DETERMINANTES SOCIALES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES. SAN ANTERO, 2019

LADYS LUCÍA LÓPEZ LADEUTH

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
MONTERÍA – CÓRDOBA
2019

DETERMINANTES SOCIALES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES. SAN ANTERO, 2019

LADYS LUCÍA LÓPEZ LADEUTH

Trabajo de grado para optar el título de
Magíster en Salud Pública

Directora
Concepción Elena Amador Ahumada. M.Sc.

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
MONTERÍA – CÓRDOBA
2019

NOTA DE ACEPTACIÓN

La presente investigación fue aprobada por el comité de grado en cumplimiento de los requisitos exigidos por la Universidad de Córdoba, para la obtención del título de Magister en Salud Pública.

_____
Firma del presidente del jurado

_____
Firma del jurado

_____
Firma del jurado

Montería, febrero de 2020.

DEDICATORIA

Dedico a Dios este trabajo, por permitirme llegar a este nuevo peldaño. A mis padres, hermanos y demás familiares por su apoyo incondicional y consejos para que asumiera con responsabilidad y dedicación el proceso de aprendizaje.

Resalto el papel de mis padres y hermanos, quienes me brindaron toda la paciencia, amor, comprensión y fraternidad en todo tiempo, aun cuando sentí desvanecer; la felicidad que me impartían fue siempre el motor para seguir luchando.

Ladys Lucia López Ladeuth

AGRADECIMIENTOS

Agradecida con Dios infinitamente por lo que ayer solo era un sueño y hoy día se hizo realidad. Gracias por permitirme obtener el título de magister en salud pública, por brindarme una vida llena de salud, nuevas experiencias y personas especiales.

También dedico a todas las personas que colocaron un granito de arena para su desarrollo (amigos, presidentes de acción comunal y funcionarios de entidades públicas del municipio). En pro de conseguir información de fuentes primarias y segundarias para el constructo del mismo.

A los docentes Concepción Amador Ahumada, Ninna Valencia y Libardo Giraldo por su apoyo incondicional y paciencia en cada una de sus minuciosa y sabias asesorías.

Por último, dedico a la prestigiosa Universidad de Córdoba, cuerpo de profesores y compañeros de aula por las muchas experiencias educativas y personales compartidas.

CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	11
ABSTRACT	12
INTRODUCCIÓN	13
1. OBJETIVOS	17
1.1. Objetivo general	17
1.2. Objetivo específicos	17
2. **MARCO REFERENCIAL**	18
2.1 MARCO HISTÓRICO	18
2.2 MARCO TEÓRICO	22
2.2.1 Embarazo en adolescentes	32
2.3 MARCO CONCEPTUAL	34
2.4 MARCO LEGAL	49
2.4.1 Marco legal internacional	49
2.4.2 Marco legal nacional	56
2.5 MARCO DE ANTECEDENTES	64
2.6 MARCO CONTEXTUAL	70
3. **METODOLOGÍA**	73
3.1 TIPO DE ESTUDIO	73
3.2 POBLACIÓN UNIVERSO	73
3.3 MUESTRA	74
3.4 TIPO DE MUESTREO	75
3.5 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	75
3.6 CONTROL DE SESGOS	78
3.7 TABULACIÓN DE LA INFORMACIÓN	79
3.8 ASPECTOS ÉTICO LEGALES	79
3.9 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	82

Pág.

3.9.1 Inclusión 82
3.9.1.1 Exclusión 82
3.10. ASPECTOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL Y DERECHOS DE AUTOR 83
3.11. SOCIALIZACIÓN DE LOS RESULTADOS 83
4. **RESULTADOS Y ANÁLISIS** 84
4.1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA 84
4.2 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD ESTRUCTURALES 90
4.3 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD INTERMEDIOS 105
4.3.1 Antecedentes ginecobstétricos de las adolescentes 117
4.3.2 Antecedentes ginecobstétricos comunes entre las madres y cuidadoras de las adolescentes embarazadas del municipio 127
4.4 RELACIÓN ENTRE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL MUNICIPIO DE SAN ANTERO 128
5. DISCUSIÓN 138
6. CONCLUSIONES 141
7. RECOMENDACIONES 142
REFERENCIAS 143
ANEXOS 152

LISTA DE GRÁFICOS

Pág.

Gráfico 1. Distribución según rango de edad de madres y gestantes adolescentes de San Antero- (Córdoba- Colombia) 2019. 84

Gráfico 2. Estado civil de las madres y gestantes adolescentes de San Antero- (Córdoba- Colombia) 2019. 85

Gráfico 3. Región de residencia de las madres y gestantes encuestadas en San –Antero (Córdoba- Colombia) 2019. 86

Gráfico 4. Área de ubicación de las madres y gestantes de San Antero- (Córdoba- Colombia) 2019. 87

Gráfico 5. Tipología de las familias de las madres y gestante adolescentes de San Antero - *(*Córdoba – Colombia*)* 2019. 88

Gráfico 6. Tipo de vivienda en que habitan las madres y gestantes adolescentes de San Antero- (Córdoba- Colombia) 2019. 89

Gráfico 7. Quienes cuidaron de la crianza de las adolescentes siendo niñas en San Antero (Córdoba – Colombia). 2019 91

Gráfico 8. Determinante estructural: acceso a los servicios públicos, saneamiento básico y alimentación con calidad 92

Gráfico 9. Determinante estructural Ingresos económicos: estrato socioeconómico de las madres y gestantes adolescentes de San Antero- (Córdoba- Colombia) 2019. 94

Gráfico 10. Determinante estructural Ingresos económicos: situación laboral de las madres y gestantes de San Antero- (Córdoba- Colombia) 2019. 96

Gráfico 11. Determinante estructural Ingresos económicos: situación laboral del compañero sentimental de la madres y gestantes adolecentes de San Antero- (Córdoba- Colombia) 2019. 97

Pág.

Gráfico 12. Determinante estructural Raza: etnias en que predominan los embarazos adolescentes de San Antero- (Córdoba-Colombia) 2019. 98

Gráfico 13. Determinante estructural: escolaridad de las madres y gestantes adolescentes de San Antero- (Córdoba-Colombia) 2019. 99

Gráfico 14. Determinante estructural: aspectos socioculturales educacionales sobre SSR 101

Gráfico 15. **Determinante estructural: acceso a la atención y educación en salud.** Paridad 104

Gráfico 16. Determinante intermedio: nivel de escolaridad de la madre adolescente. 106

Gráfico 17. Determinante intermedio: aspectos psicosociales. 107

Gráfico 18. Determinante intermedio: Afiliación a Regímenes de servicios de atención en salud. 109

Gráfico 19. Determinante intermedio Acceso a los servicios de salud: problemas presentados durante la atención en salud de madres y gestantes adolescentes del Municipio de San-Antero (Córdoba- Colombia) 2019. 110

Gráfico 20. Determinante intermedio Acceso a los servicios de salud: satisfacción por el servicio de control prenatal. 112

Gráfico 21. Determinante intermedio: intersectorialidad de las redes sociales y comunitarias. 113

Gráfico 22. Determinante intermedio Redes de apoyo social: consecuencias más frecuentes del embarazo en adolescente. 115

Gráfico 23. Determinante intermedio Estilos de vida: Principales motivos que dan inicio a la vida sexual de las adolescentes del Municipio de San-Antero (Córdoba- Colombia) 2019. 116

Gráfico 24. Determinante intermedio Condiciones biológicas: Edad promedio de la menarquia. 117

Pág.

Gráfico 25. Determinante intermedio Condiciones biológicas: edad promedio de la primera relación sexual. 118

Gráfico 26. . Determinante intermedio Condiciones biológicas: edad promedio de la menarquia. Número de compañeros sexuales en las madres y gestantes adolescentes del Municipio de San – Antero (Córdoba – Colombia) 2019. 119

Gráfico 27. Determinante intermedio Condiciones biológicas: número de embarazos ectópicos 120

Gráfico 28. Determinante intermedio Condiciones biológicas: número de hijos. 121

Gráfico 29. Determinante intermedio Condiciones biológicas: enfermedades padecidas 122

Gráfico 30. Determinante intermedio Estilos de vida: Tiempo de espera para tener su próximo hijo. 123

Gráfico 31. Determinante intermedio Estilos de vida: Madres adolescentes que asisten al programa de planificación. 124

Gráfico 32. Determinante intermedio Estilos de vida: tipos de métodos de planificación familiar utilizados. 126

Gráfico 33. Determinantes sociales intermedios Condiciones biológicas: Antecedentes ginecobstétricos comunes de cuidadoras y madres del Municipio. 127

Gráfico 34. Clasificación de los determinantes sociales del embarazo estructurales en adolescentes en San Antero. 130

Gráfico 35. Clasificación de los determinantes sociales del embarazo intermedios en adolescentes en San Antero. 135

.

RESUMEN

Colombia ocupa el segundo lugar en Sudamérica entre los países más poblados, un tercio de la población corresponde a niños y adolescentes; durante el 2015, se registró 17.4% del porcentaje de adolescentes entre 15 y 19 que se embarazaron por primera vez, en contraste con el porcentaje de 2010 correspondiente a 19.5%, observándose una reducción del 2.1%; por tal razón, el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública y de carácter social que afecta la calidad de vida de este grupo poblacional generados por determinantes sociales de la salud de aspectos socioculturales, psicológicos, socioeconómicos, familiares y relacionados con su sexualidad, entre otros. Es un estudio de tipo descriptivo, transversal, con enfoque cuantitativo; la recolección de la información se realizó en muestreo no probabilístico en bola de nieve las adolescentes madres o gestantes fueron localizadas al interior de los servicios de las empresas promotoras de salud – subsidiadas, laboratorios clínicos, Camu Iris López Duran y centros de familia, mujer e infancia, así como en los hogares de zona urbana y rural. Se utilizó una encuesta estructurada; se entrevistó un total de 155 madres y gestantes adolescentes. El objetivo establecer los determinantes sociales de la salud que inciden en el embarazo de las adolescentes del Municipio de San Antero, Córdoba. Los resultados del estudio mostraron que el 91% de las madres y gestantes pertenece a estrato uno, 74% son amas de casa, 74% están cursando bachillerato, 52% son afrodescendiente, el 77% conviven en unión libre, 56% tienen servicios públicos deficientes, 66% residen en zona rural, 93% se benefician del régimen subsidiado, 98% de los embarazos en adolescentes se da en rangos de 15 a 19 años, 99% iniciaron su vida sexual por decisión propia, 99% desconocen la existencia de las redes de apoyo, lo cual incide en la poca asistencia al Programa de Salud Sexual y Reproductiva. Conclusiones: de acuerdo a la relación con las características sociodemográficas y los determinantes sociales de la salud se evidencia una alta incidencia del fenómeno social en el municipio en comparación con otros países, aunque existe similitud y apreciación de menor porcentaje de la misma variable y en concordancia con las demás variables analizadas también se presentan algunas de las significancias estadísticas de cada uno de los resultados emitidos y que deben ser atendidos de igual similitud ya que desencadenan altas tasas de natalidad por este grupo de población estudiada.

Palabras claves: Determinantes sociales de la salud, adolescencia, embarazo.

ABSTRACT

Colombia ranks second in South America among the most populous countries, one third of the population corresponds to children and adolescents; during 2015, 17.4% of the percentage of teenagers between 15 and 19 who got pregnant for the first time was recorded, in contrast to the percentage of 2010 corresponding to 19.5%, with a reduction of 2.1%; For this reason, teenage pregnancy is a public health and social problem that affects the quality of life of this population group generated by social determinants of health of sociocultural, psychological, socioeconomic, family and related aspects of their sexuality, among others. It is a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach; The information was collected in non-probabilistic snowball sampling, the teenage mothers or pregnant women were located within the services of the health promoting companies - subsidized, clinical laboratories, Camu Iris López Duran and family centers, women and childhood, as well as in homes in urban and rural areas. A structured survey was used; A total of 155 mothers and teenage pregnant women were interviewed. The objective is to establish the social determinants of health that affect the pregnancy of adolescents in the Municipality of San Antero, Córdoba. The results of the study showed that 91% of mothers and pregnant women belong to strata one, 74% are housewives, 74% are in high school, 52% are Afro-descendants, 77% live in free union, 56% have public services deficient, 66% reside in rural areas, 93% benefit from the subsidized regime, 98% of teenage pregnancies are in the range of 15 to 19 years, 99% began their sexual life by choice, 99% are unaware of the existence of support networks, which affects the lack of assistance to the Sexual and Reproductive Health Program. Conclusions: according to the relationship with the sociodemographic characteristics and the social determinants of health, there is a high incidence of the social phenomenon in the municipality compared to other countries, although there is similarity and appreciation of a lower percentage of the same variable and in agreement with the other variables analyzed, some of the statistical significance of each of the results issued are also presented and must be treated with the same similarity since they trigger high birth rates for this group of studied population.

Keywords: Social determinants of health, adolescence, pregnancy.

