SERIE DE ESTUDIOS A PROFUNDIDAD

Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS - 1990 / 2010



Factores protectores y factores de riesgo del embarazo adolescente en Colombia

Educación sexual de mujeres colombianas en la juventud:
un análisis desde el enfoque basado en derechos humanos

Profamilia
Prosperidad para todos
Fundación corona
Universidad del Rosario
Universidad de los Andes Colombia
ICP Instituto de Ciencia Política Hernán Echavarría Olózaga
Fundación Hernán Echavarría Olózaga 20 años
UNFPA

Mesa Técnica Serie de Estudios a Profundidad ENDS 1990 - 2010

Asociación Probienestar de la Familia Colombiana – PROFAMILIA-
Marta Royo. Directora Ejecutiva
Juan Carlos Vargas. Gerente de Investigaciones
Liliana Schmitz. Gerente de Gestión Social
Claudia Gómez López Directora de Investigaciones

Fondo de Población de Naciones Unidas –UNFPA-
Tania Patriota. Representante
Lucy Wartemberg. Representante Auxiliar

Fundación Hernán Echavarría Olózaga
Ana Milena Ordosgoitia. Directora Ejecutiva

Instituto de Ciencia Política Hernán Echavarría Olózaga
Marcela Prieto. Directora Ejecutiva
Julie Hernández. Directora de Proyectos

Fundación Corona
Angela Escallón Emiliani. Directora Ejecutiva
Nicolás Bermudez. Gerente de Proyectos

Apoyo Técnico
Departamento Nacional de Planeación
Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer
Colombia Joven

Secretaría Técnica
Rolando Enrique Peñaloza

Resúmenes Ejecutivos
Paola Salgado Piedraíta

Autores
Carmen Elisa Flórez
Ciro Martínez Gómez
Claudia Gómez López
Dario Maldonado
Darwin Cortés
Deisy Arrubla Sánchez
Elisa Dulcey-Ruiz
Elvia Vargas Trujillo
Juan Miguel Gallego
Lina María Sánchez
María Cristina Calderón
Martha Carolina Ibarra
Pablo Sanabria Ferrand
Rocio Murad
Victoria Eugenia Soto

Bogotá, Julio de 2013

Serie de Estudios a Profundidad Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS - 1990 / 2010

Colombia cuenta con múltiples fuentes de información para la formulación, seguimiento y evaluación de políticas, planes de acción y proyectos. Estas fuentes son entre otras los registros administrativos de las entidades del Estado, las cuentas nacionales y las encuestas poblacionales como la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS).

La ENDS ha sido fuente para la definición de políticas de salud de las mujeres, niños y niñas, y ha permitido hacerle seguimiento al comportamiento y a los cambios de la vida reproductiva de las colombianas.

Si bien el uso y análisis de la información se ha concentrado en escenarios académicos y técnicos especializados, cada vez hay más demanda por parte de otras instancias como los gobiernos locales, las organizaciones sociales, las y los estudiantes, agentes internacionales y la empresa privada. Con el fin de dar respuesta a esta necesidad, en 2011 se conformó una alianza estratégica público-privada para la identificación de temas prioritarios para el país, que se pudieran analizar con base de los datos de la ENDS. Se definieron siete temas de vital importancia para el crecimiento social, económico y político del país, así como para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, los cuales se desarrollaron a través del proyecto de la **Serie de Estudios a Profundidad ENDS 1990 - 2010.**

En la alianza participan la Asociación Probienestar de la Familia Colombiana –Profamilia-, el Fondo de Población de las Naciones Unidas –UNFPA-, el Instituto de Ciencia Política Hernán Echavarría Olózaga, la Fundación Hernán Echavarría Olózaga y la Fundación Corona, conformando una Mesa Técnica para el direccionamiento de la Serie de Estudios a Profundidad. A la que se sumaron el Departamento Nacional de Planeación –DNP-, Colombia Joven y la Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer. Adicionalmente, para la realización del estudio sobre educación sexual se aunaron esfuerzos técnicos y financieros con la Universidad de los Andes y la Universidad del Rosario.

La Serie de Estudios a Profundidad es una apuesta por la democratización de la información, en la medida en que entrega a diversos públicos evidencia sobre las trasformaciones ocurridas en Colombia, sus regiones y departamentos en los últimos 20 años (1990 – 2010), sobre la estructura de la población, la familia, el envejecimiento, el trabajo de las mujeres, la fecundidad adolescente, la educación para la sexualidad y la violencia contra las mujeres. La Serie busca introducir en la agenda pública temas prioritarios generando espacios de discusión para el fortalecimiento y la construcción de políticas públicas.

Mesa Técnica. - 2010 Serie de Estudios a Profundidad ENDS 1990 - 2010

SERIE DE ESTUDIOS A PROFUNDIDAD

Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS - 1990 / 2010



Factores protectores y factores de riesgo del embarazo adolescente en Colombia

Carmen Elisa Flórez – Investigadora Principal
Victoria Eugenia Soto – Coinvestigadora

1. Introducción

La investigación sobre fecundidad adolescente de la Serie de Estudios a Profundidad ENDS 1990 – 2010, busca identificar y analizar los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de un embarazo a temprana edad, los factores protectores que disminuyen esa probabilidad, y caracterizar a las mujeres adolescentes que alguna vez han estado embarazadas. Para ello, la investigación tomó como fuente las Encuestas de Demografía y Salud (ENDS) de 1990, 1995, 2000, 2005 y 2010.

Según resultados de las ENDS, entre los años 1990 a 2010, la proporción de adolescentes madres o embarazadas aumentó del 18,8% al 19,5%, teniendo una leve tendencia a la baja en los últimos 5 años. El embarazo adolescente es mayor en las zonas rurales que urbanas, y mayor entre las mujeres de menor nivel socioeconómico (riqueza). La tendencia creciente del embarazo adolescente de las últimas décadas se observa tanto en áreas urbanas como rurales y en mujeres de diferente nivel socioeconómico[1].

Para el año 2005, en Colombia se registraba que el porcentaje de embarazo precoz llegaba al 20,5%, siendo el país en la región con el aumento más acelerado del número de adolescentes madres o embarazadas durante el periodo 1995 – 2005.

El estudio sostiene que la exposición de riesgo al embarazo en las adolescentes ha venido aumentando, sin cambios importantes en los patrones de uniones (legales o consensuales), lo que significa que se ha dado un aumento en la longitud del período de exposición al riesgo de embarazo adolescente prematrimonial y se ha generado un aumento en la prevalencia del madresolterismo[2].

Los estudios previos han asociado el embarazo en adolescentes a factores individuales, como nivel educativo, acceso a información sobre Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y a métodos anticonceptivos; así como a percepciones sobre la norma social, la maternidad y las oportunidades de movilidad social, aunado a otros elementos de tipo socio económico. Paradójicamente, en el caso colombiano, el incremento se ha dado de manera paralela con el aumento en los niveles educativos de la población, mayores tasas de asistencia escolar primaria y secundaria, mayor cobertura del sistema de salud, mayor uso de métodos anticonceptivos, y mejores indicadores sociales de los hogares[3].

Otros estudios también han evidenciado que el embarazo adolescente podría estar relacionado, entre otras, con: a) un conocimiento deficiente de la fisiología reproductiva y del uso no apropiado de los métodos de control natal, lo cual ha generado altas tasas de falla de métodos; b) poco efecto de las programas en educación sexual; y c) un efecto importante de factores psicosociales y socioculturales[4].

