nuevas insurgencias que han provocado inestabilidad política se han agravado los desplazamientos.
- La contundente crecida en el número de desplazados en Irak y Siria refleja la incapacidad de las autoridades nacionales para evitarlo y proteger a las personas, así como su papel en la explotación e instigación del conflicto para su beneficio político o económico.

## **6. Europa, Cáucaso y Asia Central**

- Nuevos desplazamientos: al menos 646 500
- Desplazamientos acumulativos: al menos 2,8 millones
- Los desplazamientos han ocurrido en los Balcanes, el Cáucaso, Asia central, Chipre, Turquía y Ucrania a finales de 2014.

- Algunos han sufrido más de un desplazamiento dificultando la búsqueda de soluciones duraderas.
- El mayor número de nuevos desplazamientos ocurrieron en Ucrania. La anexión de Crimea a Rusia en marzo y los combates entre el ejército de Ucrania y las fuerzas separatistas en el este del país provocaron el desplazamiento de al menos 646 500 desplazados internos para finales de 2014.
- El desplazamiento ha llegado a ser cada vez más prolongado, por la falta de soluciones políticas a los conflictos.

## **7. Asia del Sur**

- Nuevos desplazamientos: al menos 1,4 millones
- Desplazamientos acumulativos: al menos 4,1 millones
- Respecto al año anterior aumento 1,8 millones de desplazados.
- Los nuevos desplazamientos sucedieron en Afganistán, India y Pakistán.
- El número de desplazados en Pakistán aumento de 746 700 a más de 1,9 millones, a medida que se incrementaron las insurgencias y las operaciones de contrainsurgencia.
- En Afganistán aumento el número de desplazados internos de al menos 631 000 a más de 805 400.
- En India por los enfrentamientos entre comunidades y grupos armados no estatales, aumento la cifra de desplazados de al menos 526 000 a más de 853 900.
- Los motivos de desplazamiento han sido conflicto armado y violencia generalizada, enfrentamientos entre comunidades y controversias por tierras. Los miembros de grupos minoritarios son frecuentemente objeto de discriminación durante su desplazamiento.

## **8. Asia Sudoriental**

- Nuevos desplazamientos: al menos 134 086
- Desplazamientos acumulativos: al menos 854 900

- Se presenta disminución de un 4 % de 887 000 con respecto al año anterior y un 65% menos de desplazados que en 2013. Puede corresponder principalmente a la reducción del número e intensidad de sucesos violentos, en Myanmar y Filipinas.
- El 95% de los desplazados se concentran en tres países. Myanmar con 645 300 desplazados, Indonesia al menos 84 000 y Filipinas 77 700.
- Cerca de 35 000 personas permanecen desplazadas en Tailandia y 7 500 en Papua Nueva Guinea.
- La mayoría de los desplazados internos viven en situación de desplazamiento prolongado, en 2014 pocos regresaron a sus hogares, se integraron localmente o se reasentaron, algunos llevan hasta 15 años desplazados.

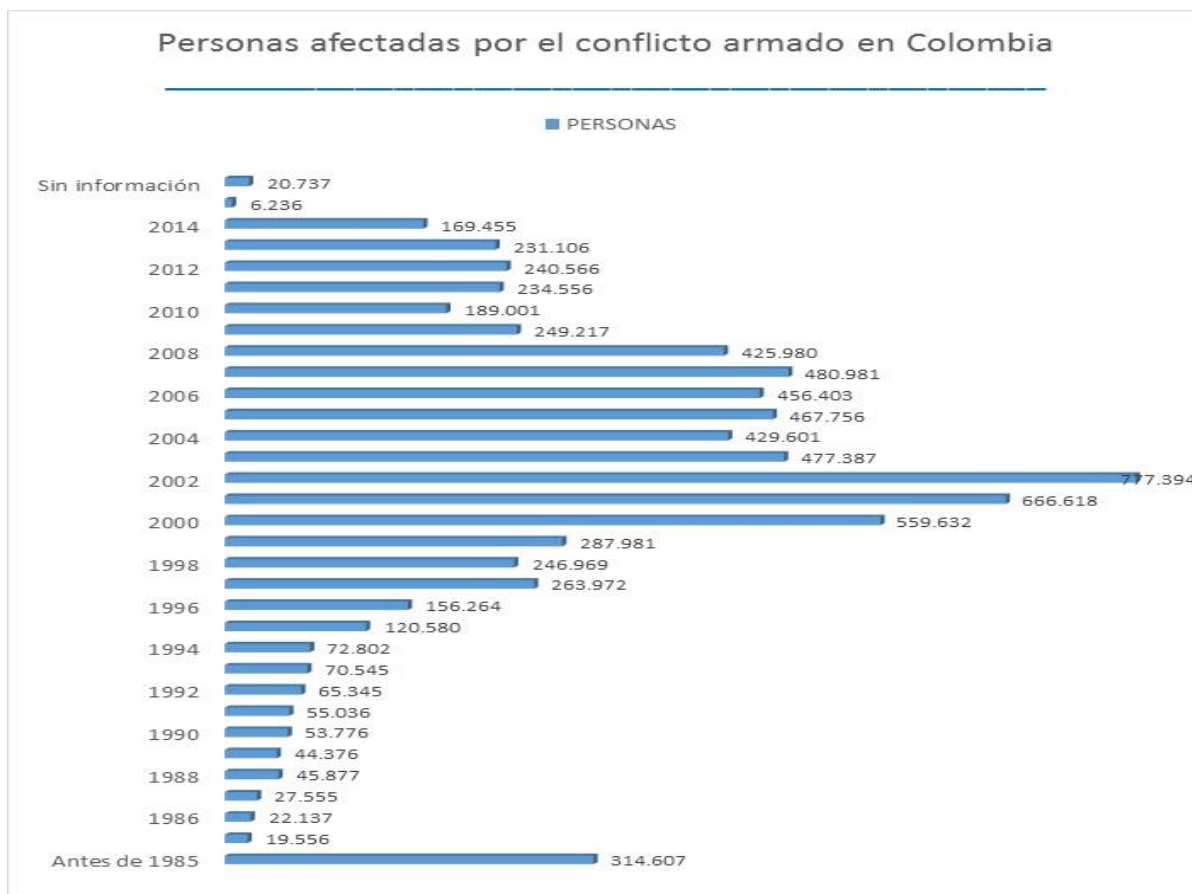
El país con mayor número de desplazamientos es Siria, le sigue Colombia, el conflicto armado ha ido en llave con la expulsión de habitantes de áreas rurales, sus estrategias para lograr sus objetivos de guerra incluyen tráfico de droga, secuestro, masacres, minas antipersonal, asesinatos colectivos, reclutamiento forzoso, disputas por el control del territorio, control de comunidades y violencia sexual basada en género (SGBV).

De acuerdo con la información obtenida en la Red Nacional de Información,<sup>54</sup> sistema de registro de la Unidad para la Atención y Reparación de Víctimas creada en 2012 y con los datos incluidos en el Registro Único de Víctimas RUV, las cifras de personas afectadas anualmente por el conflicto armado muestran que los años con mayor número de víctimas del conflicto se encuentran entre los años 2000 y 2008, siendo el año 2002 el año con mayor número de personas afectadas con 777 394.

---

<sup>54</sup> Registro Único de Víctimas (RUV) Unidad de Víctimas  
<http://rni.unidadvictimas.gov.co/?q=node/107>

**GRAFICA 18 VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO SEGÚN REGISTRO ÚNICO DE VICTIMAS RUV  
1985 - 2015**



**Fuente: Red Nacional de Información, Unidad para la Atención y Reparación de Víctimas.**

Del mismo modo las personas afectadas por el conflicto han sido sometidas a hechos victimizantes siendo el desplazamiento el porcentaje más alto con un 80% de las víctimas.

**TABLA 2 VICTIMAS POR TIPO DE HECHO VICTIMIZANTE<sup>55</sup>**

<b>HECHO</b>	<b>PERSONAS</b>
Abandono o Despojo Forzado de Tierras	8.174
Acto terrorista/Atentados/Combates/Hostigamientos	84.249
Amenaza	240.424
Delitos contra la libertad y la integridad sexual	10.137
Desaparición forzada	156.046
Desplazamiento	6.252.516
Homicidio	942.610
Minas antipersonal/Munición sin explotar/Artefacto explosivo	13.000
Perdida de Bienes Muebles o Inmuebles	94.168
Secuestro	39.447
Sin información	39
Tortura	9.535
Vinculación de Niños Niñas y Adolescentes	7.706

**Fuente: Red Nacional de Información, Unidad para la Atención y Reparación de Víctimas.**

De acuerdo a los datos suministrados por el Registro Único de Víctimas RUV, desde antes de 1985 hasta el 2015 se han registrado 6 608 294 personas en situación de desplazamiento forzado, el mayor número de desplazamientos fue reportado entre los años 2000 a 2008 con un 4 137 714. El pico de desplazamientos se dio en el año 2007 con 440 835.

Las más afectadas han sido la población afrocolombiana y las comunidades indígenas, los departamentos con más alto número de desplazamientos y organizados de mayor a menor son Antioquia, Bolívar, Magdalena, Nariño, Cesar, Cauca, Choco y Valle Del Cauca.