INTRODUCCIÓN

El comportamiento del embarazo en América Latina, evidenció una reducción en las tasas de fecundidad particularmente en el grupo etario de mujeres mayores de 18 años, porque el grupo de las adolescentes entre 15 y 19 años registró la disminución más lenta de fecundidad de todo el mundo siendo la única región del planeta que conserva una tendencia creciente en los embarazos de adolescentes menores de 15 años, ocupando el segundo lugar de tasas de fecundidad más alta del mundo con una estimación de 66.5 % nacimientos por cada 1000 niñas entre 15 y 19 años que solo es superada por las que registra la región del África subsahariana (1).

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia –UNICEF-, en el informe anual Colombia 2017, afirmó que este país ocupa el segundo lugar en Sudamérica entre los más poblados, identificándose que un tercio de la población total colombiana corresponde a niños y adolescentes; también, durante el año 2015 se registró 17.4% del porcentaje de adolescentes entre 15 y 19 años que se embarazaron por primera vez, que en contraste con el porcentaje del 2010 (19.5%) logra observarse una reducción del 2.1% para este rango de edad (2).

A pesar de los alcances que se han tenido en materia de fecundidad adolescentes, la UNICEF afirma, que los descensos obtenidos para este rango de edad, se dieron entre grupos sociales de adolescentes con mejores condiciones económicas, que ostentan un mejor nivel educativo, viven en zonas urbanas y en regiones más desarrolladas, motivos que obligan a esta institución a priorizar algunas zonas geográficas niños y adolescentes sufren en mayor escala la privación de derechos y exclusión identificándose que el departamento de Córdoba hace parte de esta lista (2).

Frente a estas consideraciones, el embarazo adolescente no puede verse como un fenómeno aislado de los Determinantes Sociales de la Salud-DSS- que son abordados por la Organización Panamericana de la Salud-OPS- y la Organización Mundial de la Salud-OMS- como aquellas circunstancias que están presentes en la persona durante todas las etapas de su curso de vida clasificados en estructurales e intermedios y de los cuales se ha construido una tipología que facilita su comprensión y aplicabilidad en el desarrollo de lo contenido en la investigación.

En el municipio de San Antero, Córdoba, contexto en el que se desarrolló el presente estudio, el DANE reportó un total de 468 nacimientos, de los cuales 139 correspondieron a mujeres menores de 20 años y según el Observatorio de Bienestar de la Niñez es uno de los Municipios colombianos con mayor incidencia de madres entre los 15 y 19 años, con una tasa de fecundidad de 87.13; además las características del contexto socio cultural se tornan difíciles para la población juvenil por las escasas oportunidades para superar la pobreza entre otros determinantes (4,5).

Las altas tasas de fecundidad registradas en América Latina, Colombia y la situación particular de la población sujeto de estudio, serían suficientes para intervenir este fenómeno de carácter social que afecta la comunidad adolescente del municipio de San Antero, Córdoba, pero es necesario la toma de conciencia frente a la obligatoriedad de trabajar de forma articulada con otras disciplinas y sectores para la promoción de la salud y prevención de las enfermedades de la niñez y la adolescencia, al igual de la necesidad de poder encaminar acciones para contribuir con la disminución de riesgos y amenazas del binomio madre e hijo, bajo la identificación de los determinantes sociales de la salud que prevalecen más entre las madres adolescentes y las gestantes de nuestro Municipio; para así dar respuesta desde el ámbito de la salud pública.

A partir de lo anterior, el embarazo en adolescentes se ha investigado desde múltiples perspectivas, pero intentar comprenderlo y analizarlo desde los determinantes sociales de la salud implica reconocer las condiciones presentes en las tipologías de este modelo, especialmente aquellos que se refieren a las gestantes, como por ejemplo, factores biológicos y comportamentales; relaciones interpersonales que los adolescentes entablan con sus familias y pares e intrapersonales que tienen que ver con creencias, proyecto de vida y educación, y los determinantes de tipo estructural como pobreza e inequidad, entre otros y es así como también los contextuales se articulan con las normas sociales e institucionales, con el fin de aportar estos resultados para el direccionamiento de las políticas públicas de salud (5).

De igual forma, el embarazo adolescente se encuentra mediado por patrones culturales que se transmiten de generación a generación, haciéndose necesario que desde la salud pública se abordan aspectos relacionados con la familia y la cultura para trabajar paralelo a estas unidades sociales que podrían tener influencia positiva o negativa en el adolescente; de tal manera que la información recopilada durante este estudio, pueda establecer un referente para el abordaje de las familias en temas particulares como: crianza de los hijos, salud del adolescente, comunicación, relaciones familiares y proyectos de vida entre otros.

Bajo estas consideraciones, el embarazo en adolescentes conlleva a promover el diseño de estrategias que permitan nuevas recomendaciones, actividades, metodologías, planes y/o proyectos, que deban ser realizadas por las entidades competentes Municipales, EPS y la IPS pública y privada a partir de los porcentajes que arroje la comunidad adolescente embarazada a través de las variables estudiadas.

Por tal razón se debe considerar, ¿cuáles son los determinantes sociales de la salud que inciden en el embarazo en adolescentes del Municipio de San Antero, Córdoba? Por tal motivo el sector académico y social de esta investigación es de gran utilidad ya que permitirá la gestión del conocimiento en el ámbito del embarazo adolescente previéndose que será de apoyo para los programas de salud pública y para los maestrantes y demás estudiantes de ciencias y disciplinas como: sociología, psicología y medicina.

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer los determinantes sociales de la salud que inciden en el embarazo de las adolescentes del Municipio de San Antero, Córdoba.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar la población objeto de estudio según variables sociodemográficas: edad, estado civil, tipo de vivienda.

- Clasificar los determinantes estructurales de la salud (estrato socioeconómico, situación laboral, nivel educativo de los padres, diversidad cultural, crianza de la adolescente en su niñez, etnia y valores sociales, de las adolescentes madres y embarazadas del Municipio de San Antero

- Identificar los determinantes intermedios de la salud (estado psicosocial, equidad en la atención en salud, antecedentes en salud sexual y reproductiva, ginecobstétricos), de las adolescentes madres y embarazadas el Municipio de San Antero

2. MARCO REFERENCIAL

2.1 MARCO HISTÓRICO

El estudio acerca del embarazo no es un tema reciente, diversas culturas antiguas emplearon mecanismos para controlar la fertilidad femenina. Pero la anotación más antigua sobre el uso de los anticonceptivos se registra en un papiro egipcio que data del 1900-1100 a.C., que identifican la cola de acacia, miel o las deyecciones de los cocodrilos como los principales contraconceptivos de la época y los tampones vaginales impregnados de sustancias ácidas que tenían como objetivo matar el esperma impidiendo que entrara en el útero (6).

Posteriormente Aristóteles (384-322 a. C), filósofo griego reconocido por sus aportes en diferentes campos de la ciencia, fue el primero en establecer que la conexión entre la natalidad y la pobreza generaba exceso de población y a su vez decadencia y ruina a un territorio; los anticonceptivos que debían emplearse para impedir que el esperma pudiera entrar al cuello del útero fue uno de los temas que llamo su atención, refiriéndose al hecho de que se debían establecer mecanismos que endurecieran las paredes uterinas entre los que se encuentran: aceite de cedro, el ungüento de Saturno o una pomada a partir de aceite de oliva o de incienso (6).

Paralelo a las reflexiones sobre las formas de prevenir el embarazo que adoptaba cada cultura, también la historia registra que la concepción de maternidad se fue transformando a partir de los cambios sociopolíticos y culturales de cada época. En la Edad Media, por ejemplo, el ideal femenino se circunscribía a la capacidad de la mujer para satisfacer al hombre y su valor dependía de la procreación, porque hasta tanto la mujer no lograba ser madre, fue una de las creencias de valor ante la sociedad, preparadas desde edades tempranas para ejercer esta actividad;

posteriormente en el Renacimiento se resalta el valor de la mujer en la crianza y cuidado de los hijos con apoyo mínimo del padre y durante la Revolución Industrial se produce la apertura laboral y se abren las posibilidades de trabajo femenino por fuera del hogar, asumiendo la maternidad con algunas variaciones (7).

Durante la modernidad, la madre empieza a perder el rol de cuidadoras universales y de proveedoras de salud, porque se da campo a la medicina y al desarrollo científico, así como también, se van consolidando las escuelas y jardines infantiles que complementan la labor de la madre, es decir que durante el siglo XIX, la maternidad se identifica con la crianza de los hijos, pero sigue siendo una condición normal y necesaria para la sociedad. Las mujeres comienzan a sentir la necesidad de ser formadas para contribuir a la educación familiar, es por esto, que durante la primera mitad del siglo XX, se construye la visión de maternidad como posición social que aporta al bienestar de la sociedad que se fundamentan en el desarrollo de un modelo disciplinario para los hijos según particularidades de esto (8).

En las últimas décadas del siglo XX, entra en contradicción el concepto de maternidad, porque se contrapone al ideal de realización personal de la mujer, por tanto, se propone la reducción del número de hijos y las oportunidades laborales aumentan en esta época, lo que obliga a repensar que el embarazo y la maternidad es decisión de cada mujer a la hora de conformar un hogar o de decidir el número de hijos que desea tener y su aceptabilidad en que forma desea tenerlos (8).

Lo contemplado anteriormente, dio evolución a lo que hoy día se conoce como planificación familiar en hombres y mujeres más la importancia de los distintos roles que la mujer fue ocupando a lo largo de los tiempos con respecto a su vida sexual, maternidad, embarazo y rol de mujer en sociedad (7).

Investigaciones recientes, abordan el embarazo y la maternidad en adolescentes bajo una dimensión objetiva; tras el componente de ser madres a temprana edad y sus implicaciones, esto se debe por carecer de proyectos o sueños de vida en las adolescentes, en mucho de los casos los sueños desvanecen por factores, familiares, de pareja, socioeconómicos o de contexto y su desempeño de mujer en el ámbito laboral termina en el cuidado de sus hijos, pero lo importante ante esta situación es la manera cómo aprenden a ser madres e imparten la crianza de la mejor forma, bajo la enseñanza de los buenos valores, que les transmiten a sus niños para construir adolescentes y adultos que aporten positivamente en sociedad aun así cuando carezcan de otros tipos de condicionantes debido a su estado socioeconómico (9).

En este orden de ideas, el abordaje del embarazo adolescente empieza a ser concebido como un problema de salud pública a partir de la imposición de discursos mundiales sobre la regulación de la fecundidad, estilos de vida, educación en Salud Sexual Reproductiva (SSR) y de aquellos planteamientos que un día configuraron los conceptos de adolescencia, maternidad y familia, porque se ha mencionado que el embarazo y la maternidad adolescente, no siempre representó un problema de salud pública porque durante décadas tener hijos a edades tempranas era concebido como un proceso normal en una sociedad retrospectiva y las transformaciones de este concepto se producen como resultado de la liberación de los roles femeninos, el acceso a la educación, ámbito laboral y el pertenecer a una sociedad consumista entre otros (10).

Fue de interés iniciar el planteamiento histórico desde esta perspectiva, puesto que con los aportes de la medicina social de América Latina para los años 70, se inició el énfasis en la relación entre el orden social capitalista y la salud, que trajo como resultado la propuesta del concepto de la determinación social en el campo específico de la epidemiología. Esta propuesta, se realizó como una crítica al paradigma empírico-funcionalista que había prevalecido en el ámbito de la

epidemiología y que buscaba entablar relaciones constante entre la reproducción social, las formas de vida de los sujetos, de enfermar y morir, de un individuo, persona o colectivo (11).

En definitiva, la relación que existe, entre salud-enfermedad se entiende como un proceso que cambia a través de la historia**,** así como las especificidades sanitarias individuales y grupales que son analizadas en el contexto social que las determina. Por consiguiente**,** los determinantes sociales de la salud, reflejan en su modelo que se ajusta al estudio de variables hacia el ser humano, porque son estos los que interfieren en el proceso salud – enfermedad, relacionados con "las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud"; según lo establecido por la OMS (12).

Si bien es cierto aún se trabaja por las desigualdades que operan contra los derechos de la mujer, debido a que la cultura, religión, educación, estado socioeconómico, la exclusión social entre otros condicionantes, denotan la estigmatización de las mismas. A nivel sociocultural, se trabaja y pretende trabajar continuamente por la educación de las nuevas generaciones para inculcar concepciones sobre como instruir su proyecto de vida y sobre todo en sus derechos sexuales y reproductivos (13).

Actualmente la maternidad representa para el siglo XXI, una perspectiva diferente para el pensamiento de cada mujer; porque cada una pelea su mejor batalla para encontrar satisfacción, no importando la circunstancia o método al que deba someterse para ser feliz ante el goce máximo de ser o no madre (14).

2.2 MARCO TEÓRICO

A través de la historia han existido varios modelos que explican los vínculos entre los diferentes tipos de determinantes sociales de la salud, que facilitan identificar las estrategias en los que cada gobernante a nivel nacional debe trabajar para subsanar las necesidades básicas insatisfechas del individuo y su núcleo familiar. Si los recursos del Estado fuesen invertidos de manera correcta y apuntando a las verdaderas necesidades que se presentan en los sectores: salud, educación, protección social, vivienda, recreación, deporte, cultura y generación de fuentes de trabajo, aumentaría el número de beneficiados, incluyendo a la comunidad adolecente. Es necesario mencionar que el trabajo para favorecer a las comunidades ha sido paulatino (15).