La investigación retoma entonces los determinantes del embarazo adolescente identificados en estudios previos y los asocia a factores individuales (psicosociales, socioculturales, socioeconómicos), interpersonales (del hogar, de los pares) y contextuales (comunidad y política social), los cuales a su vez se relacionan con los determinantes próximos de la fecundidad, es decir, el inicio de relaciones sexuales y la nupcialidad, el uso de métodos anticonceptivos, y la infertilidad posparto así como el aborto, principalmente[5].

El estudio pretende identificar cuáles han sido aquellas variables que se han caracterizado por ser factores protectores frente al embarazo adolescente, y cuáles han sido aquellas que se han convertido en factores de riesgo.

2. Enfoque teórico y metodológico

2.1. Enfoque teórico

El estudio adopta la definición de adolescencia como el periodo entre los 10 a 19 años de edad donde se dan transformaciones profundas a nivel físico y psicológico. En la adolescencia[6] se pueden identificar tres estadios: i. adolescencia temprana, que se da entre los 10 – 13 años y es cuando ocurren los cambios más importantes a nivel físico y social, en coincidencia con la pubertad; ii. Adolescencia intermedia, que ocurre entre los 14-17 años y se caracteriza por ser un periodo[7] de creciente independencia de los padres y la familia; iii. Adolescencia avanzada que va hasta los 19 años[8].

1. FLÓREZ, Carmen Elisa y SOTO, Victoria Eugenia. Factores protectores y factores de riesgo del embarazo adolescente en Colombia. En: Serie de Estudios a Profundidad ENDS 1990 – 2010. Bogotá, p. 1.

2. Ibíd., p. 2.

3. Ibíd., p. 7.

4. VARGAS, E. et al. Influencia de los programas televisivos con contenido sexual sobre el comportamiento de los adolescentes. En: Documentos Centro de Estudios Socioculturales e Internaciones (CESO), no. 82, Universidad de los Andes, Bogotá, 2004. En: Ibíd., p. 8. (CESO), no. 82, Universidad de los Andes, Bogotá, 2004. En: Ibíd., p. 8.

5. FLÓREZ Carmen Elisa, et al. Op. Cit., p. 2.

6. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es un periodo durante el cual: 1) el individuo pasa de la aparición inicial de las características sexuales secundarias a la madurez sexual; 2) vive la evolución de los procesos psicológicos y los patrones de identificación de niño/a a adulto/a y, 3) se da una transición de un estado de total dependencia económica y social a un estado relativo de independencia en estas áreas (WHO, 2002).

7. Este periodo puede acortarse por la deserción escolar o el embarazo precoz

8. Puede extenderse más allá de los 20 años cuando se mantiene la permanencia en el ámbito escolar, se pospone la entrada al mercado laboral y la conformación de una nueva familia

El estudio toma como marco conceptual y metodológico el enfoque de los modelos ecológicos, que consideran los comportamientos en salud como el resultado de la interacción compleja de múltiples factores presentes en distintos niveles de influencia: el nivel individual, el interpersonal y el contextual, a saber:

a) El nivel individual está representado por las variables socioeconómicas y psicosociales de la persona. Para estas se consideraron variables educativas, cognitivas y comportamentales.

b) El nivel interpersonal corresponde a las variables sobre procesos de intercambio de información formales y no formales, que ocurren entre la persona y los integrantes de grupos primarios de referencia como la familia, la pareja, la escuela, los servicios de salud y la red social próxima. Las variables analizadas fueron aquellas relacionadas con las características del hogar/familia, la estructura y funcionalidad de la red de apoyo social, la calidad de las relaciones con figuras significativas, características socio-demográficas, expectativas, normas y comportamientos de figuras parentales, agentes sociales de influencia y grupos de referencia.

c) El nivel contextual incluye las variables comunitarias, institucionales y políticas que influyen en la vida de las personas aunque no interactúan directamente con ellas[9]. Las variables analizadas tienen que ver con elementos de orden institucional, comunitario y de la política pública.

Como se mencionó, los factores determinantes del embarazo adolescente, en cualquiera de los niveles ya descritos, se pueden agrupar en factores protectores (que disminuyen la probabilidad del embarazo) y factores de riesgo (que aumentan la probabilidad). El balance entre los factores protectores y los factores de riesgo determina la vulnerabilidad, la cual se define como "la probabilidad de tener un resultado negativo a partir de la exposición de un conjunto de factores de riesgo, debido a la incapacidad de la persona de hacerles frente" [10].

2.2. Enfoque metodológico

La investigación utiliza la información de las Encuestas de Demografía y Salud realizadas en 1990, 1995, 2000, 2005 y 2010. Los sujetos de análisis son las adolescentes de 13-19 años de edad (ENDS-2010 y ENDS-2005), o de 15-19 años (ENDS previas a 2005). La muestra ha aumentado en las últimas encuestas siendo para 2010 de 9.354 adolescentes.

La población objeto de análisis se estratifica por edad y por condición conyugal. Esta última porque la mayor parte de los embarazos tempranos ocurre dentro de las uniones: en 2010, el 70% de las madres adolescentes estaban o habían estado en unión. Se incluye también como tercera variable estratificadora, el inicio de relaciones sexuales, pues el embarazo está condicionado a esta. Las variables estratificadoras son:

· Inicio de relaciones sexuales (si/no)
· Estado conyugal actual (alguna vez unida / nunca unida)
· Grupo de edad actual (adolescencia temprana y media: 13-16 años, adolescencia tardía: 17-19 años)

La variable objeto de análisis es el embarazo durante la adolescencia, en este caso, antes de los 20 años de edad. Como indicador de embarazo se utiliza el porcentaje de adolescentes que en algún momento han estado embarazadas, aunque el embarazo no haya terminado en nacido vivo; esto incluye 3 grupos:

· Adolescentes madres (con al menos un hijo nacido vivo).
· Adolescentes embarazadas al momento de la encuesta.
· Adolescentes que han tenido alguna vez un embarazo que terminara en pérdida, interrupción o aborto, embarazo extrauterino o una muerte fetal o nacido muerto[11]

De acuerdo con el marco teórico, el siguiente cuadro describe las variables objeto de análisis y los factores asociados, escogidos para el análisis:

9. TRUJILLO, Elvia Vargas. Educación sexual de mujeres colombianas en la juventud: un análisis desde el enfoque basado en derechos humanos. Universidad de los Andes, Universidad del Rosario, Serie de Estudios a Profundidad, ENDS 1990 – 2010. En: FLÓREZ, Carmen Elisa, et al. Op. Cit, p. 5.

10. Departamento Nacional de Planeación. CONPES Social 147. Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para niños, niñas, adolescentes y jóvenes entre 6 y 19 años. En: Ibíd., p. 6.