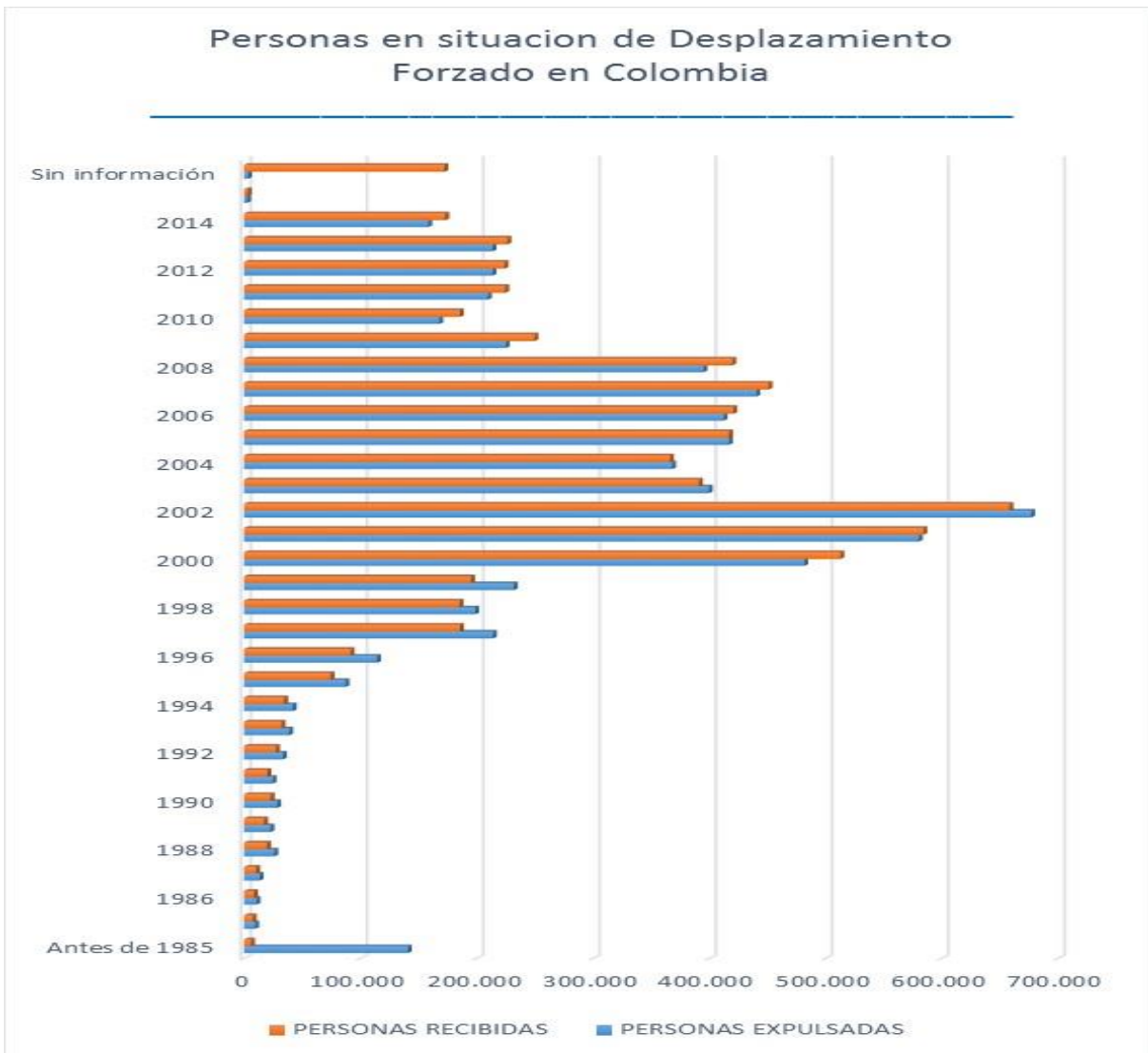
Teniendo en cuenta que la investigación se desarrolla en la ciudad de Bogotá en necesario aclarar que entre los años 2000 y 2015 se han recibido 446 334 casos de desplazamiento de los cuales 442 685 han sido declaradas como personas en situación de desplazamiento forzado.

---

<sup>55</sup> Registro Único de Víctimas (RUV) Unidad de Víctimas  
<http://rni.unidadvictimas.gov.co/?q=node/107>



**GRAFICA 19 PERSONAS EN SITUACIÓN DE DESPLAZAMIENTO FORZADO EN COLOMBIA<sup>56</sup>**



**Fuente: Red Nacional de Información, Unidad para la Atención y Reparación de Víctimas**

<sup>56</sup> Registro Único de Víctimas (RUV) Unidad de Víctimas  
<http://rni.unidadvictimas.gov.co/?q=node/107>

## 2.2.5. Derechos y Normas Legales implicadas en la problemática del embarazo en adolescentes

### Derechos Sexuales y Reproductivos<sup>57</sup>

#### Derechos Sexuales:

- El derecho de hombres y mujeres a ser reconocidos como seres sexuados.
- El derecho a fortalecer la autoestima y autonomía para adoptar decisiones sobre la sexualidad.
- El derecho a explorar y a disfrutar de una vida sexual placentera, sin vergüenza, miedos, temores, prejuicios, inhibiciones, culpas, creencias infundadas y otros factores que impidan la libre expresión de los derechos sexuales y la plenitud del placer sexual.
- El derecho a vivir la sexualidad sin sometimiento a violencia, coacción, abuso, explotación o acoso.
- El derecho a escoger las y los compañeros sexuales.
- El derecho al pleno respeto por la integridad física del cuerpo y sus expresiones sexuales.
- El derecho a decidir si se quiere iniciar la vida sexual o no, o si se quiere ser sexualmente activo o activa o no.
- El derecho a tener relaciones sexuales consensuadas.
- El derecho a decidir libremente si se contrae matrimonio, se convive con la pareja o si se permanece solo o sola.
- El derecho a expresar libre y autónomamente la orientación sexual.
- El derecho a protegerse del embarazo y de las infecciones y enfermedades de transmisión sexual.
- El derecho a tener acceso a servicios de salud sexual de calidad

---

<sup>57</sup> Defensoría del Pueblo, Promoción y Monitoreo de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres víctimas de desplazamiento forzado con énfasis en violencias intrafamiliar y sexual, 2008

- El derecho a contar con información oportuna, veraz y completa sobre todos los aspectos relacionados con la sexualidad, por ejemplo, conocer cómo funciona el aparato reproductor femenino y masculino y cuáles son las infecciones que se pueden adquirir a través de las relaciones sexuales.

## Derechos Reproductivos

1. El derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el intervalo entre ellos, y a disponer de la información, educación y medios para lograrlo.
2. El derecho de hombres y mujeres de decidir de manera libre y responsable la posibilidad de ser padres o madres.
3. El derecho a decidir libremente el tipo de familia que se quiere formar.
4. El derecho a acceder a métodos anticonceptivos seguros, aceptables y eficaces (incluyendo la anticoncepción de emergencia).
5. El derecho de las mujeres a no sufrir discriminaciones o tratos desiguales por razón del embarazo o maternidad, en el estudio, trabajo o dentro de la familia.
6. El derecho a tener acceso a servicios de salud y atención médica que garanticen una maternidad segura, libre de riesgos en los periodos de gestación, parto y lactancia, y se brinde las máximas posibilidades de tener hijos sanos.
7. El derecho de contar con servicios educativos e información para garantizar la autonomía reproductiva.
8. El derecho a tener acceso a los beneficios del progreso científico para contar con servicios accesibles que satisfagan las necesidades dentro de los mejores estándares de calidad.

TABLA 3 MARCO LEGAL

<b>Referente Normativo o institucional</b>	<b>Descripción general y área de interés</b>
Ley de Educación Nacional 115. 1994	Señala las normas generales para regular del Servicio Público de Educación que cumple una función social, acorde con las necesidades e intereses de las personas, de la familia y de la sociedad.
	Área de interés:
	Art. 14. Sobre la obligatoriedad de la educación sexual.

<p>Ley 679 de 2001 y Ley 1336 de 2009. Lucha contra la explotación, la pornografía y el turismo sexual con niños, niñas y adolescentes.</p>	<p>Tiene por objeto dictar medidas de protección contra la explotación, la pornografía, el turismo sexual y demás formas de abuso sexual con menores de edad, mediante el establecimiento de normas de carácter preventivo y sancionatorio.</p> <p>Área de interés:</p> <p>Art 12. Medidas de sensibilización</p>
<p>Política Nacional en Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Protección Social. 2003 – 2006</p>	<p>Su objetivo es Mejorar la SSR y promover el ejercicio de los DSR de toda la población con especial énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a los grupos con necesidades específicas.</p>
<p>Actualización: 2014 – 2021. Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.</p>	<p>La actualización, tiene como propósito orientar el desarrollo de las acciones sectoriales, e intersectoriales, en materia de sexualidad y garantía del ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, con especial énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a los grupos con necesidades específicas.</p> <p>Área de interés:</p> <p>Línea de Salud Sexual y Reproductiva de los/las Adolescentes. Promoción de la SSR mediante estrategias de IEC, gestión institucional y Coordinación intersectorial e interinstitucional.</p>
<p>Sentencias T-355/2006 T 388/2009 de la Corte Constitucional.</p>	<p>Sobre la protección general a la vida/despenalización del aborto en condiciones específicas y protección de los derechos fundamentales de la mujer.</p> <p>Área de interés:</p> <p>Sobre la remoción de obstáculos que impidan a la mujer gestante acceder a los servicios de salud en condiciones de calidad y seguridad de modo que se protejan en debida forma sus derechos sexuales y reproductivos</p> <p>Sobre la implementación de procesos masivos de educación sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos</p>
<p>Ley 1098 del 2006, por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia.</p>	<p>Tiene por objeto establecer normas sustantivas y procesales para la protección integral de los niños, las niñas y los adolescentes, garantizar el ejercicio de sus derechos y libertades consagrados en los instrumentos internacionales de Derechos Humanos, en la Constitución Política y en las leyes, así como su restablecimiento.</p> <p>Área de interés:</p>

	Art. 20. Numeral 4 (De la Prevención de violencias sexuales).
	Art. 41. Numeral 6. (De la difusión de los Derechos Sexuales y Reproductivos)
	Art. 44. Numeral 10. (De la formación en salud sexual y reproductiva)
	Art. 46. Números 7 y 8 (De servicios especializados de salud sexual y reproductiva para adolescentes y, de prevención del embarazo no deseado, protección especializada y apoyo prioritario a las madres adolescentes).
Ley 1146 de 2007, por medio de la cual se expiden normas para la	Prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente.
	La presente ley tiene por objeto la prevención de la violencia sexual y la atención integral de los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual.
	Área de interés:
	Capítulo II. Sobre la Prevención de la Violencia Sexual.
	Capítulo III. Sobre la Atención integral del niño, niña y adolescente víctima de abuso sexual
Ley 1257 del 2008. Normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres.	Tiene por objeto la adopción de normas que permitan garantizar para todas las mujeres una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado, el ejercicio de los derechos reconocidos en el ordenamiento jurídico interno e internacional, el acceso a los procedimientos administrativos y judiciales para su protección y atención, y la adopción de las políticas públicas necesarias para su realización.
	Área de interés:
	Art. 17. Sobre los derechos de las mujeres
	Art. 15. De los derechos de las víctimas de las violencias
Ley 1236 de 2008. Decreta delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales.	Se modifican algunos artículos del Código Penal relativos a delitos de abuso sexual.
	Área de interés:
	Art. 205 a 209. Sobre acceso carnal o acto sexual abusivo y acto sexual con menores de 14 años
AUTO 092 del 2008. Adopción de medidas para la protección a mujeres víctimas del desplazamiento forzado por causa del conflicto armado	Ordena el diseño e implementación de trece programas con el fin de prevenir el impacto desproporcionado del desplazamiento sobre las mujeres y garantizar el goce efectivo de sus derechos fundamentales.
	Área de interés:

	Prevención de la violencia sexual contra la mujer, Promoción de la salud, Protección de los derechos de las mujeres, Eliminación de las barreras de acceso al sistema de protección.
Decreto 2968 de 2010. Comisión Nacional intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos	Tiene por objeto crear la Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos con el fin de armonizar las políticas orientadas a la formulación e implementación de planes programas y acciones necesarias para la ejecución de las políticas relacionadas con la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos.
	Área de interés:
	Artículo 3. Funciones de la Comisión.
Plan Nacional de Desarrollo 2014 - 2018	Contiene la base de las políticas gubernamentales formuladas por el Presidente de la República, a través de su equipo de Gobierno.
	Área de interés:
	Artículo 82
	Estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia
Documento CONPES 147.	Prevención del embarazo en la adolescencia. 2012
	Dispone lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años.
	Área de interés:
	a) Desarrollo de oportunidades para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes. b) - Acciones de intervención generalizadas en población escolarizada. c) Acciones de protección, garantía y restitución de derechos. d)-Oferta de servicios en educación sexual, salud sexual y reproductiva y derechos sexuales y reproductivos.

**Fuente: Información obtenida de Piloto de Promoción de Salud Sexual y Reproductiva y Prevención de embarazo en adolescentes 2014. Revisión y actualización desarrollada por el investigador <sup>58</sup>**

<sup>58</sup> Piloto de Promoción de Salud Sexual y Reproductiva y Prevención de embarazo en adolescentes. Documento Operativo Técnico, DPS, 2014

### **3. ANÁLISIS DE LAS ACCIONES DE LA POLÍTICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA IMPLEMENTADA PARA LA CIUDAD DE BOGOTÁ D. C., FRENTE AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES.**

De acuerdo a la investigación desarrollada y a la revisión de los documentos que guían la implementación de acciones en el Distrito Capital a nivel de sexualidad, se evidencia que:

- No se cuenta con una Política de Sexualidad Distrital avalada y que este efectuando su implementación. Actualmente se cuenta con una Propuesta de Lineamiento de la Política Distrital de Sexualidad de Bogotá 2012- 2022.
- Las acciones implementadas a nivel Distrital se guían desde el documento Programa de Salud Sexual y Reproductiva con enfoque territorial y promocional de calidad de vida y salud, generado desde la SDS para cumplir acciones en 2015.

Teniendo en cuenta lo anterior, desde el presente estudio se tendrá en cuenta los pasos requeridos para el diseño de una Política Publica como base de un análisis de los documentos anteriormente nombrados y se estudiara su presencia o ausencia en los documentos nombrados anteriormente. Dichos pasos se definen según el documento Orientaciones en el proceso de formulación e implementación de las Políticas Publicas en Bogotá generado por la Secretaria Distrital de Integración Social en 2011<sup>59</sup>, los cuales son:

- Fase Uno: Definición del horizonte del sentido
  - Marco ético político
  - Marco analítico
- Fase Dos: Formulación
  - Marco Normativo
  - Marco Conceptual
  - Sistema de Indicadores
  - Lineamientos Orientadores para la implementación
- Fase Tres: Implementación
- Fase Cuatro: Seguimiento y evaluación

---

<sup>59</sup> SDIS, Orientaciones en el proceso de formulación e implementación de las Políticas Publicas en Bogotá, 2011

Teniendo en cuenta que el distrito aún no cuenta con una política, se analizara desde esta investigación la fase uno y la fase dos para evaluar el cumplimiento en dichos documentos de estas fases y buscar la generación de estrategias y puntos que serían importantes para su complementariedad.

Iniciaremos con el análisis con la fase uno, para lo cual es necesario definir los puntos a considerar de la siguiente manera:

- Marco ético político: Valores públicos ordenadores hacia los cuales se orienta la Política Pública, define el futuro deseado de la situación a transformar desde un proyecto ideológico. Construcción colectiva y apuesta de ciudad a alcanzar.
- Marco Analítico: *Marco explicativo articulador, el cual define el lugar desde donde se lee, relaciona y analiza la realidad y la identificación de la situación o problemática que se pretende transformar se compone de categorías comprensivas y de análisis con las cuales se orienta la descripción de la realidad, se establecen los tipos de relaciones entre los diferentes actores (dependencia, interdependencia, y autonomía) y se pueden establecer o priorizar los entornos de interés de la acción de la Política Publica ya sea en términos de población territorio o temática.*<sup>60</sup>

**TABLA 4 TABLA DE ANÁLISIS DE LA FASE UNO DE LA POLÍTICA**

<i>Fase Uno: Definición del horizonte de sentido</i>		
	<b>Programa de Salud Sexual y Reproductiva con enfoque territorial y promocional de calidad de vida y salud</b>	<b>Lineamiento de la Política Distrital de Sexualidad de Bogotá 2012- 2022</b>
<b>Marco ético político</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responde al Plan de desarrollo Bogotá Humana 2012-2016, donde se establece como propósito “mejorar el desarrollo humano de la ciudad”, con acciones que logren disminución de la segregación social en las expresiones social, económica, espacial y cultural, pues estas contribuyen a la permanencia de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desde entidades distritales se reconoce la necesidad de ampliar el campo de intervención de la salud sexual y reproductiva y lograr desarrollar acciones que permitieran trascender la reducción de daños y lograr “construir una ciudad en la que se reconozcan, restablezcan, garanticen y ejerzan los derechos individuales y</li> </ul>

<sup>60</sup> SDIS, Orientaciones en el proceso de formulación e implementación de las Políticas Publicas en Bogotá, 2011. Citado como definición de marco analítico incluida en la Política Publica de Envejecimiento y Vejez del Distrito



	<p>condiciones de desigualdad o discriminación, se busca aumento de capacidades de la población para el goce efectivo de los derechos, acceso equitativo al disfrute de la ciudad, apoyo al desarrollo de la economía popular, aliviar la carga del gasto de los sectores más pobres y promoción de políticas de defensa y protección de los derechos humanos de ciudadanos y las ciudadanas con enfoque diferencial.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se desarrolla en el marco de una política de salud sexual y reproductiva en construcción, retoma antecedentes jurídicos, políticos, internacionales y nacionales, y respaldando la propuesta estratégica desde los acuerdos y convenios establecidos por la ONU, los Objetivos del Milenio de la OPS-OMS, la constitución política nacional, para armonizarlos con el Programa de Territorios saludables en sus diferentes componentes y abordajes de trabajo, en el marco del modelo de atención sanitaria basado en la Estrategia de Atención Primaria en Salud renovada (APS)</li> </ul>	<p>colectivos, en las que se disminuyan las desigualdades injustas y evitables con la institucionalización de políticas de estado, que permitan trascender los periodos de gobierno”.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se reconoce la sexualidad como un fenómeno complejo donde interactúan factores sociales, políticos, culturales, y biológicos que se integran en la vida de cada persona, y conforman contextos, identidades, dinámicas, de personas, grupos y organizaciones. Y se acepta la formulación de lineamientos con la intervención de varias disciplinas y el desarrollo de acciones estratégica para el goce efectivo de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.</li> <li>• Se genera como estrategia la concertación interinstitucional e intersectorial.</li> </ul>
<p><b>Marco Analítico</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se busca la generación de respuestas a las necesidades de la población territorial y local, identificadas y registradas en:</li> <li>• Participación social</li> <li>• Acciones integradas de carácter promocional y de prevención</li> <li>• Vigilancia en Salud Publica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se realiza un abordaje de la sexualidad desde los derechos humanos y los enfoques poblacional, diferencial y territorial, para construir un modelo integrador de perspectivas salubristas, psicológicas, histórico culturales y del desarrollo humano para el goce efectivo de derechos de todas las personas habitantes de la ciudad y de todas las condiciones sociales, culturales y económicas.</li> <li>• Reconocimiento de derechos sexuales y</li> </ul>

		<p>reproductivos (DSR) como libertades fundamentales sin diferencias de sexo, género, opción sexual, etnia, edad o clase social, que son en esencia son Derechos Humanos, universales, intransferibles, inherentes, irrenunciables e integrales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Referencia de los Valores que empoderan los derechos como:</li> <li>• Libertad como capacidad de decidir (sexualidad y reproducción) con responsabilidad y creatividad.</li> <li>• Autonomía, como capacidad de las personas para decidir sobre su corporeidad y ejercicio de la sexualidad.</li> <li>• Empoderamiento, conjuga los dos valores anteriores, fortaleciendo la capacidad de negociación y la toma de decisiones saludables, el reconocimiento y conciencia sobre los derechos y su exigibilidad para el ejercicio de una sexualidad plena.</li> <li>• Equidad, vinculada con el tratamiento justo y equivalente de las mujeres y de los hombres en todos los ciclos vitales de acuerdo con sus necesidades,</li> <li>• Se toma como enfoque la propuesta de Amartya Sen y su postulación de que el desarrollo debe garantizar no solo los recursos e ingresos, también las capacidades de las personas para vivir una vida acorde con sus deseos y necesidades.</li> </ul>
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Fuente: Construido por el autor**

Como es claro para la construcción total de esta fase de la política pública se requiere un proceso de participación en el que se incluye:

- Recolección de información y una identificación de categorías de análisis que sean punto de partida
- Escenarios para el desarrollo del debate público y una participación que de cuenta de las visiones comunitaria, del gobierno o la administración pública, sector privado y grupos de interés
- Ejercicios de análisis frente a la situación actual y costos que representaría en caso de no ser atendido
- Futuros deseables a un periodo mínimo de 10 años para lograr transformaciones propuestas.