Los determinantes sociales de la salud han regido a lo largo de cuatro décadas, garantizando su inclusión en las agendas sanitarias de la mayoría de los países desarrollados para explicar la situación de salud de sus poblaciones, a partir del año 1973 (15).

El estudio frente a los determinantes sociales de la salud da paso a la salud pública, como disciplina científica que trabaja por mejorar la calidad de vida de las poblaciones a pesar de los cambios emergentes de la sociedad actual y la forma de comprender la realidad, el relacionamiento económico, la cultura, los altos flujos migratorios, las transferencias tecnológicas y el impacto medio ambiental. En la presente investigación estos aspectos cobran relevancia debido a que en la mayoría de los casos, se trata de núcleos familiares de condiciones socioeconómicas bajas, generando estilos de vidas inadecuados y posteriormente una gama de necesidades insatisfechas en la salud del mismo (16).

Por consiguiente, el primer modelo que dio orden al estudio de los determinantes sociales de la salud fue, el de Laframboise 1974, utilizado por la Lalonde en Canadá y estructurado por dos aspectos. El primero hace parte de la responsabilidad multisectorial del estado y son los determinantes económicos, sociales y políticos. El segundo punto hace referencia a la responsabilidad del sector salud, en beneficio al bienestar de salud del individuo, familia y colectivo, con el objetivo de minimizar la problemática de interés en salud pública (15, 17).

Estos dos aspectos se relacionan con cuatro componentes, estructurados por el mismo modelo que ayudan a evaluar el diario vivir en el que se desenvuelve el individuo, de ser afectado por uno de estos, el individuo en mucho de sus casos amerita de intervenciones en salud integral. Los componentes son: medio ambiente, estilos de vida, saneamiento básico y biología humana. Cada uno juega un papel importante para el diagnóstico de la situación de presentarse un nuevo caso de gestante adolescente, por ejemplo: condiciones humanas (estilos de vida), los riesgos por la edad y sus complicaciones (biología humana), desigualdades e inequidades en la atención en salud (saneamiento básico) y factores de riesgos biopsicosociales, que predisponen a la aparición de estos casos (medio ambiente) (15, 17).

Figura 1. Interrelaciones entre los factores determinantes de la salud, Laframboise – Lalonde (1974).
Fuente. Tomado de https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2018/04/factores-determinantes-de-la-salud.pdf.

Para el año de 1991 Dahlgren y Whitehead, en su modelo describieron y expusieron a través de capas condicionantes del ser humano que lo predisponen a enfermar, si no se controla o se interviene a tiempo el riesgo, viéndose afectado en alguno de sus componentes: edad, sexo y factores constitucionales relacionados con los estilos de vida del individuo, redes sociales y comunitarias. Estos determinantes generan información epidemiológica frente a cualquier patología física o mental unida a las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales (15).

Las condiciones de vivienda, trabajo, desempleo, educación, agua, saneamiento, agricultura, producción de alimentos y servicios de atención en salud, también contribuyen al deterioro de la salud de las adolescentes embarazadas que no cuentan con las mínimas condiciones para suplirlas por sí mismas. Si estos condicionantes son deficientes se verá reflejado en la calidad de vida del binomio

madre e hijo, aún más si está expuesto a la situación económica que vive el país, la situación del mercado laboral y la deficiente prestación de atención en salud (15, 18).

Figura 2. Modelo socioeconómico de Salud de Dahlgren y Whitehead
Fuente. Revista internacional de sociología RIS, 72. 1, 71-91, junio 2014. ISSN: 0034-9712.

En cambio el modelo de Mackenbach, hizo énfasis en la selección y la relación de causalidad de las desigualdades de salud en dos componentes, la primera está marcada por los problemas en la edad adulta, reflejada en la situación socioeconómica, y el segundo mecanismo está constituido por tres grupos de factores de riesgo intermedios entre la posición socioeconómica y los problemas de salud que abarcan: los estilos de vida, factores ambientales y situaciones psicosociales relacionados con el estrés (15)

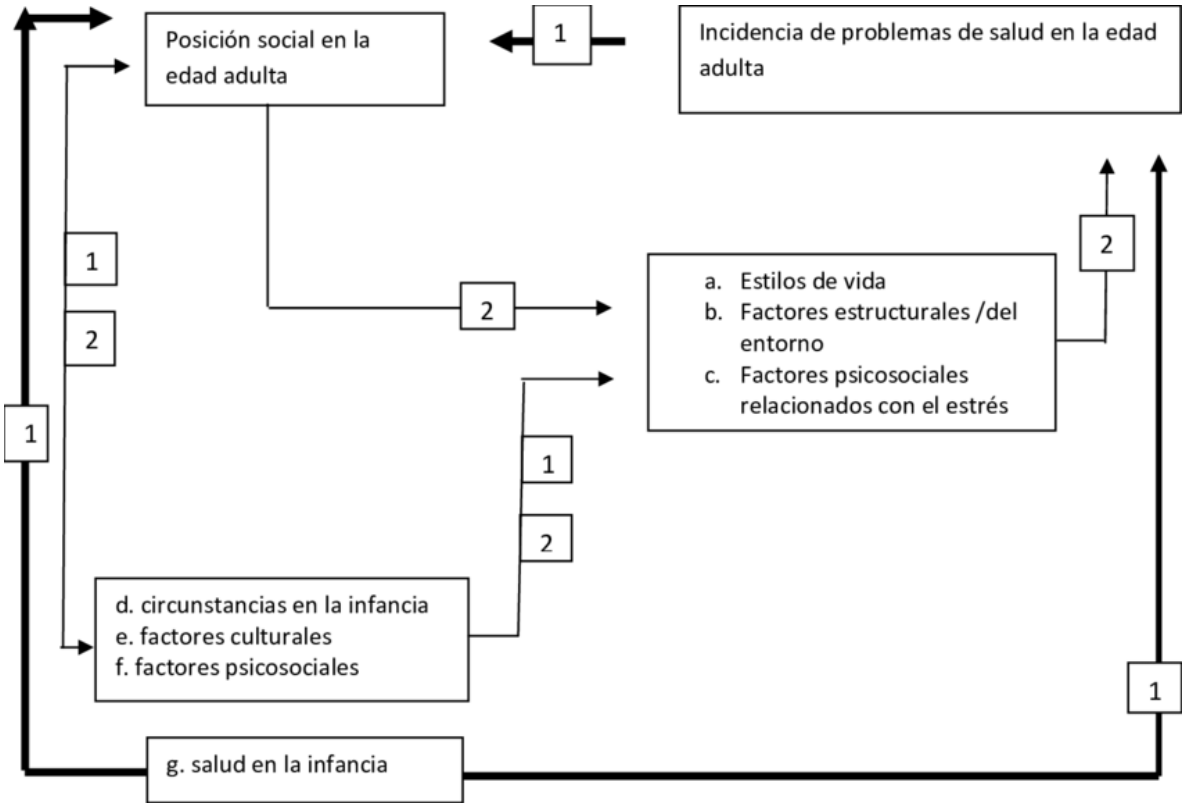


Figura 3. Modelo de desigualdades en salud de Mackenbach.
Fuente. Tomado de https://www.researchgate.net/figure/Figura-3-Modelo-de-desigualdades-en-salud-de-Mackenbach-et-al_fig2_320004425.

El modelo Diderichsen para 1998, resaltó la estratificación social y la enfermedad de la producción social de acuerdo a la posición económica del individuo, que posteriormente fue adoptado por Diderichsen, Evans y Whitehead (2001): haciendo énfasis en la estratificación social, asignando a cada individuo o núcleo familiar a diferentes posiciones sociales, definiendo así su estado de salud. A mayor estrato socioeconómico mejor es su calidad en la atención de la situación en salud al igual que su perfil epidemiológico, caso contrario son las adolescentes que viven en condiciones de vida de estratos socioeconómicos bajos o en pobreza extrema y si a esta circunstancia de estado económico le agregamos la cultura de la pobreza, condición mental del vivir con los mismos ideales de generación en generación o poca fuerza de salir adelante para mejorar la calidad de vida del núcleo familiar (15, 19).

Este modelo formula en su estructura la existencia de motores centrales en la sociedad que generan y distribuyen el poder, la riqueza y el riesgo, incluyendo: componentes significativos como el sistema educativo, las políticas laborales, las normas de género y políticas institucionales. Estos condicionantes, frente al fenómeno social del embarazo en adolescentes, brinda oportunidades para el debate y toma de decisiones con conocimiento de causa, para la formulación de nuevas políticas públicas. (15, 18).

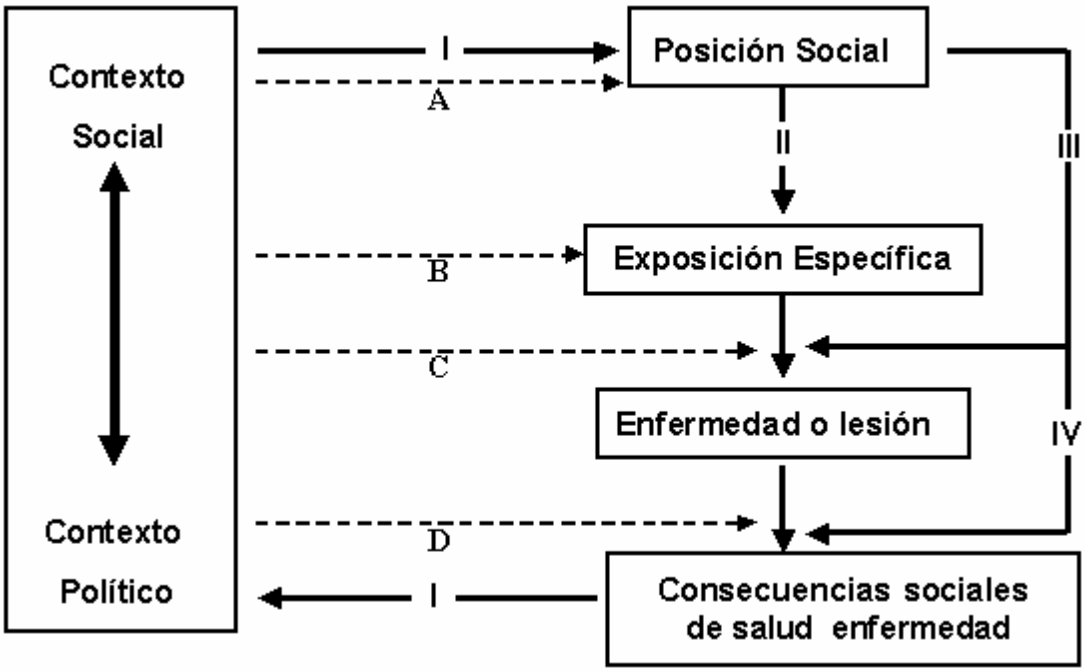


Figura 4. Modelo de producción de inequidades
Fuente. Tomado de http://www.fes-sociologia.com/files/congress/10/grupos-trabajo/ponencias/362.pdf.

Para el mismo año Brunner, Michael Marmot y Richard Wilkinson trabajaron en las influencias múltiples en el ciclo de vida o etapas por las que atraviesa el individuo e integraron la perspectiva de la clínica (curativa) y la salud pública (preventiva), para disminuir las causas de enfermar debido a los factores de riesgo que predisponen al individuo y colectivo a padecer patologías debido a causas específicas identificadas (20).

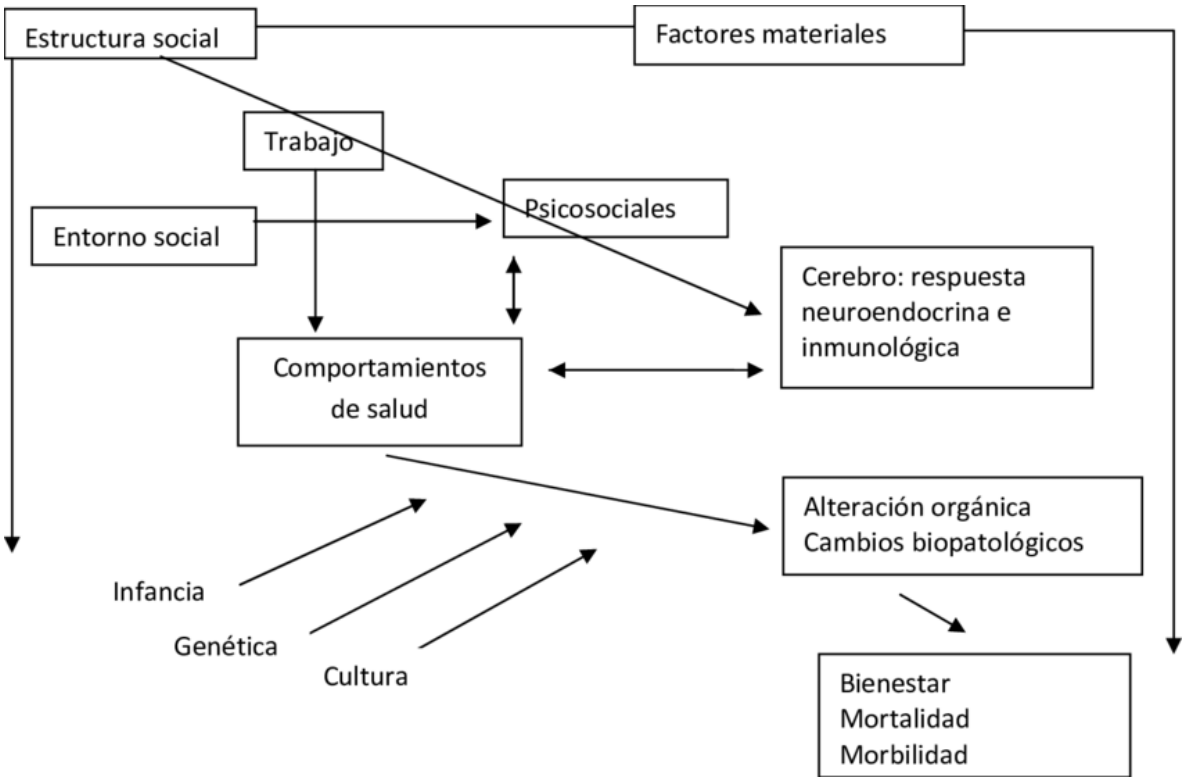


Figura 5. Brunner, Marmot y Wilkinson: las influencias múltiples en el ciclo de vida
Fuente. Tomado de http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2013/12/DeterminantesSociales.pdf.