11. Ibíd., p. 8.

Cuadro 1. Variables seleccionadas [12]

Variables	Descripción de la variable	Variable común*
Variable de análisis (dependiente)		
Alguna vez embarazada	Ha tenido un hijo nacido vivo, embarazada al momento de la encuesta o ha sufrido alguna pérdida	x
Factores intrapersonales		
Comportamiento (factores próximos)		
Ha iniciado Relaciones Sexuales	Ha inciado relaciones sexuales	x
Alguna vez unida	Alguna vez ha estado unida legal o consensualmente	x
Alguna vez ha utilizado método moderno	Alguna vez ha usado un método moderno de planificación familiar	x
Carácteristicas socio-demográficas		
Edad	Edad al momento de la encuesta	x
Asistencia al sistema educativo	Asiste al colegio o escuela al momento de la encuesta	x
Migrante Reciente	Vive en el lugar de residencia actual hace 5 años o menos	x
Conocimiento		
Ha recibido informacion PF	Ha recibido información sobre métodos de PF por visita de trabajadora social o centro de salud	x
Conocimiento del ciclo reproductivo	Conoce que hay mayor probabilidad de quedar en embarazo a la mitad del ciclo reproductivo	x
Ha recibido educación sexual por medios:		
Formales	Incluye: escuela, colegio, universidad, hospital, centro de salud, iglesia o profamilia; clases exclusivas de sexualidad, conferencias, ferias de sexualidad, talleres, video o videoconferencias	
Informales	Incluye: papá, mamá, amigo(a), novio(a), profesor, sacerdote, medico, médico, familiar, otro	
Media (TV, radio, otros)	Incluye: prensa, televisión, revistas, libros o internet	
Derecho a PF gratuito en la EPS	Sabe que la EPS tiene la obligación de entregar método de planificación sin copago ni cuota moderadora	
Recibio información sobre PF en la EPS	Ha recibido información de PF en la EPS	
Percepción y actitudes		
Percepción de PF	Aprueba que las parejas usen métodos de planificación familiar	x
Falta educación sexual	Considera que le falta educación sexual	
Es un problema el estar embarazada	Considera que el embarazo es un problema	
Capacidad para encontrar un condón	Afirma que puede conseguir un condón por ella misma si lo deseara	
Prácticas		
Diferencia con el 1er compañero sexual	Diferencia en años entre la edad de la adolescente y su primer compañero sexual	
Dif menor de cero		
Dif entre 0 y 2 años		
Dif entre 3 y 5 años		
Dif más de 5 años (Ref)		
Violencia		
Adolencente que ha sido manoseada	Afirma haber sido manoseada o tocada en contra de su voluntad	
Factores interpersonales		
Familiares		
Nivel de Riqueza del hogar	Nivel de riqueza del hogar basado en los activos del hogar, en el momento de la encuesta	x
Quintil 1	Quintil 1, el mas pobre	
Quintil 2	Quintil 2	
Quintil 3	Quintil 3	
Quintil 4	Quintil 4	
Quintil5	Quintil 5, el más rico	
Tipo de hogar nuclear	Vive en un hogar nuclear en el momento de la encuesta	x
Clima educativo	Promedio de años de educación de las personas mayores de 15 años en el hogar actual	x
Violencia familiar:		
El padre golpeaba a la madre	Afirma saber que su padre golpeaba a su madre	
Factores contextuales		
Zona de residencia		
Vive en zona rural	Vive en zona rural	x
Nivel departamental		
Sufrido violencia física (Pob 15-24 años)	Porcentaje de mujeres que ha sufrido violencia física (Pob 15-24 años)	
Sufrido violencia sexual (Pob 15 - 24 año)	Porcentaje de mujeres que hasufrido violencia sexual (Pob 15 - 24 año)	
Tenido RS antes de los 18 (Pob 18-22 años)	Porcentaje de mujeres que ha tenido RS antes de los 18 (Pob 18-22 años)	
Han sido madres antes de los 20 (Pobl 20-24 años)	Porcentaje de mujeres que han sido madres antes de los 20 (Pobl 20-24 años)	
Sabe donde encontrar condón (Pob 15-24 años)	Porcentaje de mujeres que sabe donde encontrar condón (Pob 15-24 años)	
Aprobación PF (Pob 15-24 años)	Porcentaje de mujeres que ha aprueba que parejas usen PF (Pob 15-24 años)	
Recibído Información PF (Pob 15-24 años)	Porcentaje de mujeres que ha recibído Información Formal de PF (Pob 15-24 años)	
Trabajo (Pob 25-29 años)	Porcentaje de mujeres que trabaja por pago al momento de la encuesta (Pob 25-29 años)	
Numero de niños < 5 / Personas en el hogar	Numero de niños de 5 años o menos / Numero de personas en el hogar. (Variable de identificación para la ecuación de selección del Probit Bivariado)	
Región de residencia		x
Región Bogotá	Región definida en la ENDS	
Región Atlántica	Región definida en la ENDS	
Región Oriental	Región definida en la ENDS, salvo que en los años 2005 y 2010 incluye los deptos de los antiguosTerritorios nacionales	
Región Central	Región definida en la ENDS	
Región Pacífica	Región definida en la ENDS	

* Las variables marcadas con x están disponibles en las ENDS-1995, ENDS-2000, ENDS-2005 y ENDS-2010. Las no marcadas con x solo están en la ENDS-2010.

12. Ibíd., p. 7.

La caracterización de las adolescentes embarazadas se hace mediante un análisis bivariado-descriptivo y con el fin de identificar los factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente, se estima un modelo multivariado probit[13]. El modelo se desarrolla en dos etapas, primero, se estima la probabilidad de inicio de relaciones sexuales, y en un segundo paso se estima la probabilidad de estar alguna vez embarazada ajustando por el sesgo de selección en el inicio de relaciones sexuales.

3. Principales hallazgos

3.1. Características de las adolescentes: relaciones sexuales, uniones y maternidad

De acuerdo con los siguientes tres grupos de adolescentes: las que han iniciado relaciones sexuales, las que han establecido una unión estable (legal o consensual) y aquellas que han tenido un embarazo (nacido vivo, embarazo actual o pérdida), se encuentra una disociación entre inicio de relaciones sexuales, unión y maternidad, la cual se ha venido ampliando en los últimos 15 años.

De la misma manera, han aumentado las relaciones sexuales previas a la unión y el nacimiento de hijos antes de la constitución de la unión. El número de mujeres embarazadas después de constituida la unión baja de 75% en 1995 a 58% en 2010, mientras que aquellas embarazadas nunca unidas pasa de ser en 1995 de 20% a 34% en 2010.

Por otro lado, se evidenció un aumento en la proporción de mujeres que iniciaron relaciones sexuales entre las nunca unidas, y una disminución de la edad de inicio de la actividad sexual. Esto implica una ampliación del periodo de exposición al riesgo de embarazo entre las nunca unidas. En el 2010, solo un poco más de una tercera parte de adolescentes expuestas al riesgo de embarazo habían estado en unión alguna vez.

El grupo de adolescentes que no ha iniciado relaciones sexuales ha estado caracterizado, a lo largo del tiempo, por condiciones más favorables (factores individuales e intrapersonales), seguido por el grupo de las nunca unidas que han iniciado relaciones sexuales, y por último se encuentra el grupo de alguna vez unidas con las condiciones más desfavorables.

3.2. Prevalencia del embarazo adolescente

Respecto a la proporción de embarazo adolescente, se encontró que para el año 2010 fue de un 21.1%; el aumento se dio en todos los grupos de edad, pero especialmente en adolescentes entre los 17 y 18 años de edad.