Por partir nuestro análisis de documentos generados se puede generar la siguiente observación respecto a los documentos estudiados:

- Desde el Programa de Salud Sexual y Reproductiva con enfoque territorial y promocional de calidad de vida y salud desarrollado por la SDS, su construcción parte de acciones de Participación social, Acciones integradas de carácter promocional y de prevención y datos arrojados por Vigilancia en Salud Pública, siendo estas acciones estrategias generadas desde el sector salud para identificar las necesidades sociales y generar tácticas de respuesta sin pensar en el proceso como una Política Pública.
- Desde el Lineamiento de la Política Distrital de Sexualidad de Bogotá 2012- 2022, en el documento se reconoce el elemento sexualidad visto desde las mesas sociales como una acción participativa. Así mismo, teniendo en cuenta que este documento parte de un acuerdo institucional que responde a la construcción de una política pública, se entiende que se implementaran estrategias participativas, estas son descritas al final del documento que al no ser avalado paro el proceso de construcción.

Para dar continuidad al análisis pasaremos a la Fase Dos: Formulación, para ello es necesario tener en cuenta la siguiente conceptualización.

- Marco Normativo: Hace referencia a las leyes, decretos, acuerdos, jurisprudencia, y otros de orden nacional o internacional que dan sustento a la acción de la política pública y señalan acciones que deben ser cumplidas por la administración pública, así como asignación de recursos, financiación, y poblaciones o condiciones a ser atendidas. Este

marco permite del mismo modo identificar vacíos jurídicos para enmendarlos desde la política.

- Marco Conceptual: Desde este marco se da evidencia de las categorías de análisis que orientaran las líneas de acción ejes o dimensiones a ser desarrolladas desde la política. Aquí se enmarcan respuestas, alcance, niveles a impactar y relaciones entre categorías.
- Sistema de Indicadores: Teniendo claridad en categorías de análisis, línea base y diagnóstico se deben construir indicadores que aporten información diferencial para el análisis de impacto, seguimiento y monitoreo.
- Lineamientos Orientadores para la implementación: Recomendaciones y sugerencias para la articulación de acciones que permitan ejecutar los objetivos de la política teniendo en cuenta competencias institucionales, responsabilidades sociales, capacidades de la comunidad; señala recursos para ejecución y sostenibilidad.

**TABLA 5 TABLA DE ANÁLISIS DE LA FASE DOS DE LA POLÍTICA**

<i>Fase Dos: Formulación</i>		
	<b>Programa de Salud Sexual y Reproductiva con enfoque territorial y promocional de calidad de vida y salud</b>	<b>Lineamiento de la Política Distrital de Sexualidad de Bogotá 2012- 2022</b>
<b>Marco Normativo</b>	<p>Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conceptualización de sexualidad desde diferentes posturas.</li> <li>• Marco Internacional de Salud sexual y reproductiva</li> <li>• Marco nacional que incluye: Leyes, artículos, decretos, resoluciones, acuerdos, políticas y planes nacionales,</li> <li>• Marco distrital que incluye: Guías técnicas, investigaciones, lineamientos, Políticas Distritales, circulares y acuerdos.</li> </ul>	<p>Reconoce y describe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Derechos sexuales y reproductivos en Colombia</li> <li>• Antecedentes directos de las Políticas de Salud Sexual y Reproductiva incluyendo campañas, estudios y cátedras anteriores.</li> <li>• Constitución política de 1991</li> <li>• Reforma a la salud. Ley 100 de 1993</li> <li>• Desarrollos Jurisprudenciales: Leyes, Sentencias y artículos relacionados, desde Estructura del estado colombiano, Regulación de vida sexual uniones y reproducción, Violencias de género y sexuales, VIH/SIDA, Identidad de género y orientación sexual, y Políticas públicas nacionales y distritales relacionadas.</li> </ul>

<p><b>Marco Conceptual</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Metas de Salud sexual y reproductiva a 2016</li> </ul> <p><b>Mortalidad Materna:</b> Reducir a 31 por 100.000 nacidos vivos la razón de mortalidad materna, en coordinación con otros sectores de la Administración Distrital, al 2016.</p> <p><b>Mortalidad perinatal:</b> Reducir la mortalidad perinatal a 15 por mil nacidos vivos en coordinación con otros sectores de la administración distrital, al 2016.</p> <p><b>Embarazo en Adolescentes:</b> Identificar y medir situaciones de embarazo en menores de 15 años, generando la denuncia y las acciones para el inmediato restablecimiento de sus derechos, en el marco de la Cero Tolerancia.</p> <p>Reducir al 30% los embarazos en adolescentes entre 15 y 19 años, en coordinación y con el apoyo de los demás sectores de la administración distrital, a 2016.</p> <p><b>Sífilis congénita:</b> Disminuir la incidencia de sífilis congénita a menos de 0.5 por 1.000 nacidos vivos, al 2016</p> <p><b>Transmisión materno perinatal del VIH:</b> Reducir 20 Tasa (Por Ciento) La Transmisión Materno Perinatal Del VIH, al 2016.</p> <p><b>VIH/SIDA:</b> Diseñar e implementar una estrategia de promoción y prevención sobre la importancia de la detección temprana del VIH en el Distrito Capital, al 2016.</p> <p>Aumentar en un 50% el número de pruebas de tamizaje voluntarias, para detección del VIH, al 2016.</p> <p>Evaluar y optimizar el protocolo en salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conceptualización de la sexualidad desde los enfoques biológico, cultural, construccionista, sistémico.</li> <li>• Componentes de la sexualidad</li> <li>• Funciones de la sexualidad</li> <li>• Enfoques y perspectivas para el desarrollo de una política de sexualidad (Enfoque de derechos, Derechos sexuales y reproductivos, Enfoque poblacional, Perspectiva de género, Perspectiva diferencial, Interseccionalidad.)</li> <li>• Marco situacional con hallazgos por ciclo vital (Limitantes, potenciadores y acciones que debe asumir el estado para garantizar desarrollo pleno de la sexualidad por ciclo vital.)</li> <li>• Hallazgos por genere e identidad sexual (Tensiones, amenazas y acciones del estado para el desarrollo pleno de la sexualidad.)</li> <li>• Hallazgos en personas en situación de vulnerabilidad (Discapacidad, desplazamiento, habitantes de calle, desmovilizados)</li> <li>• Hallazgos según etnias (Pueblos indígenas, afrodescendientes, pueblo room.)</li> <li>• Sexualidad analizada por servidores públicos</li> <li>• Sexualidad vista desde las mesas sociales de sexualidad.</li> </ul>
--------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>para la detección y atención del virus VIH en los centros de prestación de servicio de salud del distrito, al 2016.</p> <p>Canalizar efectivamente a los servicios sociales y de salud al 100% de las personas en ejercicio de trabajo sexual que participan en las acciones colectivas, al 2016.</p> <p><b>Cáncer de cuello uterino:</b> Reducir la tasa de mortalidad por cáncer de cuello Uterino a 5.5 por 100.000 en 2021.</p> <p>Alcanzar coberturas de tamización con citología en 80% de la población objeto (mujeres de 21-69 años).</p> <p>Iniciar en 2013 la tamización para cáncer de cuello uterino para pruebas de VPH e intervalo de 5 años, para lograr coberturas del 80% de la población objeto (Mujeres de 30 a 65 Años) en el 2021.</p> <p>Garantizar el acceso oportuno a confirmación diagnóstica y tratamiento de lesiones cervicales de alto grado al 100% de las mujeres con este hallazgo.</p> <p>Incrementar en 80% la proporción de los casos de cáncer de cuello uterino in situ detectados oportunamente.</p> <p><b>Cáncer de mama:</b> Incrementar al 60% la proporción de casos de cáncer de mama en estadios tempranos al 2021.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A partir de los indicadores anteriormente nombrados se realiza un marco situacional tomado como base para las acciones a ejecutar desde SDS.</li> </ul>	
<p><b>Sistema de Indicadores</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro de acciones desarrolladas desde Salud pública se encuentran asentados en la Estrategia de Atención Primaria en Salud renovada (APS), referente de información para</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis cualitativo de sexualidad en Bogotá, ( Uniones y estado conyugal, Autonomía de las mujeres, Comportamiento de fecundidad, Intervalo de nacimientos, Uso de métodos</li> </ul>

	<p>establecimiento de indicadores.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro de datos desde Vigilancia Epidemiológica</li> </ul>	<p>anticonceptivos, Relaciones sexuales de mujeres jóvenes, Participación en actividades de educación sexual, Terminación del embarazo, Interrupción voluntaria, Violencias, Conocimiento de salud sexual y SSSR, Salud Mental</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicadores distritales de SSR para 2010. Se muestran resultados obtenidos a la fecha en: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Uso de métodos anticonceptivos</li> <li>○ Lactancia y desnutrición infantil</li> <li>○ Nutrición de las madres menores de 5 años</li> <li>○ VIH e Infecciones de transmisión sexual</li> <li>○ Violencia Intrafamiliar</li> <li>○ Citología cervicouterina y mamografía</li> <li>○ Interrupción voluntaria del embarazo</li> <li>○ Educación sexual</li> <li>○ Mortalidad materna</li> <li>○ Mortalidad Perinatal</li> <li>○ Transmisión materno infantil de VUH y Sífilis gestacional</li> <li>○ Nacimientos entre mujeres de 10 a 14 años</li> <li>○ Nacimientos entre mujeres de 15 a 19 años</li> <li>○ Interrupción del embarazo</li> <li>○ Hepatitis B</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Lineamientos Orientadores para la implementación</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El Programa de Salud Sexual y Reproductiva con enfoque territorial y promocional de calidad de vida y salud cumple la función de lineamiento orientador para la implementación de la política y asigna temporalidad para el cumplimiento de acciones desde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por no haber sido aprobado el texto estudiado como Política Pública de Sexualidad no se establecen lineamientos para su ejecución</li> </ul>