Dos años más tarde *Richard Wilkinson y Michael Marmot* en 2003, tras investigaciones en su modelo, constataron diez aspectos que marcan el hito de la vida de cada individuo desde la infancia hasta la vida adulta, cabe destacar que cumplen diferentes funciones en el diario vivir de familias y colectivos, pero se interrelacionan con los determinantes sociales de la salud y modifican considerablemente el desarrollo del ciclo vital de una madre o gestante adolescente (21).

Al abordar estos diez ítems propuestos por los autores mencionados y abriendo puerta al primer ítems, gradiente social de salud, que hace énfasis en la variable social y económica de la vida de cada individuo. Por tal motivo se debe trabajar por nuevas políticas de salud para mejorar las necesidades, producto de las alteraciones de los determinantes socioeconómicos que afectan a las adolescentes

embarazadas o madres. En definitiva, mientras más viva una persona en circunstancias económicas y sociales estresantes, mayor será su desgaste fisiológico y la posibilidad de que no disfrute de una vejez sana (21).

El desenlace socioeconómico conlleva a las embarazadas o madres adolescentes a padecer enfermedades producto del estrés, desencadenando patologías físicas y psicológicas como: ansiedad, inseguridad, baja autoestima y aislamiento social, proporcionando falta de control en los quehaceres diarios. Los aspectos mencionados afectan la salud mental e impiden el desarrollo emocional e intelectual para la toma de decisiones de las adolescentes. El no poder afrontar esta situación con poco o carente apoyo de las personas que las rodean, también repercute en el desarrollo del bebé (21).

Muchas de las madres y gestantes adolescentes, se exponen a la interrupción del embarazo ilegal como decisión factible, ante los factores de riesgo ocasionados por el estrés y la pobreza en la que se desarrollan. Pero cuando se da término al embarazo entre las adolescentes, por asociación de algunos factores de riesgos, estas jóvenes no brindan apoyo a sus hijos en las primeras etapas de vida, proporcionando debilitamiento en los lazos de crianza, cuidado y protección, reflejado en el estado físico y psicológico del infante. Por tal razón se educa continuamente a las madres adolescentes a través de los lineamientos establecidos para apoyarlas y motivarlas a un buen comienzo en la vida del niño o niña que nace bajo circunstancias vulnerables en temas como: la buena crianza, su alimentación, cuidados higiénico sanitarios, protección al menor, entre otros, con el objetivo de promover una vida feliz a pesar de las carencias o desventajas a las que se enfrenten (21).

Por consiguiente entrar a jugar en cada uno de estos temas descritos anteriormente, es traer a relucir e incluir el tema de la exclusión social, que está asociado al bajo nivel económico de las adolescentes, conocido como daño de discriminación

irreversible, lamentable y doloroso para quien lo experimenta, a veces no se debe a los servicios de salud sino a la privación material, consecuencia de vivir en la pobreza, generando salud física y psicológica deficiente y un mayor riesgo de muerte. Las personas con mayor exclusión social son: los emigrantes de otros países, grupos étnicos minoritarios, obreros, extranjeros y madres o gestantes adolescentes, entre otros (20).

Si bien es cierto, se han restablecido derechos a favor de las mujeres a lo largo de la historia, uno de estos es gozar de un trabajo digno aún en estado gestacional, porque estar embarazada no es una enfermedad o excusa para no emplear a una mujer en esta condición, aunque en la sociedad aún persiste esta percepción y más en adolescentes con bajo nivel de escolaridad. Es lamentable cuando las madres solteras no cuentan con oportunidades de trabajo o no tienen fuentes de ingresos económicos para su manutención por causa de la exclusión social, reflejándose en el aumento del desempleo y en las condiciones de enfermar por causas psicológicas, que se desencadenan posteriormente en patologías físicas, viéndose afectado el binomio madre e hijo y abriendo puerta al aumento de los riesgos ginecobstétricos por no abastecer sus necesidades básicas (21).

Bajo las circunstancias mencionadas, muchas de estas gestantes acuden a redes de apoyo sociales presentes en la comunidad o a programas existentes que les ofrece el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (madres lactantes y gestantes), haciendo que este grupo de personas las reciba con la fraternidad que ellas esperan, para sentirse amadas, apreciadas, valoradas y cuidadas.

Otro de los puntos que amerita apoyo interdisciplinario en salud, son las madres y gestantes adolescentes que consumen drogas y sustancias psicoactivas, entre otras. Estas drogas atraviesan con facilidad la barrera hematoplacentaria, ocasionando deterioro en la salud del bebé y complicaciones para el nuevo recién nacido, que después del parto deben ser atendidas por sus complicaciones. Estas

sustancias son placebos de las usuarias que las consumen porque actúan como salida ilusoria ante los problemas y el estrés. Alguna de las complicaciones producto de estas sustancias es:

- Alcohol: genera síndrome de alcohol fetal SAF.
- Tabaco: ocasiona aborto espontaneo, embarazo ectópico, restricción del crecimiento intrauterino RCIU, ruptura prematura de membranas, entre otras.
- Cocaína: produce malformaciones congénitas, síndrome de preeclampsia-eclampsia, bajo peso al nacer, aumento de la frecuencia cardíaca, presión arterial y síndrome de abstinencia fetal (20, 22).

Ante esta serie de factores que circundan en la adolescente embarazada, a nivel social no se puede pasar por alto la necesidad de enseñar ante sus interrogantes, a través de promoción y prevención, función que debe brindar el personal de salud a través de asesorías a nivel comunitario o asistencial. Además están en la capacidad de remitir a las entidades correspondientes para el apoyo y atención integral de cualquiera de los casos que se presenten a nivel intersectorial, sobre madres o gestantes embarazadas y evitar casos de morbimortalidad materna en la comunidad.

Entre las muchas asesorías de educación es indispensable abordar temas para embarazadas y madres adolescentes, sobre la buenas prácticas saludables de alimentación y el cambio de estilos de vidas que propicien la adaptación para evitar partos no instrumentado a través de la utilización de técnicas sobre spicoprofilaxis del parto. Es así como el primer punto radica en la ingesta de micronutrientes y la dieta balanceada para la prevención de enfermedades por la falta de los mismos, y la segunda opción actividad física contribuye al estado físico de las gestantes (21).

Las gestantes y madres adolescentes deben ser incentivadas a tener estilos de vidas saludables en varias dimensiones de su de vida, como por ejemplo, ser responsables de la ingesta de alimentos saludables, realizar actividad física, no ingesta de alcohol, inhalar humo de sustancias psicoactivas, derechos sexuales y vida sexual responsable, cuidado de imagen corporal, respeto y amor hacia ella misma, para evitar la presencia de factores intergeneracionales y que la nueva criatura en etapa adolescente no repita los malos hábitos de vida (15. 18, 21, 22).

2.2.1 Embarazo en Adolescentes. La etapa de la adolescencia se caracteriza por las experiencias que comprenden los errores que puede cometer la joven, debido a la vivencia en su niñez o sus ideas acertadas o ignorantes que le brinda su entorno de crianza. Si la niña no es informada antes de ser una adolescente por sus padres, cuidadores o las instituciones municipales locales sobre salud sexual reproductiva de forma asertiva, estará expuesta a múltiples riesgos, entre ellos el embarazo en adolescentes, aún más, si vive en condiciones de pobreza. Se estima que son pocas las conversaciones o nula información dirigidas a las jóvenes en sexualidad humana por parte de quienes guían su formación personal ya sea por la falta de confianza, creencias, tabúes y mitos, haciéndolas pensar que incurrirán en peligro por hablarles de sexualidad (23).

Por otro lado la Organización Mundial de la Salud, clasificó a la adolescencia en tres etapas: inicial, media y tardía y la UNICEF la clasifica en dos etapas, base de referencia para la investigación, edades comprendidas entre 10 a 14 años y 15 a 19 años, es así como la definición de esta etapa se le ha dado varios tipos de clasificaciones por rango de edades y por disciplinas científicas sociales de la época moderna que proyectaron un concepto nuevo sobre la adolescencia, derivado del latín “adolescere”, “*paso de la niñez a la adultez*”. El Dr. Castillo Venerio 2007, emitió conceptos desde la sociología, psicología y medicina, explicados a continuación (23, 24).

Con el fin de emitir el concepto de embarazo en adolescentes, se amplía el marco desde el punto de vista sociocultural. Este fenómeno está determinado por los tipos de relaciones que entabla la joven de manera favorable o desventajosa y al sinnúmero de factores que circundan en su entorno, esta definición tiene relación a lo detallado en cada uno de los modelos de los determinantes sociales de la salud y a la estratificación social a la que pertenece, siendo estos de tipo familiar, pares amigos, comunidad, cuidador, basado en el concepto de la sociología (23).

Mientras que la rama de la psicología, describe a la adolescencia como la etapa en que el individuo divaga en la inestabilidad de sus conceptos, ideales y objetivos que definan su identidad propia, pasando por el auto reconocimiento, autoconocimiento y exploración de su cuerpo entre pares del mismo sexo. Esta etapa también les brinda el deseo de sus primeros juegos de seducción, sentimientos amorosos y eróticos entre sus relaciones interpersonales (23).

Por último, la OPS/OMS establece que la medicina define a la adolescencia con el término de juventud, pero además la superpone por rango de edades comprendidos entre los 15 y los 24 años, divididas entre los 10 y los 19 años, que abarca la adolescencia inicial desde los 10 a los 14 años y la final o tardía desde los 15 a los 19 años (23).

Articulando los conceptos emitidos por estas ciencias de la salud, dan claridad al enfoque del porqué los padres deben crear el vínculo de transmisión de la información desde la casa, así mismo los colegio deben educar sobre salud sexual reproductiva e incluido los niveles intersectoriales municipales, para que antes de que lleguen los cambios psicológicos y físicos de la adolescencia, se prevenga en la comunidad bajo los parámetros de la estructuración de los determinantes sociales de la salud en los embarazos en adolescentes (23).

2.3 MARCO CONCEPTUAL

- **Determinantes de la Salud**. Para efectos de este estudio se tomaron los conceptos y teorías establecidas por la Organización Mundial de la Salud y la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), la cual define los determinantes sociales como todas aquellas circunstancias sociales, económicas y políticas en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Además, generan inestabilidad en cualquier ciclo vital humano de las personas y de las poblaciones cuando uno de los componentes del modelo, altera al individuo, familia o colectivo (21, 25, 26).

Los componentes de los determinantes sociales intermedios sobre los estructurales, propician los factores que alteran la buena salud física y mental de los habitantes y viceversa, se establece que ambos componentes son ambivalentes, están unidos estrechamente, pero son los determinantes sociales estructurales que marcan entre las comunidades un factor que ante todo tiene la capacidad de excluir socialmente seres humanos unos de otros y es la estratificación social (27, 21).

Conforme a lo anotado, se ha demostrado que los ítems descritos en los determinantes tienen asociación marcada en probabilidad de riesgos, para la presencia de diferentes enfermedades de acuerdo a sus categorías: edad, sexo, raza, educación, cultura, aspectos psicosociales, entre otros. La morbimortalidad también difiere entre sus grupos etarios. Ante esta confirmación científica, se hace evidente que existen desigualdades en países que hacen innegable la necesidad de intervenciones efectivas por parte de los entes gubernamentales, para reducir las brechas que tiene su origen en el aspecto social y que afectan radicalmente el comportamiento de las personas que luchan para que sus derechos no sean vulnerados (25).

Por consiguiente, la salud pública se destaca como puente divisorio, pero adjunto a la investigación, porque es el arte de enseñar conforme a las necesidades de las adolescentes, como disciplina científica tiene el derecho de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida de las adolescentes en estudio, a través de los esfuerzos organizados de sectores públicos y privados (25).