La prevalencia del embarazo adolescente entre el total de adolecentes ha aumentado de 18% a 21% entre 1995 y 2010. Sin embargo, entre las adolescentes expuestas al riesgo de embarazo (con inicio de relaciones sexuales, ya sea unidas o no) ha disminuido de 62% a 42%. Pero el descenso se ha dado realmente entre las adolescentes nunca unidas con actividades sexuales, mientras que ha permanecido constante entre las alguna vez unidas. El descenso del embarazo adolescente entre las adolescentes expuestas (unidas y no unidas pero sexualmente activas) implica un aumento en el uso de métodos anticonceptivos en este grupo entre 1995 y 2010. El uso de métodos modernos aumentó de 63.1% a 87.2% entre las mujeres de 15-19 años actualmente unidas, y de 66.9% a 95.3% entre las no unidas pero sexualmente activas[14].

Lo anterior sugiere que, para disminuir la prevalencia del embarazo entre todas las adolescentes, se requiere disminuir mucho más la prevalencia entre las alguna vez unidas.

El embarazo adolescente disminuye en la medida que aumenta el nivel educativo y la asistencia escolar, el nivel de riqueza del hogar y el nivel educativo de la madre. Por lo que se confirma la asociación entre embarazo adolescente y la condición socioeconómica, y el contexto familiar de la adolescente; y las diferencias en la prevalencia del embarazo adolescente entre las alguna vez unidas y las nunca unidas con relaciones sexuales[15].

13. Los Modelos tipo Probit y Logit son modelos econométricos que buscan fundamentalmente establecer asociaciones entre variables dependientes e independientes y utilizan para ello el idioma binario (0 que dice que no está presente el evento y 1 donde si está presente el evento), además de esto, son modelos que permiten modelar las variables cualitativas por medio de programas estadísticos, por lo cual los resultados se presentan de manera numérica.

14. Ibíd., p. 27.

15. Ibíd., p. 29.

3.3. Los factores protectores y factores de riesgo del embarazo adolescente

Los resultados del estudio analizan no solo el embarazo adolescente para el total de adolescentes, sino también sus factores asociados, desagregados por grupos de edad y por estado conyugal (alguna vez unida vs nunca unida). Se estimaron modelos Probit y Probit Bivariado para todas las adolescentes (para todos los años analizados), Probit Bivariado por grupo de edad (años 2005 y 2010), y Probit o Probit Bivariado por estado conyugal [16].

Las estimaciones evidenciaron:

a) Los factores asociados al embarazo adolescente a lo largo del tiempo: análisis descriptivo

A lo largo del tiempo, se observa mayor uso de métodos modernos de planificación familiar, mayor asistencia escolar, mayor proporción ha recibido información de planificación familiar, y mayor proporción urbana. Por el contrario, han desmejorado en el conocimiento del ciclo reproductivo y en el clima educativo del hogar [17].

Así mismo, se pudieron establecer claras diferencias en los factores distales para las adolescentes, tanto por edad como por estado conyugal. La asistencia escolar es menor entre las que han iniciado relaciones sexuales y menor entre las que han estado alguna vez embarazadas, con respecto al total de adolescentes.

Por su parte, el recibir información de planificación familiar es más común entre las alguna vez embarazadas y menos entre el total de adolescentes; el conocimiento del ciclo reproductivo es bajo en los tres grupos, el hogar nuclear es más común, el clima educativo es más alto, la zona urbana es más común, y la pobreza es menor en el total de las adolescentes que entre las que han iniciado relaciones sexuales o las alguna vez embarazadas [18].

Para el año 2010, se observa además, que la educación sexual recibida por medios formales o informales tiende a ser menor entre las alguna vez embarazadas que entre las que han iniciado relaciones sexuales o el total [19].

b) Resultados de los modelos para todas las adolescentes

Los resultados de los modelos Probit Bivariado a lo largo del tiempo, indican que la variable de condición de unida se ha caracterizado por ser un factor de riesgo. Por otro lado, las variables de asistencia escolar, el hogar nuclear y el clima educativo del hogar han sido consistentemente factores protectores (efecto negativo), al igual que el mayor nivel de riqueza del hogar, aunque este último ha perdido importancia como factor protector del embarazo adolescente [20].

En el modelo del 2010, la condición de alguna vez unida se muestra como un factor de riesgo, mientras que la asistencia escolar y la condición de migrante reciente se evidencian como factores protectores [21].

Para este año, dentro de los factores interpersonales, el tipo de hogar nuclear y el clima educativo del hogar tienen efectos marginales negativos (factores protectores). Por el contrario, el nivel de riqueza [22] y la violencia familiar no muestran efectos estadísticamente significativos [23].

Se concluye que en 2010, para todas las adolescentes, se evidencia el efecto protector de la asistencia escolar y la educación sexual informal. Igualmente, se evidencia el efecto de riesgo que conlleva la condición de unión, sugiriendo la importancia de acciones encaminadas a posponer el inicio de esta condición.

c) Resultados de los modelos desagregados por condición de unión

Para los años 1995 a 2005, los resultados sugieren que sí hay diferencias en los factores asociados al embarazo adolescente entre las adolescentes nunca unidas y alguna vez unidas. Entre las nunca unidas, el conocimiento del ciclo menstrual es el principal factor protector, mientras que en las adolescentes alguna vez unidas es la asistencia escolar. Por el contrario, vivir en zonas rurales es el mayor factor de riesgo entre las nunca unidas, mientras que no lo es entre las alguna vez unidas [24].

16. Ibíd. pp. 24. Se estima un Probit Bivariado para las adolescentes nunca unidas y un Probit para las alguna vez unidas, debido a que en éste segundo grupo no hay sesgo de selección por inicio de relaciones sexuales. .
17. Ibíd., p. 26.
18. Ibíd., p. 26.
19. Ibíd., p.32.
20. Ibíd., p. 26.
21. Ibíd., p. 33.
22. El nivel de riqueza pierde la significancia estadística al introducirse las variables sobre factores contextuales.
23. Ibíd., p. 35.
24. Ibíd., p. 35.

En el año 2010, la asistencia escolar es el factor protector más importante del embarazo adolescente. La edad, se muestra como un factor de riesgo, pues la probabilidad de embarazo aumenta con la edad; así mismo, la probabilidad de embarazo en las adolescentes alguna vez unidas es menor en las demás regiones respecto a Bogotá.

El grupo de variables sobre conocimiento muestra mayor efecto en el grupo de adolescentes nunca unidas que en las alguna vez unidas. Por otra parte, el recibir información sobre métodos de planificación familiar tiene un efecto positivo en ambos grupos de adolescentes, lo cual, está relacionado con el hecho que estas variables se refieren al momento de la encuesta.

En cuanto a los factores interpersonales, el tipo de hogar nuclear y el clima educativo del hogar, muestran efectos marginales estadísticamente significativos solo para el grupo de adolescentes nunca unidas, evidenciando que son factores protectores.

El modelo Probit Bivariado para las adolescentes nunca unidas y del Probit para las alguna vez unidas, evidencian no solo que en el primer grupo hay un mayor número de factores protectores, sino que tienen mayor impacto, sugiriendo un campo de intervención más amplio para prevenir el embarazo adolescente, a través del grupo de adolescentes nunca unidas que de las alguna vez unidas. Dentro de estos factores, la asistencia escolar y el tipo de hogar nuclear mostraron ser los factores de mayor impacto [25].

d) Resultados de los modelos desagregados por grupo de edad

De acuerdo con los grupos de edad de adolescentes entre 15-16 y 17-19 años de edad, para los años 2005 y 2010, la condición de alguna vez unida es el factor de riesgo más importante y altamente significativo, de la misma manera haber recibido información de planificación familiar tiene un efecto positivo (relacionado con los problemas arriba mencionados).