	Territorios Saludables en las Empresas Sociales del Estado del distrito de Bogotá	
--	-----------------------------------------------------------------------------------	--

**Fuente: Construido por el autor**

La fase de formulación debe identificar de manera clara las condiciones, situaciones, necesidades y problemáticas que requieren ser transformadas y se convierten en objetivos de la política, teniendo en cuenta los documentos estudiados podemos decir que:

- Desde el Programa de Salud Sexual y Reproductiva con enfoque territorial y promocional de calidad de vida y salud desarrollado por la SDS, se identifican las condiciones respecto a Mortalidad Materna, Mortalidad perinatal, Embarazo en Adolescentes, Sífilis congénita, Transmisión materno perinatal del VIH, VIH/SIDA, Cáncer de cuello uterino y Cáncer de mama; siendo este un referente situacional para la generación de acciones que controlen estas situaciones y sean reflejados en los indicadores ya establecidos.
- Desde el Lineamiento de la Política Distrital de Sexualidad de Bogotá 2012- 2022, para el reconocimiento de situaciones y necesidades se incluyen elementos como: Conceptualización, componentes y funciones de la sexualidad, Enfoques y perspectivas para el desarrollo de una política de sexualidad, Marco situacional con hallazgos por ciclo vital (Limitantes, potenciadores y acciones que debe asumir el estado para garantizar desarrollo pleno de la sexualidad por ciclo vital.), Hallazgos por genero e identidad sexual (Tensiones, amenazas y acciones del estado para el desarrollo pleno de la sexualidad.), Hallazgos en personas en situación de vulnerabilidad (Discapacidad, desplazamiento, habitantes de calle, desmovilizados), Hallazgos según etnias (Pueblos indígenas, afrodescendientes, pueblo room), permitiendo así la identificación situacional de un modo más específico que en el otro documento de estudio.

En esta fase resulta necesario un mapeo sobre la competencia de la administración pública, el sector privado y la ciudadanía para su implementación y no se encuentra incluido en ninguno de los dos documentos.



#### 4. ANÁLISIS COMPARATIVO DE INDICADORES COMO EVIDENCIA DE LAS ACCIONES QUE SE HAN DESARROLLADO FRENTE A LA PROBLEMÁTICA DE EMBARAZO ADOLESCENTE

De acuerdo a la información suministrada por el DANE se ha realizado un comparativo en los embarazos identificados entre los años 2012 y 2014.

**TABLA 6 TABLA COMPARATIVA 2012 – 2014 NÚMERO DE EMBARAZOS POR GRUPOS DE EDAD**

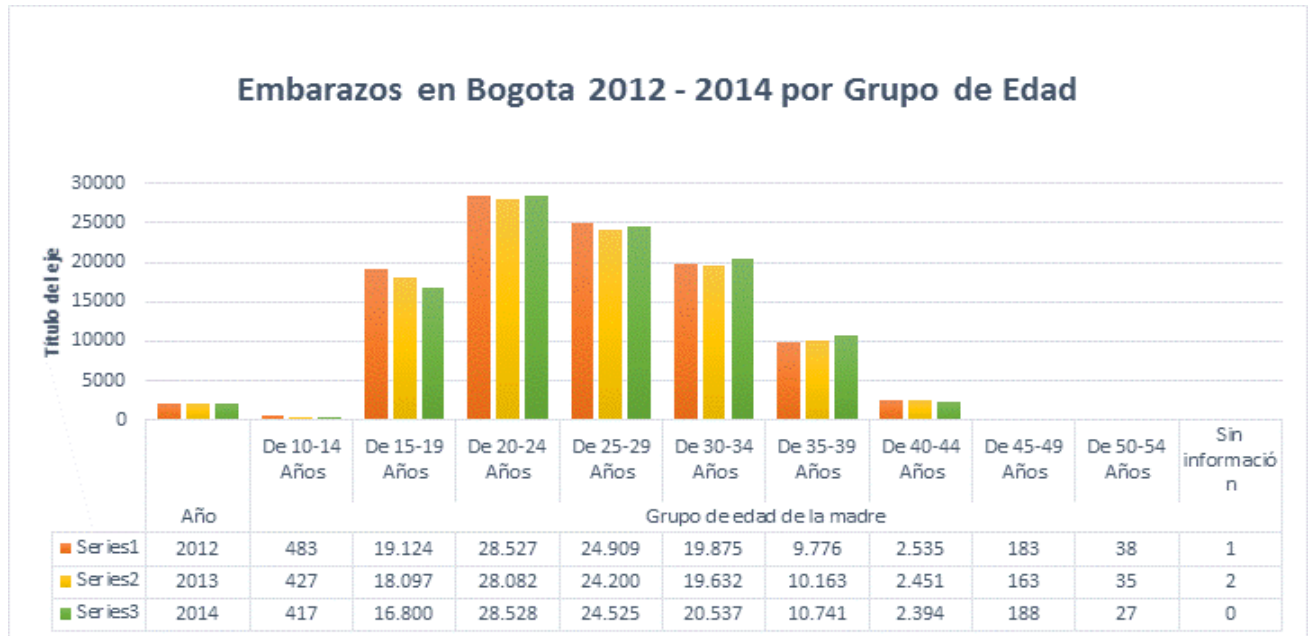
Departamento de residencia de la madre	Año	Grupo de edad de la madre										Total
		De 10-14 Años	De 15-19 Años	De 20-24 Años	De 25-29 Años	De 30-34 Años	De 35-39 Años	De 40-44 Años	De 45-49 Años	De 50-54 Años	Sin información	
Bogota	2012	483	19.124	28.527	24.909	19.875	9.776	2.535	183	38	1	105.451
	2013	427	18.097	28.082	24.200	19.632	10.163	2.451	163	35	2	103.252
	2014	417	16.800	28.528	24.525	20.537	10.741	2.394	188	27	0	104.157

**Fuente: Construido por el autor**

Si tomamos los embarazos que se han presentado en adolescentes (entre los 10 y 19 años, el número de embarazos ocurridos en estos 3 años prácticamente igualan a los ocurridos entre los 30 y 35 años, una de las edades en las que se presenta mayor número de embarazos en etapa fértil.

En el año 2012 los embarazos entre los 10 y 19 años representan el 19% y los ocurridos entre los 30 y 34 igualmente el 19%; en 2013 entre los 10 y 19 años encontramos el 18%, entre los 30 y 34 años el 19%, y en 2014 se observa que entre los 10 y 19 años existe un 17% y entre los 30 y 34 años un 20%.

**GRAFICA 20 EMBARAZOS EN BOGOTÁ 2012 – 2014 POR GRUPO DE EDAD**



**Fuente: Construido por el autor**

Vemos en los tres años porcentajes similares de embarazo en los rangos de edad comparados, pero encontramos una enorme diferencia entre estos dos grupos, una adolescente no cuenta con las herramientas ni de formación, ni de empleabilidad, ni de ingreso económico para contar con la capacidad de brindar al bebe que espera mejores condiciones educativas, alimentarias, e incluso de formación, por ser la adolescencia una edad en la que se conoce el mundo y no se piensa en la generación de estrategias para responder ante una situación como un embarazo que en la mayoría de las oportunidades resulta ser no deseado, una mujer entre los 30 y 34 años ha tomado decisiones respecto a su formación, a su línea de trabajo, sea empleabilidad o productividad, reconoce estrategias para atender sus necesidades básicas y las de su familia o personas a cargo y ha recibido referentes respecto a los procesos de crianza y atención de necesidades de un bebe, así mismo los riesgos de salud de la madre disminuyen por contar con un cuerpo físicamente maduro y preparado para un proceso de gestación.

No se puede hablar de embarazo sin tocar los indicadores relacionados con afecciones en los fetos y recién nacidos, de acuerdo a los datos arrojados por el DANE respecto a la ciudad de Bogotá se han presentado en los últimos tres años un promedio de 28 casos por año de fetos y recién nacidos afectados por ciertas afecciones maternas.

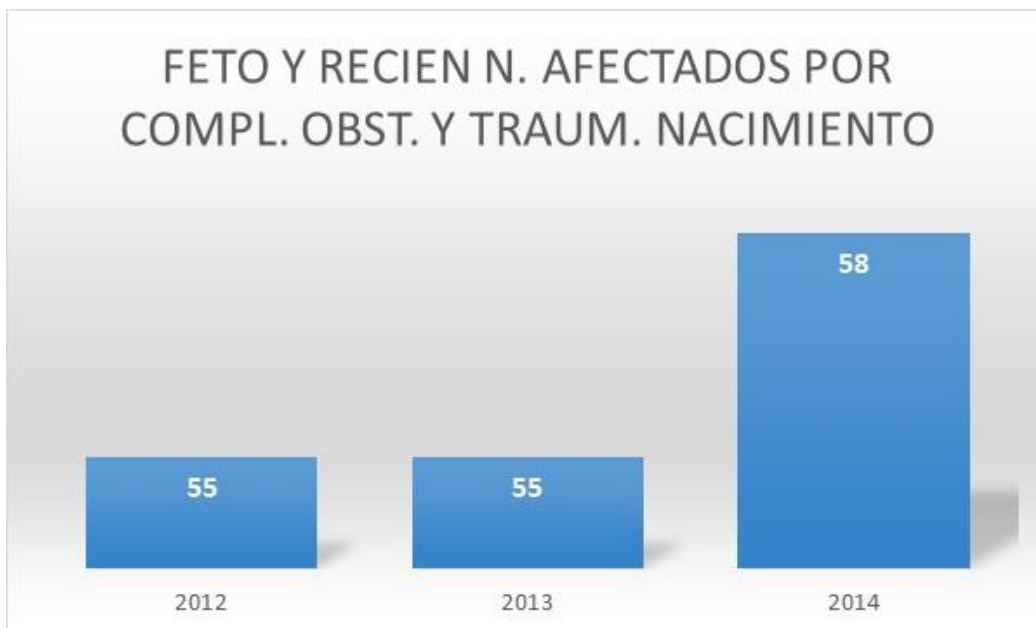
**GRAFICA 21 FETOS Y RECIÉN NACIDOS AFECTADOS POR CIERTAS AFECCIONES MATERNAS**



**Fuente: Construido por el autor**

Desde los datos arrojados respecto a Complejidad obstétrica y traumatismos en el nacimiento, de acuerdo a los datos arrojados en los últimos tres años se ha presentado un promedio de 56 casos por año, no se ha presentado disminución año a año, pues en 2014 aumentó el número de casos identificados en la ciudad de Bogotá.