En cierta forma son los que determinan, como su nombre lo indica, la capacidad de relacionar lo contenido en este modelo con respecto a las condiciones de vida en las que se desenvuelve la madre o adolescente embarazada, desde una mirada holística que justifica el trabajo del Estado a través de entidades que las benefician, con el fin de subsanar cualquier situación que propicie inequidad social al grupo sujeto de estudio, de igual forma, la caracterización sociodemográfica también hace parte de los determinantes porque permite una relación amplia del constructo del abordaje de este grupo de personas (27).

Por consiguiente se denota la clasificación que estipulan los objetivos específicos con respecto a los determinantes sociales de la salud, pero con una amplia visión de lo que se desea consignar en los ítems de las características sociodemográficas.

- Edad de las embarazadas o madres adolescentes a encuestar: de 10 a 14 y de 15 a 19 años.

- Estado civil: condición de una persona de tener o no una pareja; (soltera, unión libre, casada, divorciada, viuda entre otras).

- Región del departamento: organización geográfica del departamento.

- Crianza: persona que se encarga del cuidado de otra persona.

- Área de residencia: lugar en que las personas viven y que además, ha estado y tiene la intención de permanecer por algún tiempo.

- Situación de convivencia: acto de coexistir de forma respetuosa hacia las demás personas. (Con la pareja, con los cuidadores entre otros).

- Tipo de vivienda: condiciones en que se encuentra viviendo la adolescente. (casa familiar del esposo/conyugue).

- Ambiente físico: Es el ámbito que comprende los componentes no vivos del ecosistema.

Los ítems de la caracterización demográfica en conjunto con los determinantes sociales de la salud, se unifican para caracterizar el abordaje completo de la adolescente embarazada frente a los determinantes sociales estructurales e intermedios, con el fin de arrojar resultados estadísticos que emitan la veracidad del comportamiento de los mismos.

- **Determinantes sociales estructurales.** Siguiendo con la simplificación y caracterización de los determinantes sociales de la salud y en consiguiente con los determinantes sociales estructurales, el estado socioeconómico, punto de partida que genera la calidad de vida de un individuo, familia y colectivo, cuando disponen de un estado económico que satisface sus necesidades diarias, además facilita la buena educación para sus hijos que en futuro propiciara una fuente económica estable producto de un trabajo digno, diferente es este comportamiento para los individuos, familia y colectivo que no cuentan con estos beneficios por vivir en condiciones de muy bajos recursos, aunque exista acceso a la educación pública, los ingresos mensuales no abastecen para el ingreso a una educación superior. A continuación se detallan las variables que evaluaran las condiciones estructurales de las madres y gestantes adolescentes (27,28).

- Estrato socioeconómico: medida económica que depende de la combinación de la preparación laboral de una persona; (estrato 1, 2 y 3).

- Diversidad cultural, etnia y valores sociales: etnia; grupo de personas pertenecientes a una raza con características culturales propias; (indígena, Afro descendiente, mestizo y ROM); valores sociales, se dividen en dos grupos el primero hace referencia a las *redes sociales*; encontrando actividades emitidas por los diferentes sectores hacia esta población: (Plan de Intervenciones Colectivas PIC, Servicio de Amigos Saludables, Redes de Apoyos sobre Embarazos en Adolescentes, Hogar de Instituto de Bienestar Familiar ICBF; lactantes y gestantes y por último grupos deportivos y culturales).

El segundo grupo está clasificado por las condiciones familiares, como factor de riesgo ante las que estuvo expuesta la niña para ser gestante o madre adolescente a temprana edad; (antecedente de embarazos adolescentes en familiares, perdida de un familiar significativo, relaciones intrafamiliares deficientes que generan embarazo en adolescentes y embarazo adolescente justa causa para escapar de casa)

- Situación laboral del cabeza de hogar: Persona que labora independientemente, con un contrato laboral fijo o eventual; trabajos en que puede incurrir la madre (ama de casa, modista, comerciante, peluquería y estética, trabajo artístico cultural, desempleada y otro); trabajos en que puede incurrir el padre (moto taxista, trabajo artístico cultural, oficios varios, desempleado, ayudantes y otros)

- Nivel educativo de los padres: formación educativa que adquiere una persona a nivel académico; (analfabeta, primaria, secundaria, técnico, universitario, post gradual)

- Aspectos socioculturales: elemento sociocultural que se enfocar exclusivamente con las realizaciones humanas que puedan servir tanto para organizar la vida comunitaria como para darle significado a la misma.

La descripción y funcionalidad de los determinantes estructurales, sirven para analizar las ventajas o desventajas de las adolescentes embarazada, son puntos definitivos que en conjunto darán validez a los resultados esperados por las investigadoras, que posteriormente encaminarán a las recomendaciones para con el sujeto de estudio.

- **Determinantes sociales intermedios.** Es de constatar que tanto los determinantes sociales estructurales como intermedios, están tan afines que cuando existe una alteración en una de sus variables es de esperar que el comportamiento de las madres y gestantes adolescentes sufren alteraciones en el proceso salud- enfermedad, dependiendo cual sea el grado de afectación así deben ser sus cuidados de manera interdisciplinario en salud y la del nuevo producto.

Este tipo de determinantes expresan las condiciones en las que se encuentra la adolescente embarazada, con respecto a condiciones de vivienda, empleo, disponibilidad de alimentos, entre otros. Además evalúa los comportamientos y factores biológicos de la misma bajo los criterios emitidos por los factores psicosociales (27).

- Aspectos psicosociales: demuestran la importancia de los estilos de vida, calidad de vida de las personas frente al ámbito laboral, ambiente donde se desenvuelven, comunicación familiar, cultura, entre otros.

- Regímenes de servicios de atención en salud: es el derecho que tiene todo colombiano de estar afiliado a los distintos regímenes en salud del Estado.

(subsidiado, contributivo, vinculado, régimen especial entre otros, según las normas colombianas).

- Atención en salud: satisfacción recibida por el sujeto de estudio, en los servicios de atención en salud IPS. (satisfactoria, no satisfactoria).

- Consecuencias del embarazo: acontecimiento derivado de otro, en este caso por los aspectos tanto sociodemográficos, como estructurales e intermedios de los determinantes sociales de la salud.

- Antecedentes en salud sexual y reproductiva/ginecobstétricos: como su nombre lo indica son todos los antecedentes ginecobstétricos de cada una de las embarazadas encuestadas.

- Antecedentes de enfermedades ginecobstétricos comunes entre las adolescentes embarazadas sus madres o cuidadoras: son todas las patologías que sus madres o cuidadores en gestación, padecieron y ocasionaron un estado fisiopatológico entre el feto y la madre o incluso hasta la muerte entre el binomio madre e hijo.

- Enfermedades de la malnutrición materna: patologías más comunes entre las adolescentes madres y gestantes del municipio, derivadas de la malnutrición materna.

Con base a lo anterior se describió en su totalidad, la esencia de los objetivos que representaron cualitativamente el modelo de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud, aplicado a los embarazos en las adolescentes. Con respecto a los determinantes estructurales e intermedios, estos emiten la aplicabilidad de subsanar necesidades de carácter sanitario que a veces se derivan de otros sectores públicos y privados, y no necesariamente del sector salud. Las variables

mencionadas se convierten en indicadores (cuantitativamente), que evaluaron la magnitud del problema que afectó a la población sujeto de estudio.

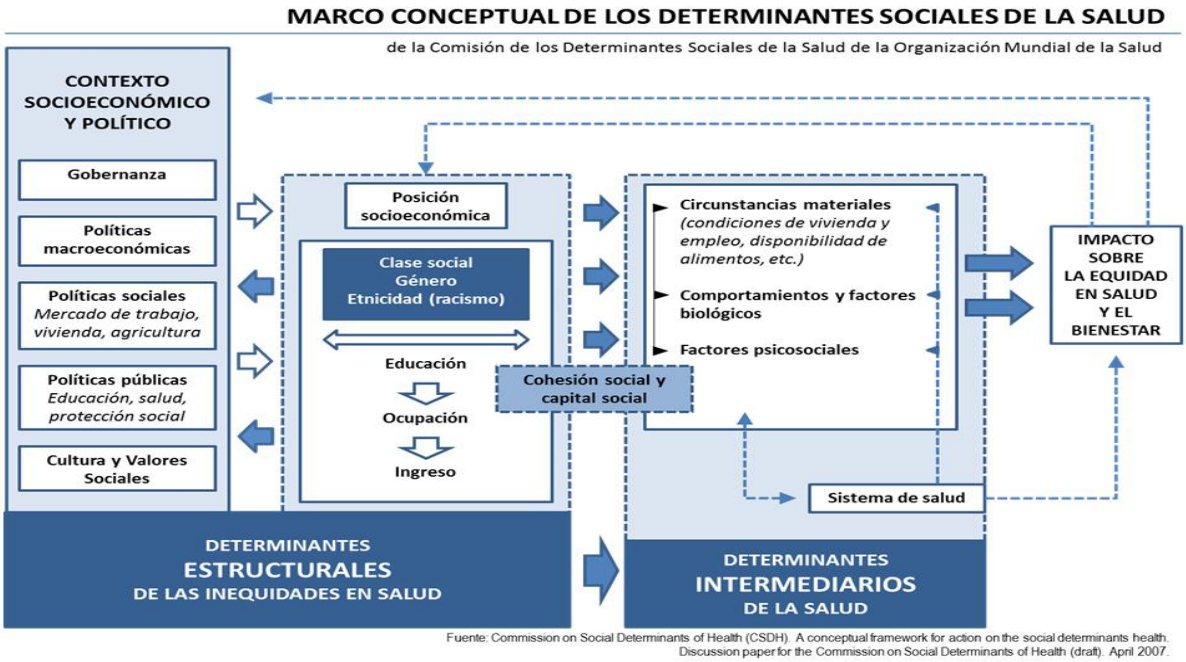


Figura 6. Marco Conceptual sobre los Determinantes Sociales de la Salud elaborado por la CDSS.
Fuente. Tomado de https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203132677002

Por otro lado los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), estiman que una de cada diez, al cruzar una de las etapas de la adolescencia, se convierte en madre a nivel mundial, antagónicamente el 82,5% de embarazos en adolescentes terminan en aborto, a fin de operacionalizar el marco conceptual de los determinantes sociales de la salud, se constata que la sexualidad es una variable inseparable del ser y del existir de una persona que se interrelaciona en su diario vivir (12, 27, 29, 30).

El contexto socioeconómico y político de la población sujeto de estudio, explícito en el análisis de los resultados, debe contextualizar la relación socio cultural de los tipos de marcadores/variables, que serán el soporte de evaluación de los

indicadores, para tener claridad de los factores que propician a las adolescentes a ser madres a temprana edad (27).

Es necesario afrontar uno de los tantos interrogantes que presentan estas niñas en su adolescencia, por la falta de educación sexual reproductiva que no fue impartida en su núcleo familiar o en las instituciones educativas a las cuales asistieron. La información educativa de salud sexual cuando fue nula, poca o brindada por terceros, es una de las razones por las que deben ser atendidas por personal capacitado para seguir luchando por otros ideales en medio de inequidades sociales (30).

- **Antecedentes ginecobstétricos que son comunes entre las adolescentes embarazadas y sus madres o cuidadoras.** Los antecedentes ginecobstétricos no siempre están influenciados por las condiciones fisiológicas de la joven, existen otros condicionantes de tipo ambiental que desencadenan patologías físicas y psicológicas en el transcurso del embarazo, acompañados de las deficientes rutinas de cuidado hacia la madre o gestante adolescente, pero en este punto de la investigación, se especificarán las enfermedades producto de la malnutrición de una gestante adolescente, factor que sí afecta gravemente su estado de salud y la del producto (31).

  Epidemiológicamente las patologías de las adolescentes embarazadas varían de un país a otro, la inadecuada ingesta de alimentos, trae consigo consecuencias en el desarrollo del nuevo producto y principalmente afecta el estado biopsicosocial de las madres. Son muchas las patologías que pueden padecer las adolescentes, colocando en riesgo el binomio madre- hijo (32).

  El Centro de Atención Nutricional Infantil de Antimano para identificar a las adolescentes con malnutrición, se basó en los antecedentes ginecobstétricos del embarazo, evaluación general por sistemas y órganos, incluyendo además la

valoración dietética, abordando: el consumo frecuente de energías macro y micronutrientes, la caracterización del apetito de la adolescente, la rutina y conducta de alimentación. También se identificaron los trastornos de la conducta alimentaria propias del embarazo, demostrando que el déficit de desnutrición encontrado en gestantes adolescentes es de 19.4% y en las adultas es el exceso (obesidad), en un 22.4% (32).

Paralelo a esto se refuta, que las principales enfermedades maternas que requieren de manejo dietético en adolescentes son: *anemia, diabetes gestacional, preeclampsia y síndrome de mala absorción*. Para establecer cuál es su origen se evaluaron aspectos en la adolescente como: menarquia, ritmo menstrual, planificación familiar, complicaciones en el embarazo o partos anteriores, consumo de alcohol, uso previo de anticonceptivos orales y vitaminas, aspectos ginecobstétricos que propician la aparición de estas patologías, que manejadas a tiempo y bajo un estándar de buenos nutrientes, evitan las complicaciones de las adolescentes embarazadas y su producto (32).