En general, los resultados de los modelos por grupo de edad mostraron evidencia que los factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente tienden a ser comunes a ambos grupos, pero tienen mayor efecto en el grupo de adolescentes más jóvenes que entre las mayores. Esto implicaría que las políticas encaminadas a reducir el embarazo adolescente deberían hacer mayor énfasis en las edades más jóvenes. Por otra parte, la condición de unida mostró ser el factor de riesgo más importante, sugiriendo líneas de acción dirigidas a posponer la edad a la primera unión como instrumento para reducir el embarazo en la adolescencia [26].

Los resultados para el año 2010, desagregado por grupos de edad de 13-16 y 17-19 años, y aplicado al grupo de las adolescentes que iniciaron relaciones sexuales, muestra que, en cuanto a los factores interpersonales, la condición de unión es un factor de riesgo importante en ambos grupos y con mayor incidencia en las adolescentes de mayor edad. Por el contrario, la asistencia al sistema educativo es un factor protector en ambos grupos de edad, pero el impacto es mucho mayor en las adolescentes más jóvenes.

En cuanto a los factores sobre conocimiento, el recibir información sobre planificación familiar nuevamente tiene efecto positivo, evidenciando los problemas de endogeneidad generados por el hecho de que la variable se refiere al momento de la encuesta[27]. En el grupo de factores interpersonales, el tipo de hogar nuclear es un factor protector estadísticamente significativo, en ambos grupos de edad, siendo mayor el efecto entre las adolescentes de mayor edad.

Los resultados de los modelos indican que los efectos marginales de los factores incluidos son mayores entre las adolescentes más jóvenes, siendo la asistencia escolar y la percepción sobre el embarazo adolescente los dos principales factores protectores, mientras que la condición de alguna vez unida es el principal factor de riesgo [28].

25. Ibíd., p. 31.
26. Ibíd., p. 33.
27. Ibíd., p. 37.
28. Ibíd., p. 37.

4. Conclusiones y recomendaciones

4.1. Conclusiones

a) Se evidencia un aumento en el embarazo adolescente, especialmente entre 1990 y 2005, caracterizado por: i) una mayor prevalencia del embarazo entre las adolescentes unidas que entre las no unidas pero que han iniciado activad sexual; ii) una tendencia creciente en la prevalencia del embarazo adolescente entre las alguna vez unidas mientras que disminuye entre las nunca unidas con inicio de relaciones sexuales; y iii) un aumento en la prevalencia del madresolterismo.

b) Los cambios en el aumento del embarazo adolescente se han dado en un contexto de determinantes próximos en el cual se observa: i) una menor edad de inicio de relaciones sexuales; ii) el inicio de relaciones sexuales, más que el establecimiento de una unión, es el determinante que cada vez cobra mayor importancia en la exposición al riesgo de embarazo.

c) Los cambios marcados en el inicio y densidad de relaciones sexuales, junto con el mayor uso de métodos modernos de control natal, llevan a que, entre 1990 y 2010, la prevalencia del embarazo adolescente disminuya entre las adolescentes expuestas al riesgo de embarazo pero aumente entre todas las adolescentes.

d) El grupo de adolescentes que no ha iniciado relaciones sexuales ha estado caracterizado, a lo largo del tiempo, por condiciones socioeconómicas y demográficas más favorables, seguido por el grupo de las nunca unidas que han iniciado relaciones sexuales, y por último se encuentra el grupo de alguna vez unidas con las condiciones más desfavorables.

e) Las diferencias por estado conyugal son más marcadas entre las adolescentes más jóvenes – adolescencia temprana - que entre las de mayor edad – adolescencia tardía.

f) A lo largo del tiempo, la condición de alguna vez unida se ha caracterizado por ser un factor de riesgo (efecto positivo), mientras que la asistencia escolar, el hogar nuclear y el clima educativo del hogar han sido consistentemente factores protectores (efecto negativo).

g) Los resultados de los modelos por condición de unión evidenciaron no solo que en las adolescentes nunca unidas hay un mayor número de factores protectores, sino que tienen mayor impacto, sugiriendo un campo de intervención más amplio, para prevenir el embarazo adolescente. Aunque entre las adolescentes alguna vez unidas hay menos campo para intervenciones para prevenir el primer embarazo en la adolescencia, se debe reflexionar sobre intervenciones para prevenir segundos y terceros embarazos en este grupo etareo.

h) A pesar de que a lo largo del tiempo el mayor nivel de riqueza del hogar ha sido un factor protector (efecto negativo), se observa que en los últimos años el nivel de riqueza ha dejado de ser un factor protector importante del embarazo adolescente.

i) En el 2010, la educación sexual informal y aquella de medios, son factores protectores (efecto negativo), sugiriendo el importante papel, para la prevención del embarazo adolescente, de la educación formal y de la educación sexual a través de estos dos tipos de canales informativos.

j) En general, los resultados de los modelos por grupo de edad mostraron evidencia que los factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente tienden a ser comunes a ambos grupos, pero tienen mayor efecto en el grupo de adolescentes más jóvenes que entre las mayores.

4.2. Recomendaciones

Los resultados de este estudio sugieren algunos campos de acción para la prevención del embarazo adolescente, que afecten tanto los factores de riesgo como los factores protectores, a saber:

a) Las políticas encaminadas a reducir el embarazo adolescente deberían hacer mayor énfasis en las edades más jóvenes.

b) Promover el retraso de la edad a la primera unión, por medio de la influencia sobre las normas culturales que respaldan el matrimonio temprano, especialmente en los estratos bajos, ya sea con campañas o programas especiales en medios masivos de comunicación (radio, T.V., prensa, internet), talleres comunitarios, o inclusión del tema en los contenidos de los programas formales de educación para la sexualidad.

c) Promover asistencia escolar a través de subsidios condicionados en asistencia y desempeño escolar en secundaria. Estos subsidios han demostrado tener impacto, mientras que aquellos condicionados solo en asistencia no tienen impacto (Cortés et al, 2010). Se debe, con mayor énfasis durante la adolescencia temprana disminuir la deserción escolar - en las adolescentes escolarizadas y aumentar la asistencia escolar - en las desescolarizadas.

d) Promover la educación sexual desde edades tempranas, a través de información y formación, en sus diferentes medios: formal, informal y de media; apoyar evaluaciones de impacto de las diferentes intervenciones sobre educación sexual que se han realizado en los últimos años con el fin de adecuar y mejorar dichas intervenciones.

SERIE DE ESTUDIOS A PROFUNDIDAD

Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS - 1990 / 2010



Educación sexual de mujeres colombianas en la juventud: un análisis desde el enfoque basado en derechos humanos

Elvia Vargas Trujillo- Investigadora Principal
Darwin Cortés – Coinvestigador
Juan Miguel Gallego – Coinvestigador
Darío Maldonado – Coinvestigador
Marta Carolina Ibarra - Coinvestigadora

1. Introducción

La investigación sobre Educación Sexual de la Serie de Estudios a Profundidad ENDS 1990 – 2010, busca aportar evidencia sobre la situación de la educación sexual en las mujeres jóvenes mediante el análisis de los factores que se relacionan con el estatus de la salud sexual y reproductiva (ESSR) en la juventud[2], a nivel individual, interpersonal y contextual, tomando como base el enfoque de Derechos Humanos (EBDH) y como marco metodológico el Modelo Ecológico.