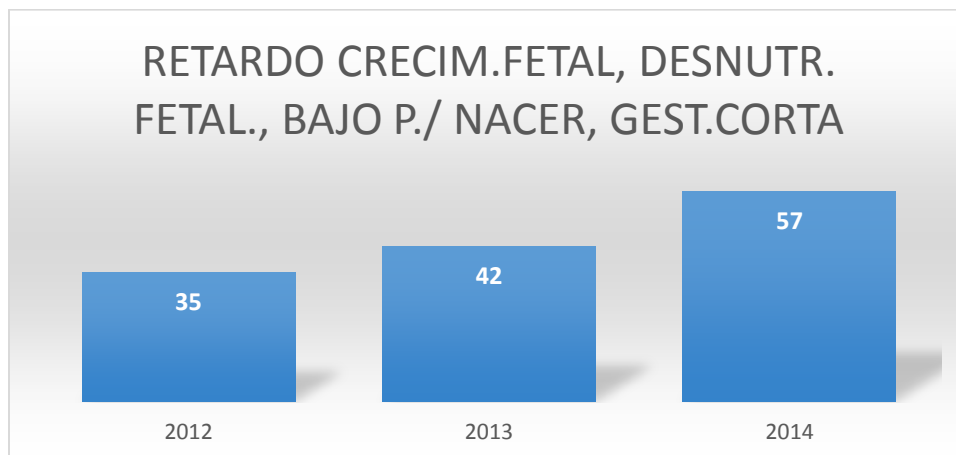
## GRAFICA 22 COMPLEJIDAD OBSTÉTRICA Y TRAUMATISMOS EN EL NACIMIENTO



Fuente: Construido por el autor

Respecto a los casos identificados relacionados con Retardo en el crecimiento fetal, desnutrición fetal, bajo peso al nacer y gestación corta, se observa un promedio de 45 casos en los tres años observados, es necesario notar que esta cifra ha crecido año tras año, y se espera disminución de número de casos.

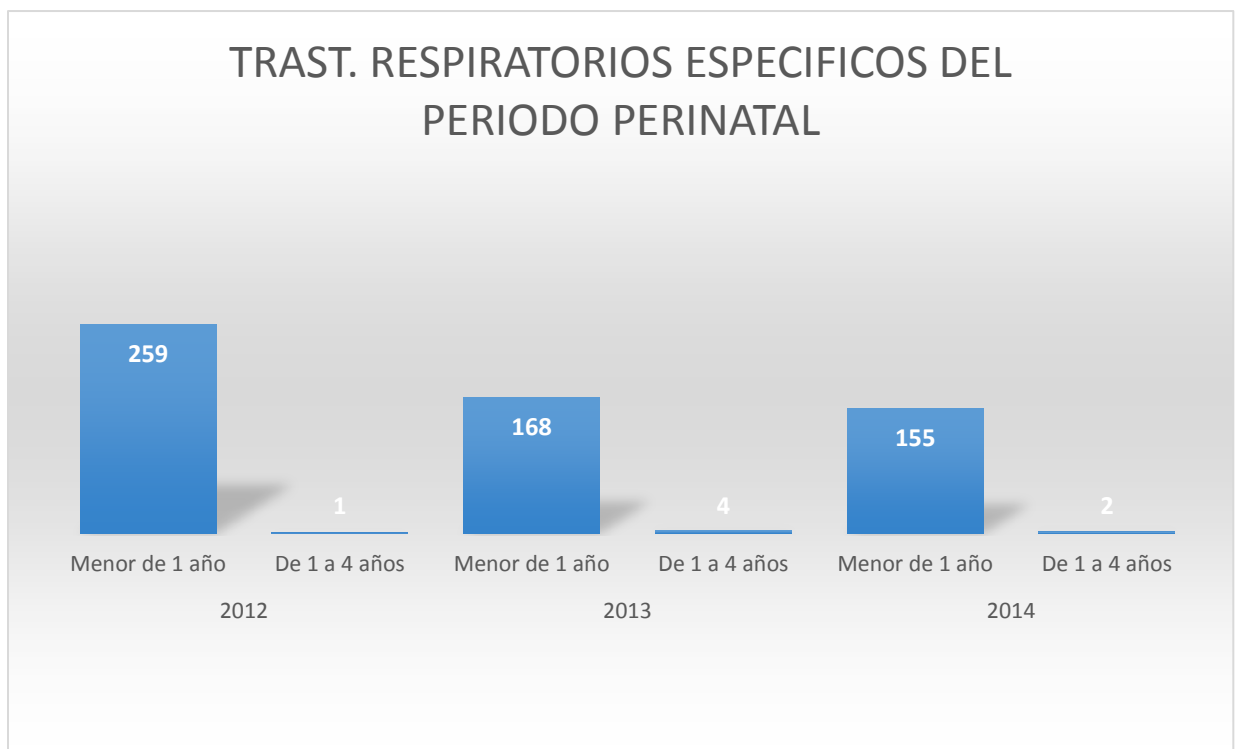
## GRAFICA 23 RETARDO EN EL CRECIMIENTO FETAL, DESNUTRICIÓN FETAL, BAJO PESO AL NACER Y GESTACIÓN CORTA



Fuente: Construido por el autor

Desde los datos encontrados respecto a Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal entre los años 2012 a 2014 se observa que entre el año 2012 y 2013 hay una disminución de casos equivalente al 35% y que para el año 2014 este dato continuo bajando; así mismo se observa que el rango de edad más afectado corresponde a los menores de un año.

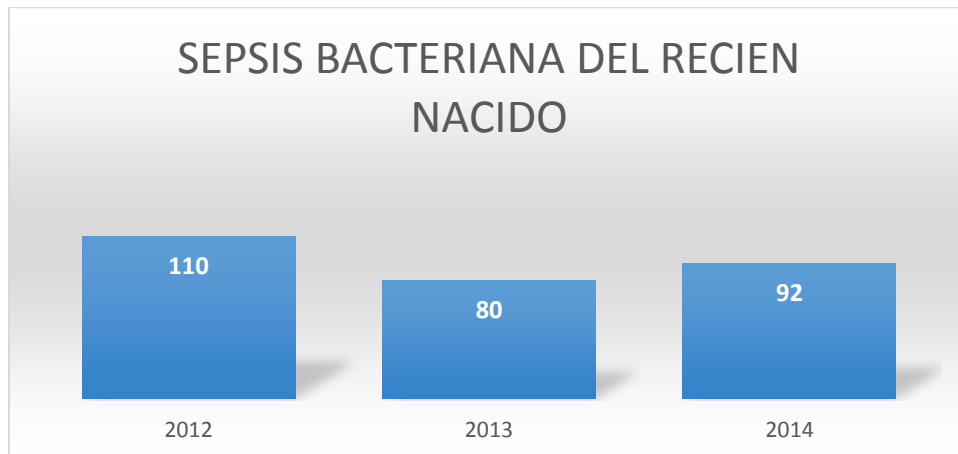
**GRAFICA 24 TRASTORNOS RESPIRATORIOS ESPECÍFICOS DEL PERIODO PERINATAL**



**Fuente: Construido por el autor**

Desde la Sepsis bacteriana del recién nacido se encuentra un promedio de 94 casos en el periodo analizado, se observó una disminución de casos para el año 2013, pero en 2014 se elevó nuevamente el número de casos encontrados.

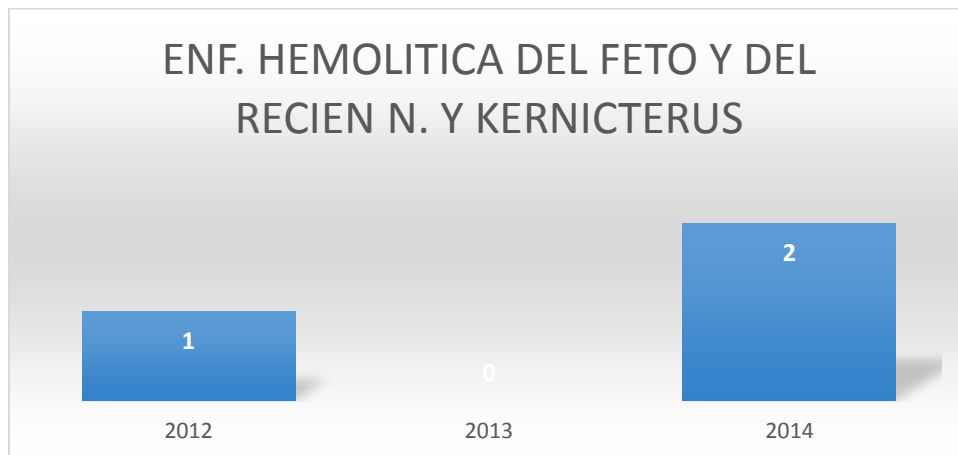
**GRAFICA 25 SEPSIS BACTERIANA DEL RECIÉN NACIDO**



**Fuente: Construido por el autor**

A pesar de que los trastornos sanguíneos no se presentan en cifras altas, la Enfermedad hemolítica del feto y del recién nacido y kernicterus ha presentado en los últimos tres años un promedio de un caso por año.