Es de especificar que una de las consecuencias en los grupos de madres adolescentes es la desnutrición, mientras que la obesidad se presenta en madres adultas, generando complicaciones en el feto como: bajo peso al nacer, incremento de la tasa de mortalidad neonatal, retardo del crecimiento intrauterino (RCIU) y riesgo de déficit psicomotor posterior, entre otros (32).

La obesidad preconcepcional también es considerada como un factor de riesgo para el producto y madres adultas, porque genera consecuencias como: mortalidad perinatal o infantil, presentando alteraciones en el trabajo de parto o cesárea por neonato macrosómico o enfermedades maternas como preeclampsia, siendo estas patologías consecuencias de la malnutrición para este grupo de gestantes evaluadas en el estudio (32).

En cuanto a las patologías más comunes que se relacionan con sus madres o cuidadoras son: abortos, *anemia*, hipertensión inducida por el embarazo (*preclamsia*), infección de transmisión sexual (ITS), *diabetes gestacional*, placenta previa, desprendimiento de placenta, ruptura prematura de membranas, desproporción cefalopélvica y por último *la nutrición insuficiente de la madre*, que determina la elevación de la morbimortalidad materna y un aumento estimado de 2 a 3 veces en la mortalidad infantil, al compararse con los grupos de edades entre 20 y 29 años. El 80% de los niños hospitalizados por desnutrición grave son hijos de *madres adolescentes* (13, 27).

De lo anterior se determinó que las adolescentes están de cierta forma atravesando la etapa de la adolescencia y que además, ser madre es una de las experiencias más significativas del género femenino, porque despierta una serie de emociones y sentimientos que pueden marcar positiva o negativamente la vida personal, familiar y social de una mujer. La vivencia es positiva cuando se cuenta con las condiciones idóneas para desarrollar un embarazo en plenitud y la mujer tiene acceso a una nutrición adecuada, apoyo familiar, de pareja y goce efectivo de un ambiente saludable. En contraparte, la experiencia es negativa cuando las gestantes no gozan de estabilidad económica, psicológica o no tienen el apoyo requerido para llevar un embarazo a feliz término, trayendo consigo complicaciones y riesgos para la salud y vida de la materna (21).

- **Comportamiento de los determinantes sociales de la salud en embarazo adolescente en otros países.** En el presente estudio los Determinantes Sociales de la Salud del embarazo se establecerán cuantitativamente, haciendo una comparación entre los datos obtenidos en el municipio de San Antero (Colombia), con los obtenidos acerca del contenido en otros países. Por tal razón, a continuación se presenta el comportamiento estadístico de los determinantes estructurales e intermedios identificados en la estructuración y contenido de la investigación. Se considerará que existe una influencia de un factor como determinante social en San

Antero, cuando se presente dos o más desviaciones estándar en relación con las estadísticas de las zonas comparadas.

Es así, como se despliegan las posibles comparaciones de los determinantes sociales según San Antero y el nivel de desarrollo de los países indagados en cuanto a lo que establece la literatura, con respecto a la prevalencia del fenómeno a nivel mundial. La cifra correspondiente para E.E U.U 12. 8%, para los países de menor nivel de desarrollo como el Salvador se le atribuye 25%, para África se estima un porcentaje 45% de los mismos, mientras que América Latina, presenta entre 15 y 25% de los recién nacidos como hijos de madres menores de 20 años (31).

Es de considerar que existen factores de riesgos que fueron identificados y trabajados por un grupo de investigadores expertos en el tema de Chile para el año 2005, identificando que solo tuvieron mayor influencia los factores individuales con un porcentaje 71.6%, familiares 20.3% y 11.6% los factores sociales que también desencadenaron embarazos en adolescentes (31).

Una de las principales categorías a identificar son: la edad y el estado civil de las gestantes o madres adolescentes, como es el caso de la siguiente investigación de tipo descriptiva, retrospectiva de corte transversal, realizada en Cotorra, la Habana Cuba, en el Policlínico Docente “Efraín Mayor Amaro”, demostró que las edades de 10 a 13 años (adolescencia temprana), no reportó cifras para el trienio de 14 a 16 años (adolescencia media), el porcentaje de acuerdo a los 34 casos reportados fue 19. 2% y para el ultimo rango de edades de 17 a 19 años (adolescencias tardía) ocupó 80.8%, equivalente a 143 casos de gestantes adolescentes para un total de 177 mujeres atendidas, La anterior clasificación corresponde a las edades emitidas por la Organización Mundial de la Salud (33).

Continuando con la descripción de la variable edad, un estudio de tipo descriptivo retrospectivo con enfoque cuantitativo, en el CAMU Divino Niño del municipio Puerto Libertador en Córdoba, destacó que las edades con mayor porcentaje para la aparición de embarazos en adolescentes eran de 16, 17 y 18 años. La primera y la tercera edad representaron un porcentaje 20.5% y la segunda edad en un 32.7% adolescentes procedentes de la zona urbana, mientras que el estado civil del objeto de estudio manifiesta que en un 70% predominó la unión libre, resultado reflejado por una investigación de tipo descriptivo, retrospectivo, realizado en Honduras con una población universo de 350 gestantes (34, 35).

El comportamiento para la evaluación de la variable edad fue diferente para cada una de las investigaciones, la primera se basó en la estratificación de la OMS y la segunda arrojó el mayor porcentaje entre edades de 16, 17 y 18 años, mientras que para San Antero representó 98% en adolescentes de 15 a 19 años, cifra que supera en menor y mayor proporción a las expuestas por las investigaciones anteriores, y con respecto al estado civil de las adolescentes se destacó la unión libre 77%.

Pasando al nivel educativo, un estudio descriptivo retrospectivo de diseño no experimental, reportó que las adolescentes en un 77.0% cuenta con un nivel de secundaria, sin embargo manifestaron haber desertado en octavo y noveno grado, el 14.0% cursó hasta primaria, solo 4.0% siguieron sus estudios superiores y 5.0% dijo no haber estudiado (36).

En San Antero las madres adolescentes 67%, están cursando para terminar sus estudios de bachillerato y 74% de las gestantes adolescentes, buscan la manera de terminar sus estudios académicos de bachillerato y los dos grupos de adolescentes representaron 2% que están empezando sus estudios universitarios.

Las relaciones entre embarazos en adolescentes y los determinantes estructurales a comparar con la presente investigación, refleja que el estado socioeconómico de las adolescentes en un 40.5% de este grupo de jóvenes, depende económicamente de los padres o cuidadores para la crianza y desenvolvimiento en su diario vivir del nuevo integrante de la familia. También se evaluó en cuáles de las razas a nivel nacional predominó este fenómeno social, que surge como resultado de la ausencia de oportunidades o elecciones para su vida y crecimiento personal que la llevan a tomar esta decisión u otros motivos (35, 36).

Para el municipio de San Antero el estado socioeconómico hace referencia al estrato que ocupa la vivienda de la adolescente, siendo cambiante entre cada una de estas jóvenes, derivándose que el 91% encuestadas en su mayoría, están respaldadas por el apoyo de sus familiares y el grupo que resalta el porcentaje de etnias con mayor porcentaje fue el afrodescendiente con un 52% en comparación con las siguientes indagaciones.

Las estadísticas nacionales de la comunidad afrodescendiente reportan que estas se embarazan 16.4%, indígena 15.1% y otros grupos raizales 13.4%, para un total 54.9% de embarazos en adolescentes entre las etnias mencionadas (37).

Por otro lado se consideró el análisis de las estadísticas arrojadas por la investigación de tipo analítico descriptivo, de corte transversal. Si bien el mayor porcentaje de embarazos en adolescentes se presentó en la raza mestiza 55.97% en relación a la etnia indígena 35.22% y por último la afrodescendiente arrojó 8.81% de mujeres que asistieron a los centros de Salud de Carpuela, La Esperanza, Salinas, San Antonio y Zuleta, en Ecuador (38).

Posteriormente a través de la historia, fueron apareciendo en la sociedad redes sociales comunitarias que buscan con su trabajo, ayudar a grupos de personas que carecen de algún tipo de apoyo emocional, familiar o financiero, así como evitar la

aparición de posibles casos de embarazos en adolescentes, bajo educación en salud sexual reproductiva. Se encontró que en San Antero el 99% de las adolescentes desconocen de las redes de apoyos o que hayan participado de las mismas.

Los estudios a describir soportan que en muchos de los casos las madres adolescentes o gestantes no asisten a este tipo de redes sociales comunitarias, por desmotivación en un 27.4%, muchas desconocen el contenido de la información que ofrecen de promoción y prevención en un 27.1%, un 20.3% no cuenta con recursos económicos para trasladarse y por último un 6.9% no asisten porque los servicios son de muy baja calidad para la atención de la adolescente en condición de embarazo o madre (34).

Otro estudio de tipo descriptivo, cuantitativo de corte transversal, logró demostrar a través de la aplicación de un cuestionario a equipos de Centros de salud (enfermeros), de primer nivel de atención de RAP- ASSE de Montevideo, durante el período comprendido entre el 14 de octubre y el 6 de noviembre del 2013, consiguiendo verificar la importancia que debe cumplir la familia en las adolescentes embarazadas, siendo estas de relevancia para la presente investigación, porque facilita el análisis de los aspectos socioculturales, psicosociales, entre otros (39).

Los investigadores del siguiente trabajo midieron la percepción del apoyo, mediante el modelo de Olson, obteniendo los siguientes resultados: un 71% de los participantes consideró que el apoyo es “poco satisfactorio”, 27% percibe que es “satisfactorio” y 2% “no satisfactorio”. Si la familia en mucho de los casos no cumple de forma satisfactoria la función de apoyo, frente a resolver situaciones conflictivas y/o sobrellevar los problemas intrafamiliares, no se dará en los mejores términos de resolución de los mismos, aumentando los diferentes tipos de violencia que existen (39).

Por último, se citan las cifras epidemiológicas de las patologías más frecuentes en las adolescentes embrazadas. Un estudio en la ciudad Atacames, Ecuador, de tipo no experimental, cuantitativo de corte transversal y correlacionar, demostró los siguientes datos estadísticos: 28 % fueron abortos y 23 % se hospitalizaron por amenaza de aborto, amenaza de parto prematuro, infección de vías urinarias, oligoamnios y ruptura prematura de membrana, entre otras. La histerectomía y hemorragia postparto que correspondió 1 %. En los recién nacidos 12 % presentó complicaciones, siendo 6 % distrés respiratorio (44).

En el caso de la población sujeto de estudio, se hizo alusión a las patologías más frecuentes entre las madres y cuidadoras de las adolescentes madres y gestantes, arrojando que la primera frecuencia de estas alteraciones son: aborto, preeclampsia, no sabe, anemia, embarazo múltiple, entre otras. Estas fueron una de las principales alteraciones fisiológicas entre este grupo de madres y cuidadores. Se estima que 75% de los casos notificados en embarazos durante el control prenatal se da por las deficientes fuentes nutricionales, producto de los estilos de vida de la adolescente con respecto a su alimentación, no siempre traer un niño al mundo con bajo peso se relaciona con este factor, según lo establecido en la investigación, coexisten otros gradientes que desencadenan el bajo peso al nacer. A través de un estudio de casos y controles, retrospectivo y observacional, se reestableció la relación entre la anemia en embarazadas menores de 20 años y bajo peso del recién nacido. La representación con mayor porcentaje según la variable de malnutrición fue anemia en San Antero (45)

.

2.4 MARCO LEGAL

2.4.1 Marco Legal Internacional. Las conferencias internacionales de salud pública, se han venido desarrollando a lo largo de dos décadas; la manifestación de las mismas de forma integral da importancia a la mujer y a la protección que se les debe brindar. Por ende, los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM); estrategias, declaraciones y organizaciones que se mencionaran en el desarrollo del texto y que se conformaron con el objetivo de ser consejeras, apoyar y guiar a los Gobiernos, frente a nuevas políticas públicas en diversidad de necesidades, adoptándose en este punto las que abordaron las fuentes que orienten a la Maternidad Segura en etapa de adolescente embarazada.

La semántica para la estructuración designada a la palabra Planificación Familiar (PF); a través de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo llevada a cabo en el Cairo, Egipto en 1994, en conjunto con las Naciones y sus respectivos representantes que asistieron y aportaron ideas de bastante rigor analítico y crítico para la promulgación de la estrategia de planificación familiar; sustentaron que bien planificada y ejecutada en el campo de los derechos sexuales y reproductivos de cada Nación, contribuiría al desarrollo de los pueblos en el mundo (42).

Básicamente este concepto está ligado al poco desarrollo de las naciones, porque se relaciona con el mayor número existente de personas, que disminuyen considerablemente los recursos disponibles para la habitalidad. Si bien es cierto los representantes de la alta cumbre trabajan para que esta situación desventajosa no suceda, situación que vive nuestro vecino país Venezuela; a pesar de la estigmatización y los conflictos internos de Colombia tras años, se ha velado incansablemente por la prosperidad de las personas de bajos recursos o de pobreza extrema (42).

Las conferencias iniciaron por la declaración de Alma- Ata, la cual hace un llamado a todas las Naciones del Mundo en su lema "*salud para todos en el año 2000"* y promulga la continuidad de las demás conferencias internacionales de salud pública; conceptualizando que la mujer es el pilar de la construcción del bienestar de una sociedad.