Las fuentes de información son la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) realizada en el año 2010, y la información y bases de datos del proceso de implementación del Programa para la Educación Sexual y la Construcción de Ciudadanía (PESCC) del Ministerio de Educación y el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), así como del programa de Servicios Amigables de Salud para Adolescentes y Jóvenes (SASAJ) del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS).

La investigación examina variables relacionadas con las prácticas sexuales de las mujeres colombianas en edad fértil, de 13 a 24 años de edad, evaluando tres aspectos: a) la actividad sexual segura; b) el autocuidado de la salud; y c) el ejercicio del derecho a decidir. Adicionalmente, el estudio tuvo en cuenta otras variables que explican el comportamiento de la educación sexual, como son las fuentes de información que identifican las mujeres en su trayectoria de vida, los temas de la sexualidad sobre los cuales han recibido información, la participación en actividades educativas, y las percepciones de las mujeres sobre la calidad y utilidad de los temas sobre los cuales les han hablado.

Si bien la educación sexual se implementó en 1993 como obligatoria en el ámbito escolar, los/as autores sostienen que ésta se ha desarrollado desde enfoques que abordan la sexualidad como genitalidad y se ha limitado a proporcionar información sobre reproducción, anticoncepción e infecciones de trasmisión sexual, con el fin de evitar los riesgos para la salud de las relaciones sexuales penetrativas[3].

Entre los hallazgos principales se evidenció que la probabilidad de reportar más prácticas sexuales seguras tiende a ser mayor en las mujeres con más conocimientos, quienes además perciben mayor calidad y utilidad en los temas de educación sexual que han recibido.

Así mismo, las mujeres que identificaron mayor número de fuentes de educación sexual en el contexto escolar tienen más probabilidad de no haber iniciado actividad sexual vaginal, no tener pareja, ni ser madres. Haber participado en talleres y videoconferencias aumenta la probabilidad de que la valoración de la educación sexual sea positiva.

En relación a la implementación del PESCC, se evidencia que en los municipios donde se ha desarrollado es más favorable la percepción de la educación sexual. En cuanto a la estrategia del MSPS de SASAJ, su nivel de desarrollo en los municipios no se relaciona significativamente con la calidad percibida de la educación sexual.

2. Enfoque teórico y metodológico

2.1. Enfoque teórico

Para efectos del estudio se define educación sexual como el derecho de toda persona (sin distinción por sexo, edad, condición socioeconómica, origen étnico o por cualquier motivo) a buscar y obtener información veraz (fundamentada en evidencia científica) y oportuna acerca de su dimensión sexual, con el fin de contar con los conocimientos, las actitudes y las habilidades que se requieren para tomar decisiones sexuales autónomas y para llevar a la acción prácticas de cuidado de sí mismas (autocuidado), de otras personas (mutuo-cuidado) y de su entorno (socio-cuidado)[4].

La educación sexual es un proceso esencial para el ejercicio real y efectivo de los derechos humanos sexuales y reproductivos y su desarrollo trae efectos positivos, como mejorar las habilidades de las personas jóvenes para la toma de decisiones[5], e incrementar la confianza en la capacidad personal para manejar situaciones de índole sexual[6].

---

1. El presente es un resumen de la investigación realizada por Elvia Vargas (Directora Departamento de Psicología de la Universidad de los Andes), Darwin Cortés (Profesor Asociado de la Universidad del Rosario), Juan Gallego (Profesor Asociado de la Universidad del Rosario), Darío Maldonado (Profesor Titular de la Universidad del Rosario) y Carolina Ibarra (Investigadora Universidad de los Andes). Como asistentes de investigación participaron: Daniel Pinzón y Deiby Mayaris Cubides de la Universidad del Rosario, y Martha del Rosario Peña y Stephanie Orozco de la Universidad de los Andes.

2. Según OMS/UNFPA/UNICEF (1999), las personas jóvenes son aquellas que tienen entre 10 y 24 años de edad.

3. VARGAS, Elvia, et al. Educación sexual de mujeres colombianas en la juventud: un análisis desde el enfoque basado en derechos humanos. En: Serie de Estudios a Profundidad, ENDS 1990 – 2010. Bogotá, 2012., p. 24 -25.

4. Ministerio de Educación Nacional. Proyecto de Educación Sexual y Construcción de Ciudadanía, Bogotá, 2008. En: Ibíd., p. 23.

5. KIRBY, D. Emerging answers 2007: Research findings on programs to reduce teen pregnancy and sexually transmitted diseases. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy Lexington: Lexington

De acuerdo con el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, para poder garantizar los derechos sexuales y reproductivos debe haber: a) disponibilidad, de bienes, servicios y programas ofrecidos para el cumplimiento del derecho; b) accesibilidad, ausencia de barreras geográficas, económicas y culturales; c) aceptabilidad, en la medida que los bienes, servicios y programas respetan la cultura de las personas; d) adaptabilidad, que los bienes, servicios y programas se configuran de manera flexible considerando los factores históricos, ambientales y sociales; e) calidad, que sean científicamente apropiados y cuentan con personal competente y habilitado para proveer servicios y tomar decisiones fundamentadas en evidencia.

En Colombia, además de la aplicación de una estrategia de Información, Comunicación y Educación (ICE) en derechos sexuales y reproductivos, se deben implementar acciones multinivel que aborden tanto factores individuales, como factores interpersonales y contextuales asociados con las prácticas sexuales de la juventud. Por lo que el estudio propone que la educación de la sexualidad se aborde desde el enfoque ecológico, que permite la comprensión de un fenómeno complejo como lo es la sexualidad, de una manera integral, y que es consistente con el EBDH que busca lograr la plena realización de los derechos.

Los modelos ecológicos consideran los comportamientos en salud como el resultado de la interacción compleja de múltiples factores presentes en distintos niveles de influencia: el nivel individual, el interpersonal y el contextual[7]. El nivel individual está representado por las variables socioeconómicas y psicosociales de la persona; el nivel interpersonal corresponde a las variables sobre procesos de intercambio formales y no formales de información que ocurren entre la persona y los integrantes de grupos primarios de referencia como la familia, la pareja, la escuela, los servicios de salud y la red social próxima; y el nivel contextual incluye las variables comunitarias, institucionales y políticas que influyen en la vida de las personas aunque no interactúan directamente con ellas.

Para efectos de la investigación se consideraron las siguientes variables para cada uno de los niveles del modelo ecológico:

a. Factores del nivel individual: a) estatus de salud sexual y reproductiva, (iniciación de actividad sexual vaginal); b) prácticas sexuales, (por ejemplo, no tener relaciones sexuales, usar métodos anticonceptivos modernos, usar condón en la primera relación sexual, no tener relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol, practicarse el autoexamen de seno y la citología); c) cogniciones acerca de la sexualidad, como la actitud, que refleja la evaluación global, positiva o negativa, que hace la persona sobre el hecho de realizar un comportamiento particular; y d) variables socioeconómicas de la mujer joven, (como nivel educativo alcanzado, asistencia a establecimiento escolar, estado civil, afiliación a la seguridad social y tipo de familia).

b. Factores del nivel interpersonal: a) fuentes de información acerca de la sexualidad; b) temas de la sexualidad sobre los que ha recibido información; c) participación en actividades de educación sexual; y d) variables socioeconómicas de la familia y la pareja de la mujer joven.

c. Factores del nivel contextual: a) disponibilidad de iniciativas para la promoción de los Derechos Humanos Sexuales y reproductivos (DHSR); y b) variables socioeconómicas.