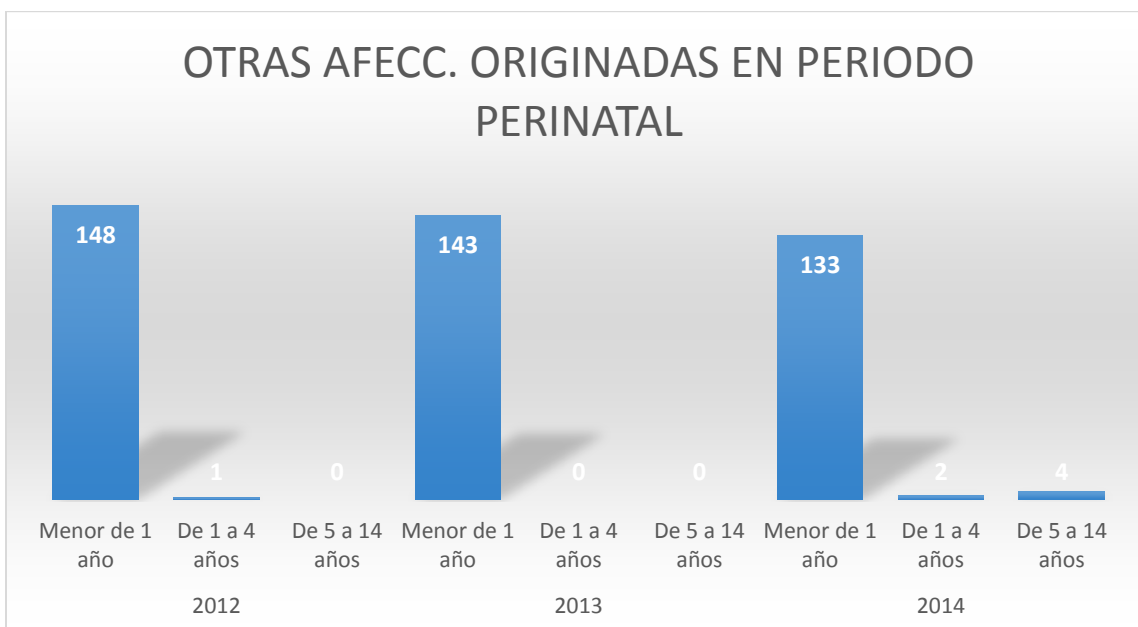
**GRAFICA 26 ENFERMEDAD HEMOLÍTICA DEL FETO Y DEL RECIÉN NACIDO Y KERNICTERUS**



**Fuente: Construido por el autor**

De acuerdo a la información suministrada, además de las anteriormente nombradas se observan otras afecciones en el periodo perinatal que muestran un rango promediado de 141,33 casos en el rango de menores de un año, promedio elevado de acuerdo a los casos notificados en los rangos de edad de 1 a 4 y de 5 a 14 años.

**GRAFICA 27 OTRAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL**

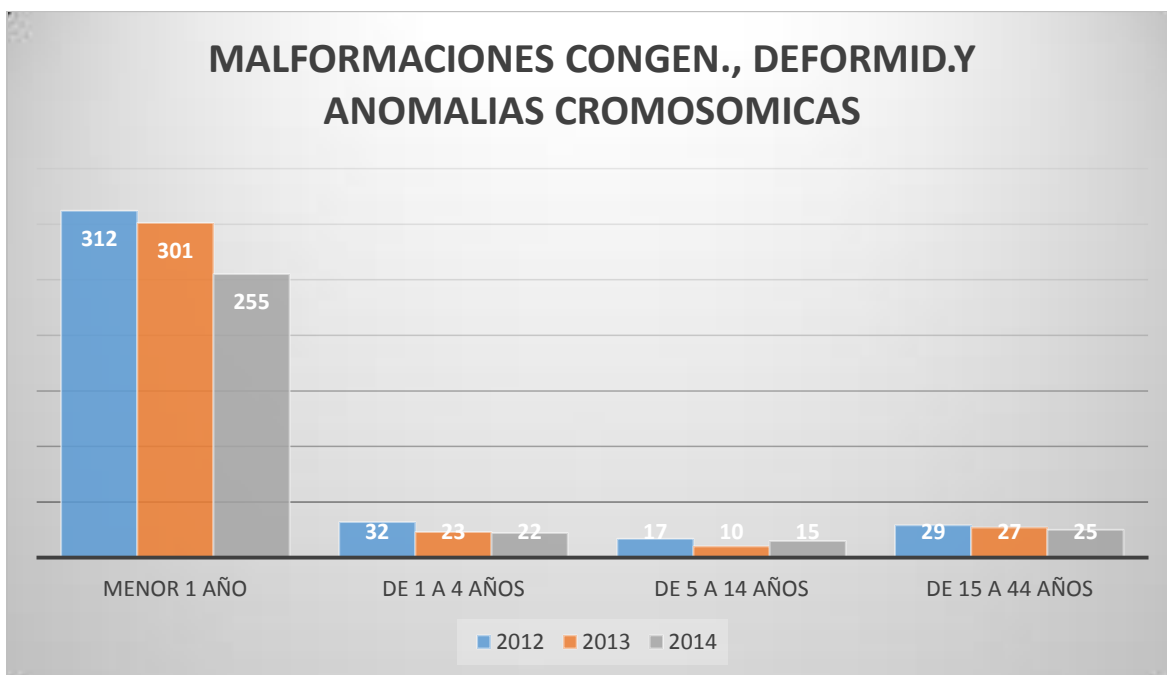


**Fuente: Construido por el autor**

Las enfermedades congénitas o defectos de nacimiento son uno de los causantes de discapacidad, desde la OMS<sup>61</sup> con cifras de 2012, estas enfermedades causan 3,2 millones de discapacidades al año y 270.000 recién nacidos fallecen antes de cumplir el mes de nacidos por este tipo de afecciones. Las anomalías congénitas incluyen malformaciones cardíacas, defectos del tubo neural y síndrome de Down, el modo de prevenirlas es con vacunación durante la infancia y la ingesta de ácido fólico, yodo, vacunación y cuidados prenatales. En Bogotá para los últimos tres años en el rango de menores de un año se presentaron 289,33 casos, de 1 a 4 años un promedio de 25, 66 casos, de 5 a 14 años 14 casos y de 15 a 44 años 27 casos.

<sup>61</sup> OMS | Anomalías congénitas  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs370/es/>

GRAFICA 28 MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS



Fuente: Construido por el autor

Tomando en cuenta todos los indicadores señalados en esta investigación, cabe resaltar que su relación directa con nuestra población interés, que son las adolescentes embarazadas, es que por ser el primer embarazo este representa riesgo para la madre, por no contar con un cuerpo totalmente desarrollado a nivel físico para soportar un embarazo, por no encontrarse psicológicamente preparadas para convertirse en madres en una edad en la que se inicia una proyección de intereses y proyecto de vida, y por en ocasiones no estar conscientes de todos los cuidados y controles que requiere un embarazo para un buen desarrollo fetal y una adecuada salud para el bebe que esperan.



## 5. CONCLUSIONES

- Colombia es un Estado Social de Derecho, estado de tipo democrático, allí existe una relación estrecha entre estado y sociedad, la responsabilidad del estado radica en la construcción y generación de condiciones que permitan a la sociedad dignidad, calidad de vida, adecuado manejo del conflicto y la generación de condiciones de seguridad y protección. La tarea del estado es la garantía de derechos individuales y colectivos; centrandolo en los derechos sexuales y reproductivos se requieren acciones nacionales y distritales que visualicen la sana sexualidad como un requisito en la formación desde las familias.
- Colombia requiere eliminación de estigmas y tabúes respecto a la vida sexual, la vida sexual de un individuo inicia desde la infancia y permanece hasta el envejecimiento, hablar de sexualidad responsable debe ser un tema de charla en una red familiar, la sexualidad para los niños es una exploración del cuerpo y no una visualización desde los adultos, de los juegos infantiles como una perversión en una mente limpia y en proceso de aprendizaje; de igual modo un adulto responsable no puede aplaudir que un niño hable de “cuca y pipi” como hablar de objetos de juego, la enseñanza de respeto al cuerpo y amor propio parte desde la primera infancia, el valorar el embarazo como resultado de una expresión de amor entre dos personas y la base de una familia funcional parte de los principios inculcados en la infancia.
- La adolescencia es una etapa de desarrollo y cambios físicos, hormonales y mentales, que son base de una visualización del cuerpo propio como objeto amado, que debe ser igualmente amado y valorado por los otros, y que requiere auto respeto y respeto de los demás. Es esta la etapa en la que los adultos deben enseñar a los jóvenes que **una sexualidad libre desde la sociedad debe ser una sexualidad responsable desde el individuo**, la familia, la comunidad y los sistemas de salud y educación deben generar estrategias que enseñen a los adolescentes que los cambios que vienen con la adolescencia, ocurren para que el individuo se concientice de ser un ser autónomo y responsable por lo que venga a futuro en todos sus campos, sexuales, afectivos, de formación, proyección social y bienestar. El adulto debe enseñar a los adolescentes que hablar de sexualidad con sus amigos como tema de fanfarroneo o tomar su

cuerpo como herramienta de exhibición, no aporta nada al amor y desarrollo individual, y si es capaz de bajar en ellos su autoestima y auto reconocimiento como alguien importante para su familia, amigos y una sociedad sana y prospera.

- Desde la adolescencia hasta la juventud el hablar de una sexualidad responsable, responde a reconocer que el contacto sexual puede venir acompañado de Infecciones de Transmisión Sexual y embarazos no deseados y que existen maneras de prevenirlo, esta formación inicia desde la familia, son los padres quienes deben enseñar a adolescentes y jóvenes el uso de un condón y de métodos anticonceptivos, los padres no pueden asignar esta responsabilidad a un sistema educativo y de salud, que deben ser herramientas complementarias, un padre es quien debe hablar con su hijo de sexualidad y acudir a profesionales como los presentes en los programas de Salud Amigable como método complementario a su formación.
- Se requiere un proceso de educación del estado a los individuos como responsables de una formación de una cultura de igualdad, donde sean los hombres y mujeres los responsables de la protección y cuidado sexual, el uso del preservativo no afecta ni la virilidad, ni la sensibilidad en el acto sexual; el uso de métodos de planificación no es una tarea única de la mujer, la sexualidad es de dos y el control de la natalidad y su planificación corresponde a los dos; el comprar preservativos no corresponde solo a los hombres y el hecho de que una mujer los compre no la convierten en “zorrra”, solo en alguien consiente y responsable de su salud y su cuerpo; la convivencia de una pareja no puede hacer que la sexualidad pase a un segundo plano y es de la pareja la responsabilidad de hacer de la sexualidad un acto sano, permanente, creativo y que fortalece la salud física y emocional del individuo y refuerza la estabilidad y permanencia de la familia; así mismo el encontrarse en la etapa de envejecimiento y vejez no quiere decir que no se quiera o no se deba tener una vida sexual activa y el acto sexual no se puede limitar a una penetración, también está acompañado de caricias y exploraciones del cuerpo.
- Desde la evidencia revisada en la investigación, se muestra que una política de sexualidad nacional y distrital clara y que amplíe los escenarios a los que está dirigida, sin unificar a las adolescentes como grupo único al que se dirigen las acciones puede permitir un incremento de efectos beneficiosos y una disminución estadística de tasas de embarazo en el distrito,

aunque este es solo un indicador, pues el mayor problema es la no existencia de una educación sexual clara, integral y responsable.