Son muchos los esfuerzos que se realizan para que los adolescentes conozcan y se apropien de los métodos anticonceptivos. La planificación familiar desde el punto social, disminuye la elevada deserción escolar de las adolescentes embarazadas a causa de la no planificación, sin olvidar los riesgos a los que se exponen tales como: Infecciones de Transmisión Sexual ITS/ VIH-SIDA y el Virus del Papiloma Humano (VPH); el aumento de estas infecciones también representan consecuencias para la salud de las personas y problemas de interés en salud pública (42).

Por tal razón, la erradicación de la pobreza y la disminución del crecimiento económico están inmersos en la estrategia de planificación familiar, que bien aplicada en promoción y prevención en los servicios de salud, contribuye favorablemente a la calidad de vida de las poblaciones y al desarrollo económico de los países (42).

Esta misma conferencia en el punto que se ha venido debatiendo, contribuye a la evaluación paulatina del cumplimiento de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), por la intervención costo-efectiva que cumple en beneficio a los adolescentes y mitiga condicionantes con el fin de trabajar hacia un país desarrollado, pero se constata que unas 222 millones de personas no usan métodos modernos de anticonceptivos y las causas más comunes de no protección, son de tipo: social, cultural, político y religioso (42 , 43).

Las estadísticas evaluadas por los objetivos de desarrollo del milenio demuestran que las cifras de pobreza actual resaltan que más de mil millones de personas se han rescatado de vivir en condiciones precarias, que afectan su vida y deterioran significativamente la salud de los mismos, punto favorable para al sector educación con respecto al continente americano, manteniendo en el período comprendido entre los años 2000-2015, los promedios de educación en menores de cinco años en un 94%; pero se estima que los niños provenientes de hogares pobres, tienen cuatro veces la no probabilidad de asistir a la escuela. Para el año 2015 se aumentó globalmente las cifras de alfabetismo predominantes entre los jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y 24 años y en un 91% se dio aparición a una gama de eventualidades a nivel social (43).

Siguiendo con estos indicadores, las tasas de mortalidad infantil demuestran que pasaron del 90% de muertes a un 43% por mil nacidos vivos a nivel mundial. En Latinoamérica se redujo esta tasa a un 35% para el año 2012, con respecto al año 1990; aunque han sido muchos los avances para el apoyo de la mujer en la creación de políticas públicas internacionales, aún en este tiempo la paridad sigue siendo una meta distante, no todas las maternas cuentan con la atención del parto y la información sobre los cuidados previos del recién nacido, además, aún persiste la atención del parto por personas no capacitadas, en especial las mujeres que residen en zonas alejadas del casco urbano, asimismo se ha logrado disminuir las cifras de VIH reduciéndolas a un 40% (43).

Es así como la planificación familiar en relación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, propician al desarrollo sostenible del mundo “contribuyendo a mitigar la pobreza para el acelere del desarrollo socioeconómico; ayudando a garantizar que todos los niños vayan a la escuela promoviendo la equidad de género; se logró reducir la mortalidad infantil al igual que la mortalidad materna; se desaceleró la propagación del VIH/SIDA. Además por la disminución de la población, se puede ayudar al cuidado del medioambiente y por último, las nuevas tendencias y

evolución de la tecnología, más el saneamiento básico ofrecido a las comunidades lo que facilita el fomento continuo del desarrollo de cada país (42, 43).

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, establece que la maternidad y la infancia son identificadas como etapas de potencial prioridad ante otros grupos poblacionales tanto que tienen derecho a cuidados y asistencia en salud especiales debido a las complicaciones ginecobstétricos, que en el transcurrir de su proceso gestacional y después del mismo se pueden desencadenar y colocar en riesgo la vida de madre e hijo, aún más si se trata de una adolescente embarazada, que es vulnerada por las condiciones en que vive y que no le permite el pleno goce de su maternidad (44, 45).

Es sabido que la Organización Mundial de la Salud, es el ente de mayor rango de autoridad para subsanar las eventualidades en salud pública, bajo la articulación de otras disciplinas que hacen visible la resolución de las necesidades en salud de las poblaciones. Esta organización, toma como punto de partida el abordaje de la mujer en estado gestacional, haciendo hincapié a las inequidades en salud, llamadas también como desigualdades evitables e injustas (44).

Uno de los principales componentes que ayuda a evitar estas inequidades, lo asociaron al trabajo responsable, continuo, seguro e idóneo por parte de los profesionales que brindan atención a las embarazadas a través del reforzamiento del Control Prenatal (CPN). El programa tiene como objetivo “vigilar la evolución del embarazo, evitar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, y por último, preparar a las embarazadas para el parto, la maternidad y la crianza”. Además se promueve con este objetivo el goce máximo de salud como derecho fundamental, la lucha contra la desigualdad, el sano desarrollo de la infancia, la promoción y protección de la salud y el derecho de ser atendida toda mujer en edad gestacional (44).

Dando continuidad, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) trabaja incansablemente para preservar la integridad de los jóvenes a nivel mundial y su linaje en vivir a plenitud las etapas de la adolescencia, sin ningún factor que lo predisponga a la no realización de sus sueños, induciéndolos al alcance de una educación superior, haciéndola viable a través de los múltiples beneficios que ofrece el gobierno en aras de generar estudio a los adolescente de acuerdo a condiciones de: desplazamiento, víctimas del conflicto armado, etnia, a través de Icetex, entre otros. También vigila su protección y los aleja de ser víctimas del conflicto armado, la explotación sexual y el trabajo forzoso (45, 50).

También resalta que los servicios sean brindados acorde a las condiciones socioculturales de los habitantes, pero advierte que se ha de actualizar a la comunidad en un lenguaje sencillo y entendible en temas concernientes a suplir sus necesidades de salud. Además, defiende la tarea de "asegurar el acceso a la información y a los servicios sanitarios, incluyendo la promoción en salud a través de la educación sexual, la prevención del SIDA y los servicios de salud sexual y reproductiva" (46).

Después del análisis de este componente, se apunta que posiblemente los determinantes sociales de la salud desencadenan el embarazo en adolescentes, articulado con lo establecido por la conferencia de Alma- Ata (28)

Dentro de los términos que marcaron el hito de los cambios en los estilos de vida de salud de los habitantes y en especial los de la población adolescente embarazada y su maternidad son "*la promoción y prevención de la salud y la enfermedad",* puesto que son el origen para proseguir con las conferencias de Atención Primaria en Salud (APS), Promoción de la Salud, que hoy día también son conocidas como Conferencias Internacionales de Salud Pública. Estas iniciativas se debieron a la primera (APS) de Alma Ata, que estableció cinco aspectos que se han manejado en el proseguir de estos encuentros, los cuales son: la construcción de

“políticas públicas saludables, crear entornos de apoyo, desarrollar habilidades personales, fortalecer la acción comunitaria y reorientar los servicios de salud”. Este enfoque en salud para ser integral, depende del esfuerzo del desarrollo social y económico, porque se determina en conjunto con las relaciones entre el sector salud y la reforma social (34).

La segunda conferencia de Adelaida de 1988, propuso la creación de nuevas políticas públicas en diferentes campos de la salud del individuo, familia, colectivo y sociedad, haciendo mención específica en el apoyo incondicional de las mujeres, así: 1) el trabajo de la mujer debe ser equitativo en el ámbito de la sociedad; 2) establecer beneficios de acuerdo a las necesidades de las mujeres en la práctica del parto; 3) apoyar a las madres que trabajan para el cuidado de sus hijos y por último, facilitar la licencia parental y de salud (28).

La tercera conferencia realizada en Suecia en 1991, Sundsvall, destaca cómo los determinantes sociales de la salud, deben ser trabajados de acuerdo a la conformación de entornos de redes de apoyos sociales para el desarrollo sostenible de salud, y los interrelacionados con dimensiones de ámbito social, político y económico, mas la gran importancia de reconocer el papel social de la mujer en todos los sectores. El ideal de esta propuesta es velar por el engranaje que trae consigo mismo esta dimensión y que de una u otra manera, no limite el porvenir de las adolescentes en cualquiera de los ámbitos de su diario vivir (28).

Es muy significativo lo que expresa la cuarta conferencia realizada en Beijing, 1995, para el papel de una mujer en sociedad, porque declara una vez más el derecho a la salud de las mismas en todo el mundo, más la promulgación de sus derechos sexuales y reproductivos e hizo énfasis sobre objetivos de igualdad, paz y desarrollo, así mismo, se planteó la eliminación de la violencia sexual en género, el trabajo excesivo y el estrés entre otros puntos en beneficio a su salud (46)**.**

Durante todo el desarrollo de la quinta conferencia realizada en México de nombre “Hacia una Mayor Equidad”, se habló sobre el papel que cumple la mujer en el desarrollo de la salud. Las mujeres están marcadas en materia de salud e inequidad, por las condiciones desfavorables de su posición social y la manera en que viven. Para suplir estos condicionantes, se propone cerrar brechas de desempleo y facilitar maneras factibles de estudio; como hincapié a la resolución de inequidades que se presentan en la vida de muchas mujeres madre de hogares (28).

Ante los numerosos trabajos de las conferencias hacia la mujer en sociedad, el derecho a la salud, su salud sexual y reproductiva, una vez más se une a la protección de los mismos la Declaración de Delhi en India 2005, la cual ajusta su documento, haciendo un llamado de atención a todos los países para dar como recomendación la elaboración de Planes de Desarrollo e incluir una dimensión de que respalde la salud sexual y reproductiva de la población, con el objetivo de salvaguardar las vidas de las madres embarazadas, recién nacidos y niños (43).

Se ha tejido una gran gama de políticas internacionales en salud pública y se sigue trabajando en este punto, para respaldar siempre a la mujer en diferentes campos en pro de salvaguardar sus derechos. Los determinantes sociales de la salud de acuerdo a la situación social, económica, política y ambiental, se manifiestan de diferentes formas en cada país, pero muchas de las causas para intervenir el embarazo en adolescentes tienen gran similitud entre los mismos. Es de interés anotar que un país subdesarrollado y desarrollado buscará la manera, a través de la creación de políticas, de mejorar la prestación de la atención en salud (46).

Es así como se han unido al esfuerzo de una maternidad segura, los gobiernos nacionales, las comunidades internacionales, la sociedad civil y el sector privado. Juntos contribuyen al aumento de la esperanza y nuevas oportunidades para las población a intervenir en todo el mundo, además, todos los entes internacionales trabajan incondicionalmente frente a las inequidades maternas en salud para el

beneficio de este fenómeno social, que se denomina de primordial importancia para la salud pública y que nunca dejará de ser un reto para vencer a la pobreza, cuya asociación es causal y bidireccional, por tanto es necesario acatar las iniciativas que dirigen y estipulan cada una de estas instituciones mencionadas (43,44).

2.4.2 Marco Legal Nacional. Al abordar temas sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y representar sus cifras, le abre campo al comportamiento de normas sociales y morales para la creación de los lineamientos de maternidad segura en las adolescentes colombianas porque se estipula su relación con los DSS y el cuidado a través de la salud pública, pero la estrategia en el marco del contenido es vigilar los derechos de la población en el territorio colombiano.

Cabe anotar que la población ha de ser educada con mayor rigurosidad sobre los derechos sexuales y reproductivos de las presentes y nuevas generaciones, porque las normas jurídicas disponen a favor de proteger y disminuir las inequidades en salud con el fin de vigilar el cumplimiento de este derecho en los adolescentes. El Estado busca brindar apoyo en cada uno de estos condicionantes, a través de proyectos que permitan erradicar las brechas de desigualdades (47).

Es así como el Sistema Nacional de Salud (SNS) en Colombia fue reglamentado en un tiempo por la Ley 10 de julio 4 de 1990, que debido a las inconsistencias de desmonopolización presentes en ese momento histórico para dar orden a su estructuración financiera, se toma la iniciativa de dar paso al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS); pasando a ser monopolizado y mejorando los servicios de salud de muchas personas no afiliadas, para el año 2018 la cobertura del SGSSS era de 94.66% de usuarios pertenecientes al régimen de seguridad social en salud del Estado (48, 49).

Está adscrito a la Constitución Política (CP) de julio 4 de 1991 el SGSSS resaltado en su Art. 48. La Constitución política establece que Colombia “es un Estado social de derecho, fundada en el respeto de la dignidad humana, el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran”, siendo la familia el núcleo responsable de la conformación de una sociedad y es la base principal para impartir buenos modales y linajes de crianza establecidos de generación en generación. Es así como se lucha porque el embarazo en adolescentes no debe ser discriminado y cada adolescente, debe gozar durante y después del embarazo de una buena atención en salud (50).

Uno de los puntos a tomar después del componente salud y en relación con los embarazos en adolescentes, es la diversidad de temas que se ha venido abordando a través de las normas colombianas, con respecto a los determinantes sociales de la salud; por tal razón se hace mención a la importancia del sector educativo de Colombia, que se encuentra afectado por la deserción escolar de embarazos en adolescentes.