2.1. Enfoque metodológico

Teniendo en cuenta el alcance exploratorio del estudio, para responder a las preguntas planteadas se utilizó un diseño no experimental, de corte transversal, cuantitativo, correlacional y multivariado. En lo referente al análisis cuantitativo se utilizaron técnicas econométricas que buscan encontrar las correlaciones entre las variables dependientes y los potenciales controles para cada uno de los niveles analizados[8].

Como ya se mencionó, en el estudio se usaron datos secundarios de diferentes fuentes. Las bases de datos proporcionadas por Profamilia con información de la ENDS 2010, los datos proporcionados por el Ministerio de Educación Nacional acerca del PESCC, y los del Ministerio de Salud y Protección Social sobre los SASAJ, que dan cuenta del grado de avance o desarrollo que tienen sus

7. Ibíd., p. 28.
8. Ibíd., p. 40.

iniciativas en los municipios o departamentos en los que se estaban implementando a diciembre de 2009. Así mismo, se consideraron los datos sobre la situación socioeconómica y climática de los municipios del país disponibles en el DANE, el Departamento Nacional de Planeación, el Instituto Colombiano Para la Evaluación de la Educación Superior (ICFES), el Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales de Colombia (IDEAM)[9].

Para cada uno de los niveles que hacen parte del modelo socio-ecológico se formularon una serie de indicadores según las variables que corresponden al respectivo nivel y que permiten medir el Estatus e inicio de las Relaciones Sexuales. Entre los principales indicadores se encuentran: temas de la sexualidad sobre los que ha recibido información, calidad percibida de los temas de educación sexual, calidad percibida de los temas de planificación familiar, conocimientos sobre la Interrupción Legal y Voluntaria del Embarazo (ILVE), ejercicio del derecho a decidir, conocimiento sobre métodos anticonceptivos modernos, participación en actividades sobre educación sexual, conocimientos sobre trasmisión perinatal del VIH, actitudes hacia la homosexualidad, uso de métodos anticonceptivos modernos, la actitud hacia personas que viven con el VIH, y prácticas de autocuidado de la salud.

Para medir el Status de Salud Sexual y Reproductiva (ESSR) se consideraron los siguientes indicadores: i) estatus sexual (ha iniciado actividad sexual vaginal); ii) edad de inicio de actividad sexual; iii) embarazo en la adolescencia (ha estado embarazada); iv) edad al nacimiento del primer hijo nacido vivo; v) inicio de actividad sexual antes de haber comenzado a recibir información sobre sexualidad.

3. Principales Hallazgos

La investigación plantea 10 preguntas sobre el estudio de las relaciones entre los factores del nivel individual, interpersonal y contextual. Para responder a ellas, se desarrolla un análisis multivariado que nos ofrece los resultados resumidos a continuación.

a) Estatus de salud sexual y reproductiva en relación con las prácticas sexuales[10]

De acuerdo con los/as autores/as, se evidencia que las mujeres que iniciaron más temprano las relaciones sexuales vaginales y las que tuvieron su primer hijo siendo más jóvenes, tienden a reportar mayor número de prácticas sexuales. Los resultados indican que las mujeres que tienen pareja estable tienen más probabilidad de reportar un mayor número de prácticas sexuales entre más temprano hayan iniciado actividad sexual o si ya son madres[11].

b) Relación de las prácticas sexuales de las mujeres con sus conocimientos, actitudes y percepciones

Las mujeres que han tenido más conocimiento en los temas de educación sexual, y que consideran que han recibido mejor información, mejor calidad de la misma, y que ha sido de mayor utilidad, son las que reportan mayores índices de prácticas sexuales.

c) Relación de los conocimientos, actitudes y prácticas sexuales con los temas de la sexualidad sobre los que han recibido información

Los temas sobre sexualidad que han recibido las mujeres en su mayoría se refieren a la ILVE, métodos anticonceptivos, trasmisión perinatal del VIH, síntomas de infecciones de trasmisión sexual en hombres y mujeres.

d) Relación entre el acceso de información sobre sexualidad por parte de diferentes fuentes, con la generación de conocimiento, actitudes y las prácticas de las mujeres

Se evidencia que la mayor fuente de información es la disponible en las redes sociales o los medios de comunicación, con la particularidad de que las mujeres que aceden a mayor información son aquellas con mayor experiencia en el ámbito sexual. Mientras que la educación sexual en el contexto escolar se asocia negativamente con prácticas sexuales y están allí en su mayoría las que aún no han iniciado actividad sexual, no son madres o no se han enfrentado a situaciones relacionadas con su Salud Sexual y Reproductiva.

9. Ibíd., p. 40.

10. Se consideraron como prácticas sexuales todas las preguntas que hacen referencia a la ejecución de una acción, a la realización de una conducta, al seguimiento de una instrucción, al cumplimiento de una actividad específica.

11. Ibíd., p. 67.

e) Relación entre los conocimientos, las actitudes y las prácticas sexuales de las mujeres y sus percepciones sobre la calidad y la utilidad de la educación sexual que han recibido

Los resultados muestran que la calidad percibida de la educación sexual se relaciona positivamente con conocimientos y actitudes.

f) Relación de la calidad percibida de la educación sexual con los temas de la sexualidad sobre los cuales las mujeres han recibido información, las fuentes de información y la utilidad percibida de esos temas

La calidad para todas las mujeres aumenta según el número de temas de los que les han hablado, el número de fuentes de información en el ámbito familiar y la utilidad percibida.

g) Relación entre los conocimientos, las actitudes y las prácticas, con la participación en actividades de educación sexual

La educación sexual a través de conferencias, talleres o videoconferencias, se relaciona positivamente con los conocimientos adquiridos por las mujeres en el tema. En el caso de los talleres, se relacionan positivamente con prácticas sexuales y las conferencias se asocian más positivamente con actitudes pero no con prácticas.

h) Relación entre la calidad percibida y la disponibilidad de iniciativas de promoción de los DHSR (PESCC y SASAJ) en el municipio en el que viven las mujeres.

En los municipios de mayor implementación del PESCC, mayor es la percepción de la calidad de la educación sexual. No ocurre lo mismo con el programa SASAJ, donde el porcentaje de implementación no se relaciona con la percepción de la calidad.

i) Relación entre la disponibilidad de iniciativas de promoción de los DHSR (PESCC y SASAJ) en el municipio en el que viven las mujeres y las fuentes de información, los temas de la sexualidad sobre los que les han dado información y haber participado en actividades de educación sexual

Se encontró que la participación en actividades de educación sexual es menor en los municipios donde se ha implementado el SASAJ. Pero, así mismo, es más probable que el número de temas sobre sexualidad sea más numeroso en las mujeres donde el nivel de desarrollo de los SASAJ es mayor.