- Respecto a los documentos revisados: Programa de Salud Sexual y Reproductiva con enfoque territorial y promocional de calidad de vida y salud y el Lineamiento de la Política Distrital de Sexualidad de Bogotá 2012- 2022, desde sus marcos conceptuales se evidencia la contextualización situacional de sexualidad desde indicadores de la rama de la salud, pero se requiere la atención de los temas propuestos en esta investigación
  - Familia
  - Efectos en la vida de madres y/o gestantes adolescentes
  - Factores determinantes del embarazo adolescente
  - Problemas relacionados con el embarazo adolescente
    - ◆ Educación sexual
    - ◆ Desigualdad de genero
    - ◆ Pobreza
    - ◆ Embarazo en condiciones de violencia
    - ◆ Situación de desplazamiento forzoso

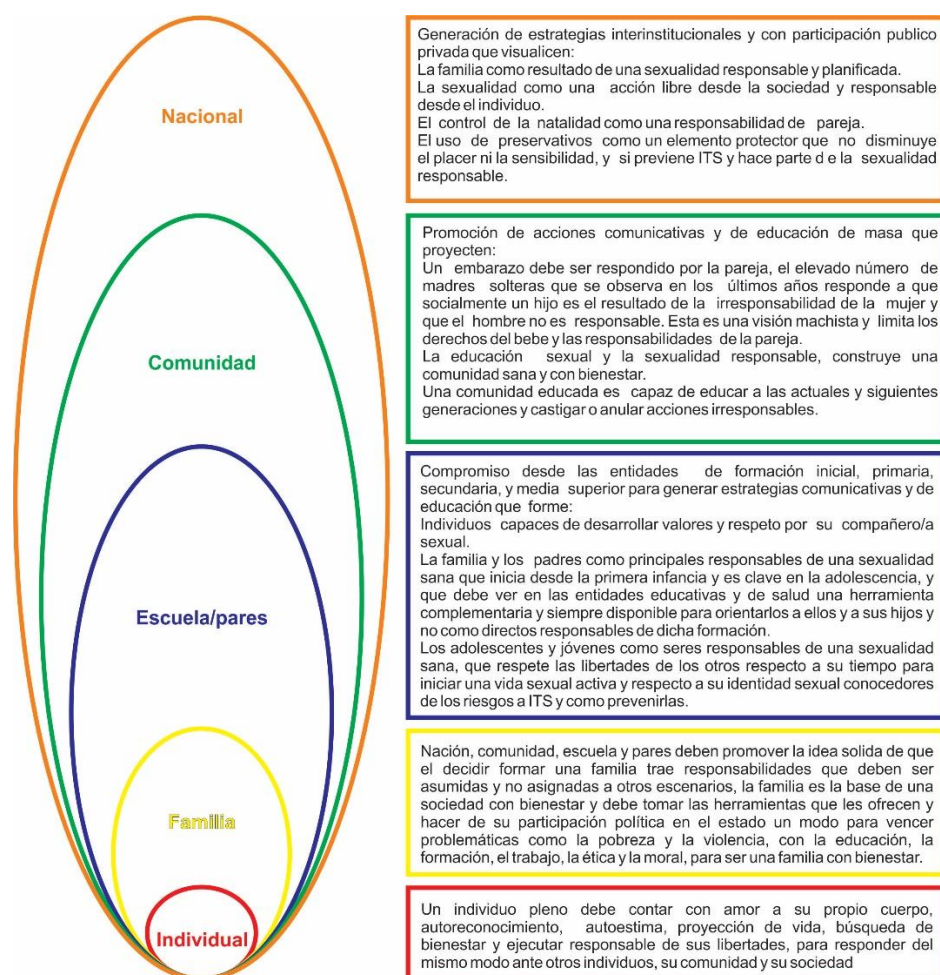
Esto por estar estas temáticas relacionadas con la situación de embarazo adolescente y por estar de igual modo relacionadas con sexualidad y/o salud sexual y reproductiva.

- Las políticas públicas están orientadas a transformar realidades sociales y la manera de concebir y realizar acciones, para lograr los cambios en lo público se requiere movilización y participación del campo privado, pues los fines y las metas de una política pública están relacionados con la generación de cambios y patrones culturales y sociales, entidades prestadoras de servicios de salud, entidades educativas privadas tanto de educación básica, media y universitaria, así como ONG's y empresas que relacionen su línea de intervención en temas de sexualidad (Métodos de planificación, preservativos y otros), deben ser partícipes en la ejecución de las acciones planteadas en la política para lograr alcances e impactos unificados, reales y movilizadores de una cultura y una sociedad.

## 6. RECOMENDACIONES

Tomando como base el modelo del informe de Maternidad en la niñez (Enfrentar el embarazo adolescente, Estado de la población mundial 2013 de UNFPA) donde se evidencia una gama de factores complejos que influyen en el embarazo en adolescentes y la interacción entre los mismos desde un enfoque “ecológico”, desde esta investigación se recomienda un modelo ecológico con una serie de factores que deben ser tocados y fortalecidos dentro de una política de salud sexual y reproductiva que enfrente la problemática del embarazo en adolescentes y que genere los cambios sociales que respondan a una sexualidad libre y responsable.

**GRAFICA 29 MODELO ECOLÓGICO CON FACTORES A SER INCLUIDOS EN LA POLÍTICA DISTRITAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**



Fuente: Construido por el autor

Del mismo modo y como fue anotado en las conclusiones de la presente investigación, las entidades prestadoras de servicios de salud -EPS, entidades educativas privadas tanto de educación inicial, primaria, secundaria y media superior, así como ONG's y empresas que relacionen su línea de intervención en temas de sexualidad (Métodos de planificación, preservativos y otros), deben ser partícipes junto con la comunidad en la construcción y en la ejecución de las acciones planteadas en la Política Pública Distrital de Sexualidad, para conseguir resultados eficaces e impactos unificados, reales y movilizadores de una cultura y una sociedad.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

- Gracia, E. y Musitu, G. El maltrato infantil. Un análisis ecológico de los factores de riesgo. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1993
- Light, D., Keller, S., Calhoun, C. Sociología, 1991
- Castelo-Branco, C. Sexualidad Humana, Una aproximación Integral, 2005
- Palacio, M. Educación sexual para nuestros hijos e hijas en la sociedad actual, 2003
- Departamento de Prosperidad Social DPS, Piloto de Promoción de Salud Sexual y Reproductiva y Prevención de embarazo en adolescentes. Documento Operativo Técnico, 2014
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF, Modulo Conceptual Derechos Sexuales y Reproductivos, 2008
- Checa, S. y Erbaro C. Genero sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia, 2003
- Quiñones, M. Sexualidad adolescente: una mirada actual, 2000
- Bailey, G. Un cuerpo cambiante: todo lo que necesitas saber sobre la pubertad, 2007
- Martínez, H. Martínez, J. De cuerpos y aprendizajes: sexualidad temprana y riesgos reproductivos, 2002
- ONU Mujeres, Un objetivo transformador e independiente para lograr la igualdad de género, los derechos y el empoderamiento de las mujeres: imperativos y componentes claves en el contexto del marco de desarrollo post-2015 y los objetivos de desarrollo sostenible, 2013
- PNUD, Objetivos del Milenio, Colombia 2014
- DANE, Mercado laboral por sexo Trimestre Enero – Marzo 2015
- Child Trends, Mapa Mundial de la Familia 2013. Los cambios en la familia y su impacto en el bienestar de la niñez.
- PNUD, Informe sobre Desarrollo humano 2002
- Feres, J. Mancero, X. Enfoques para la medición de la pobreza. Breve revisión de la literatura. CEPAL. 2001
- Alvarado, A. Vivas, A. Pobreza, una propuesta de análisis sistémico

- WHO Global Consultation on Violence and Health. Violence: a public health priority. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1996.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Forensis 2013
- García, P. Bethencourt, J. Sola, E. Martín, A. Armas, E. Violencia y psicología comunitaria. Aspectos psicosociales, clínicos y legales.
- OMS, UNODC, PNUD. Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia, 2014
- IDMC, NRC. Informe Global 2015: Desplazados internos por conflicto y violencia. 2015
- Ibáñez A. El desplazamiento forzoso en Colombia: Un camino sin retorno hacia la pobreza, Universidad de los Andes, 2008
- Defensoría del Pueblo, Promoción y Monitoreo de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres víctimas de desplazamiento forzado con énfasis en violencias intrafamiliar y sexual, 2008
- Comité Regional Andino para la prevención del embarazo en adolescentes, Barreras para el acceso de adolescentes y jóvenes a servicios de salud – Propuesta para su identificación y superación, Documento regional 2010
- OMS, Salud para los adolescentes del mundo – Una segunda oportunidad en la segunda década, 2014
- UNFPA, Cuando el parto es nocivo: La fistula obstétrica, Texto actualizado con información técnica en Diciembre de 2012.
- Martínez A. Martínez J. De cuerpos y aprendizajes, 2002
- Checa S. Género, sexualidad y derechos reproductivos de la adolescencia, Paidós, 2003
- UNFPA, Maternidad en la niñez – Enfrentar el embarazo adolescente, Estado de la población mundial 2013
- Banco Mundial, Embarazo adolescente y oportunidades en América Latina y el Caribe – Sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos, 2012
- SDIS, Orientaciones en el proceso de formulación e implementación de las Políticas Públicas en Bogotá, 2011
- Bardach E. Los ocho pasos para el análisis de Políticas Públicas, Un Manual para la práctica, 2008
- Botella J. Gambara H. Que es el meta – análisis, 2002

- Jaramillo I. Embarazo adolescente entre la política y los derechos, Universidad de los Andes, 2013