Ahora bien, se encontró que el número de temas sobre sexualidad tiende a disminuir conforme se incrementa el nivel de implantación del PESCC en los municipios. Este resultado que parece ser contradictorio, en tanto que se espera que a mayor nivel de implantación, mayor acceso a educación sexual. Adicionalmente se encontró que hay un menor nivel de apropiación de los temas en donde se ha implementado el PESCC y mayor nivel de apropiación en los municipios en los que está presente el programa de SASAJ [12].

l) Relación entre la disponibilidad de iniciativas de promoción de los DHSR en el municipio en el que viven las mujeres con sus conocimientos, sus actitudes y sus prácticas sexuales

La relación entre la implementación del PESCC en los territorios municipales, con los niveles de conocimiento, actitudes y sus prácticas sexuales, se da se positivamente con actitudes y negativamente con conocimientos. Adicionalmente, se encontró que la probabilidad de que las mujeres reporten un mayor número de prácticas sexuales es mayor conforme se incrementa el nivel de implantación del PESCC en los municipios.

12. Ibíd., p. 81.

4. Conclusiones y Recomendaciones

4.1. Conclusiones

Los análisis multivariados permitieron concluir que:

a) Las mujeres que tuvieron su primera relación sexual antes de haber tenido acceso a educación sexual, informan menos prácticas sexuales que promueven, mantienen o mejoran la salud sexual y reproductiva.

b) Las mujeres que iniciaron más temprano relaciones sexuales vaginales y las que tuvieron su primer hijo siendo más jóvenes, tienden a reportar mayor número de prácticas sexuales dirigidas a promover, mantener o mejorar la salud sexual y reproductiva.

c) La probabilidad de reportar más prácticas sexuales dirigidas a promover, mantener o mejorar la salud sexual y reproductiva, tiende a ser mayor en las mujeres con más conocimientos y las que perciben que los temas de sexualidad sobre los que han recibido información han sido de mejor calidad y de mayor utilidad.

d) A mayor número de temas sobre los cuales las mujeres han recibido información en actividades de educación sexual, más altas son las puntuaciones en conocimientos sobre sexualidad, más favorables son sus actitudes sexuales y mayor el número de prácticas sexuales dirigidas a promover, mantener o mejorar la salud sexual y reproductiva.

e) Las mujeres que informan mayor número de fuentes de educación sexual en el contexto escolar, tienen más probabilidad de no haber iniciado actividad sexual vaginal o no tener pareja.

f) La calidad percibida de la educación sexual se relaciona positivamente con conocimientos y actitudes cuando se examinan todas las mujeres, y con prácticas sexuales dirigidas a promover, mantener o mejorar la salud sexual y reproductiva cuando en el análisis sólo se considera la muestra de mujeres con pareja.

g) La probabilidad de que los temas de educación sexual sean percibidos como de buena calidad aumenta según el número de temas de los que les han hablado, el número de fuentes de información en el ámbito familiar y la utilidad percibida.

h) El número de temas de la sexualidad sobre los cuales les han hablado tiende a ser más alto en las mujeres que viven donde el nivel de desarrollo de los SASAJ es mayor. Las mujeres que viven en municipios en donde se ha logrado un nivel más alto de apropiación del PESCC, tienen mayor probabilidad de reportar un mayor número de prácticas sexuales dirigidas a promover, mantener o mejorar la salud sexual y reproductiva.

4.2. Recomendaciones

a) Aplicación de metodologías que aseguren que las acciones para la promoción de los DHSR se implementen en los niveles de influencia adecuada.

b) Implementar y mantener la atención diferenciada permite promover y fortalecer los servicios, las acciones de promoción, prevención y los procesos de trasformación de las actitudes y los conocimientos asociados a las prácticas sexuales que promueven y mantienen la salud.

c) Teniendo en cuenta la evidencia que aporta este estudio en cuanto a la relación de los programas del Estado, particularmente del PESCC, con los factores asociados al ESSR (conocimientos, actitudes y prácticas), sugiere que la mesa intersectorial lidere las acciones de promoción de los derechos humanos sexuales y reproductivos en el municipio. Los hallazgos de este estudio sugieren que las mujeres que viven en municipios en donde se ha alcanzado el nivel más alto de apropiación del PESCC, reportan actitudes y prácticas más favorables a la SSR. En este sentido, las secretarías clasificadas en el nivel de sostenibilidad, el cual implica el trabajo intersectorial para la implementación de las acciones, están en capacidad de liderar procesos que trascienden el ámbito escolar y, por lo tanto, de facilitar una gestión articulada de los recursos disponibles para los propósitos de la promoción de los DHSR que se definan a nivel local.

d) Es importante que se fortalezcan las competencias de las y los docentes y de las personas prestadoras de servicios de salud para la realización de acciones coordinadas entre los dos sectores y otros con competencia en el tema.

e) Los resultados de este estudio sobre la relación entre los SASAJ con conocimientos, por una parte, y el PESCC con actitudes y prácticas, por otra, revelan la importancia del trabajo articulado en el nivel local para que el país logre avanzar en los objetivos que plantea el CONPES 147 (embarazo adolescente)[13]. En este orden de ideas, resulta prioritario establecer mecanismos que permitan aprovechar las fortalezas tanto de los SASAJ como del PESCC. Para tal fin, es necesario reconocer las modalidades pedagógicas y las contribuciones disciplinares diversas y complementarias que se desarrollan desde cada sector.

Coherentemente con el EBDH, el trabajo articulado con el sector educativo facilitaría al personal de los SASAJ incentivar la participación de las y los jóvenes en las decisiones que les conciernen sobre la prestación de los servicios de salud, en cumplimiento de lo dispuesto en el Decreto 1757 de 1994.

f) De acuerdo con los resultados del estudio, aumentar la cobertura del PESCC podría impactar los indicadores del ESSR de las mujeres jóvenes del país. Por consiguiente, se recomienda destinar los recursos necesarios para fortalecer el trabajo intersectorial que lidera el sector educativo en el marco del PESCC y acompañar dicho proceso con el diseño oportuno de evaluaciones de resultado, de tal forma que se cuente con información confiable y útil para la rendición de cuentas correspondiente y la toma de decisiones fundamentada en evidencia.

g) Favorecer el cambio cultural que exige el logro de los objetivos planteados en el CONPES 147 supone, por lo tanto, involucrar a los actores sociales que constituyen las fuentes de apoyo, información y modelo para las personas más jóvenes de la sociedad.

h) El reconocimiento de las niñas y los niños como sujetos de derechos exige, por una parte, empoderar a las figuras cuidadoras para crear entornos propicios para el desarrollo de la autonomía y, por otra, implementar procesos de movilización social para posicionar el concepto de niñas, niños, adolescentes y jóvenes empoderadas y empoderados para el ejercicio de sus derechos.

i) Formar a actores clave de los medios de comunicación social para abordar las temáticas de la sexualidad en la infancia, la niñez, la adolescencia y la juventud con base en evidencia científica de manera que contribuyan al logro de los objetivos de las iniciativas de promoción de los derechos humanos sexuales y reproductivos.

j) Identificar estrategias de comunicación que permitan construir actitudes desfavorables hacia la iniciación sexual en contextos de asimetría de poder y hacia el embarazo en menores de 14 años.

13. Departamento Nacional de Planeación. Documento CONPES Social 147. Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes entre 6 y 19 años.

SERIE DE ESTUDIOS A PROFUNDIDAD

Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS - 1990 / 2010



www.profamilia.org.co/encuestas