Estudios demuestran en su análisis que esta situación se genera por diversos problemas psicosociales, debido a la deficiente educación proporcionada en casa por sus cuidadores o padres sobre la sexualidad humana, uno de los motivos por los cuales el Ministerio de Educación Nacional le otorgó el carácter de obligatoriedad mediante la fundamentación del Proyecto Nacional de Educación Sexual (PNES), en conjunto con la Resolución 3353 julio 2 de 1993 y la Ley General de Educación 0115 febrero 8 de 1994, articulándose transversalmente a los planes de estudios existentes de nuestro sistema educativo, para fortalecer los avances científicos sobre la sexualidad y el desarrollo pedagógico en las instituciones educativas del país y mitigar las creencias y tabúes en el ámbito cultural del mismo entre los adolescentes y temas de sexualidad sana y responsable (51, 52, 53).

Las anteriores normas se complementan con la siguiente resolución para disminuir los embarazos en adolescentes y las deserciones escolares, fenómeno social que esta articulado con la Resolución 0412 de febrero 25 de 2000, que fue modificada por la Resolución 3384 de diciembre 29 de 2000 para que los programas de planificación familiar, hombres y mujeres, control prenatal entre otras normas técnicas y guías se apliquen de acuerdo a las necesidades de las personas que solicitan estos servicios.

El primero reduce la población y consigo el engranaje de innumerables situaciones de interés en salud pública en poblaciones pobres y el segundo cobija, protege y lleva a cabalidad en plenitud el embarazo de la adolescente, además, esta Resolución tiene como objetivo la protección específica, detección temprana y el servicio de demanda inducida, durante la prestación del servicio de planificación familiar y a lo largo del embarazo y después del mismo. Ambos programas constituyen beneficios a una sociedad, de acuerdo a lo especificado por la estrategia de planificación familiar, los ODM y ODS (54).

Siguiendo con el cuidado integral de toda mujer adolecente embarazada o gestante, toda IPS debe contar con el programa de Institución Amiga de la Mujer y la Infancia, política institucional que favorece al control prenatal a través de promoción y prevención. Esta política tiene como objetivo impartir educación a las adolescentes sobre la maternidad segura y nutricional, fomentando la lactancia materna y sus beneficios entre otros temas contemplados en los diez pasos de la misma. Además que favorece a la no compra de fórmulas para la alimentación del bebé, cuando los cuidadores o la madre cuentan con poco ingreso económico. La promulgación de esta política se realizó en la cumbre Mundial de Jefes Países Para la Infancia, celebrada en la ONU Nueva York, septiembre 1990 (55).

Se encontró que entre la literatura el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) también ofrece en su accionar a un gran número de personas en condiciones vulnerables, consejería, apoyo emocional y en mucho de los casos coloca tutores o padres sustitutos para luchar por el bienestar de ese individuo. Entre estos grupos, encontramos las adolescentes embarazadas, que bajo el lineamiento técnico del programa especializado para la atención a adolescentes y mujeres mayores de 18 años gestantes o en período de lactancia, brinda asesoría psicosocial para restablecer los derechos de las adolescente que se encontraban amenazadas o vulneradas al igual que su hijo, por ejemplo en situaciones de secuestro, abandono familiar o de pareja, violencia sexual, entregar en adopción al hijo sin consentimiento de un par entre otros, y es así como lo establece la Ley 1098 de noviembre 8 de 2006 Código de la Infancia y la Adolescencia, que centra su actuación en la protección integral en este rango de edades (56, 57).

Debido a los altos riesgos ginecobstétricos de las adolescentes embarazadas entre las menores de 14 años, se vela por sus derechos si presentan estos tres aspectos que emite la sentencia C-355/2006 en referencia al aborto, que se promulgó en el Art. 122 del Código Penal y entendido que no se incurre en delito de aborto, cuando se cuenta con la voluntad de la mujer y se da la interrupción del embarazo bajo certificación médica, identificando: “1) que la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, 2) cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, 3) cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentida o de incesto” (58).

También se hace énfasis a la integridad de las adolescentes producto de violencia sexual, en este punto se hace mención de la Ley 1146 de julio 10 de 2007, la cual brinda protección y atención integral a niños, niñas y adolescentes que por su condición de indefensión, de desigualdad y el poder de agresor hacia la víctima que

atentó con su integridad física y mental ante un caso de violencia sexual, deja secuelas en la vida de la víctima (59).

Por tal motivo se empiezan a implementar las Políticas Nacionales de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, con el fin de elaborar y demostrar a través de la situación de las tasas demográficas de natalidad presentes en Colombia y sus consecuencias, la importancia de vigilar el comportamiento de los adolescentes vulnerados, permitiendo al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) trabajarlo en una de las diez dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), haciendo salvedad en las siguientes fechas a mencionar sin perder la secuencia cronológica de las leyes que fortalecieron hasta el tiempo real (2019), la protección de las madres y gestantes adolescente frente a promoción y prevención (60).

Por consiguiente, la Ley 1122 de enero 9 de 2007 se implementa con el objetivo de realizar ajustes derivados de salud pública y con el fin de buscar siempre la calidad en la prestación de los servicios de salud a nivel intersectorial, esta ley cambia el Plan de Atención Básica, por el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC), además la Ley 1438 de enero 19 de 2011, indica la creación del PDSP 2007-2010, por el MSPS, que fue adoptado por el Decreto 3039 de agosto 10 de 2007, refiriéndose al Plan Nacional de Salud Pública (PNSP), con una característica en particular ampliar la estrategia de Atención Primaria en Salud y retomando al actual PDSP 2010-2021, bajo la Resolución 1841 de mayo 28 de 2013. Las anteriores leyes articuladas han favorecido a la equidad social, capital social, desarrollo humano y mejorar la calidad de vida de las personas y comunidades (61, 62, 63, 64, 65).

Lo anterior enfoca al trabajo realizado por los distritos, departamentos y municipios de Colombia en la ejecución de promoción a través de secretarias de salud, IPS y EPS en la dimensión de “sexualidad y derechos sexuales y reproductivos” derivados

del PDSP, contenidos en el Plan De Intervenciones Colectivas (PIC) tras el cumplimiento de sus componentes, objetivos y estrategias, se ha logrado educar, informar, motivar, sensibilizar y realizar movilizaciones sociales con enfoque etno-cultural y de género a grupos de padres, padre e hijos, adolescentes, niños y niñas en mayor riesgo de quedar embarazadas a temprana edad, y poder contribuir a mitigar el número de este fenómeno social, con el respaldo de diversas ramas de la salud y de otros campos (61, 62, 63, 64, 65).

El Plan Nacional de Salud Pública, creó en sus estrategias la implementación de Servicios Amigables para ser ajustadas por IPS públicas y privadas del Estado, basándose en la atención en Salud Sexual y Reproductiva (SSR) para adolescentes de su comunidad con el fin de brindar consejería en oferta anticonceptiva de emergencia, métodos modernos de anticoncepción, planificación familiar para hombres y mujeres, embarazos en adolescentes, ITS/VIH-SIDA, apoyo psicológico, sexualidad humana, entre otros, de manera que se cree una sexualidad responsable por parte del adolescente, respetando de forma integral sus derechos sexuales en conjunto con su patrimonio sociocultural, que permita la conciencia de toma de decisiones de manera segura, responsable e íntima (63).

Por tal motivo, es de obligatorio cumplimiento atender a las adolescentes embarazadas o madres adolescentes de todo el territorio colombiano en cualquier parte del país, aún si no cuentan con aseguramiento. La Resolución 3778 de agosto 30 de 2011 cobija y presta la atención en salud a los estratos I y II de la tercera metodología, facilitada por el Sistema de Selección de Beneficiarios Para Programas Sociales (SISBEN). Esta población es conocida actualmente como Población Pobre no Asegurada (PPNA), sus servicios en salud son financiados por el municipio o departamento bajo un contrato denominado población vinculada (67).

Por consiguiente uno de los planes implementados para favorecer la salud de las adolescentes embarazadas, es el Plan de Acción de Salud, primeros 1000 días de vida 2012-2021. Comienza en la concepción de la mujer hasta los dos primeros años de vida del niño o la niña, período en que la adolescente embarazada enfrenta cambios de tipo fisiológico, biológico, socioculturales y spicoafectivos, que requieren de atención cuando las adolescentes se ven afectadas por alguno de estos u otros condicionantes (67).

El plan sustenta que la atención de las embarazadas debe ser eximida en relación con otros derechos pertenecientes a la población en general, ya que son dos vidas por las que se vela y el objetivo es llevar a término sin las mínimas complicaciones ginecobstétricas la salud del recién nacido y la madre, enfatiza en motivar a las parejas a conocer de sus derechos sexuales y reproductivos, valora las etapas de la gestación a través de control prenatal, estimula la lactancia materna y establece los cuidados calificados en el parto y el postparto (67).

Otra de las leyes que posteriormente salió a relucir para acobijar y acompañar a las niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual, es la Resolución 459 de marzo 6 de 2012, la cual reglamenta el protocolo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual, cuando estas pacientes ingresan a las IPS, por atención médica, en primera instancia se les brinda el apoyo psicológico, segundo se verifican las ITS, embarazo y posteriormente se da continuidad con el proceso estructurado en la norma, favoreciendo los derechos de las pacientes afectadas (68).

Los puntos que fortalecen a la adolescencia en nuestro medio es el Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES Social 147 del 2012), que fomenta entre una de sus estrategias que las niñas, niños y adolescentes de 6 a 19 años tienen como objetivo terminar su ciclo educativo, preparándolos a la posibilidad de obtener una educación superior, un trabajo digno, mejorar su calidad de vida,

impartir bases de principios a sus nuevos hijos y ante todo los retira de incurrir en mucho de los fenómenos sociales a los que se expone al cruzar la etapa de la adolescencia (69).

Siguiendo con la temática frente a los documentos descritos que favorecen a la maternidad segura en adolescentes en el país, el Protocolo de Atención a la Embarazada menor de 15 años, es elaborado a partir de los lineamientos establecidos en la Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo (Resolución 0412/2000) y demás que la complementan, vigilando que la salud de las adolescentes embarazadas esté reglamentada por el control prenatal activando las rutas de acuerdo a la edad, que se realiza a través de los sectores: salud (IPS públicas y privadas), protección (defensoría de familia del ICBF, comisaria de familia) y justicia (Fiscalía General de la Nación, policía Nacional y Comisaria de Familia) activando rutas internas de la siguiente manera (70, 23).

Cuando se refiere a una niña menor de 14 años de edad embarazada de un adulto y/o detección de un evento de violencia sexual en concomitancia intersectorial la tramitología pertinente es la siguiente: si la menor de 14 años ingresa al sector salud debe ser direccionada al sector protección, encargado de realizar un informe socio familiar y entregarlo al sector justicia, sin que el sector salud tenga disponibilidad de esta información. Dado el caso en que la adolescente ingrese primero al servicio de protección, igual debe ser direccionada al sector justicia profesionalmente, para evitar que la pareja deje de asistir al sector salud, si es detectado por sector justicia, pasa al sector salud quien notifica a protección, quien facilitará el informe a sector justicia para esclarecer que si el agresor tiene de 14 a 18 años, se traslada al Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes (SRPA) y a Fiscalía cuando es mayor de 18 años (23).

Por último, la Resolución 3280 de agosto 2 de 2018, contempla las rutas integrales de atención en salud (RIAS), estas a su vez dependen del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). En la descripción de sus tres rutas, hace mención a la ruta integral de atención en salud de grupos de riesgo, acompañada de la ruta integral de atención para la población materna perinatal, limitando un poco la parte asistencial y globalizando la parte preventiva. Desde este punto se lograrán metas a corto, mediano y largo plazo en que se verá reflejado en: tener jóvenes educados en salud sexual reproductiva, maternidad segura, derecho a una sexualidad libre sin distinción de género, equidad en la prestación de los servicios, ayudar a crear ideales hacia su futuro, evitar demanda de pacientes a los siguientes niveles de atención por complicación y ante todo, que estas nuevas generaciones contribuyan a un desarrollo sostenible del país (71).

2.5 MARCO DE ANTECEDENTES

Uno de los estudios revisados correspondió al desarrollado en el Hospital General de Occidente de Jalisco México, el cual arrojó 25.13% de las adolescentes presentó una mediana para la variable edad 17.45, 96.81% se dedicaban al hogar; 68.69% vivían en unión libre, 27.3% tenían estudios de primaria y 97.17% estaban afiliadas al seguro popular. Mientras 6. 60% de las participantes no llevó control prenatal, la media del total de consultas fue 5.6%. En conclusión se debe trabajar en la disminución de embarazos en estas edades y mejorar el acceso a la atención del embarazo y parto (72).

Tras el observatorio de las cifras porcentuales, las variables estudiadas inmersas en algunos estudios según los determinantes sociales de la salud, el comportamiento de este fenómeno de carácter social en el contenido de la investigación es similar, sobrepasa o está por debajo del porcentaje que arrojó San Antero en comparación con otros países, por tal razón se debe trabajar con urgencia para bajar las cifras de embarazo a temprana edad.

Es así como se viene determinando en otros de los estudios indagados, la edad promedio en la que se desencadenan los embarazos en adolescentes siendo la edad de 16.5 ± 1. En cuanto al estado civil 47.9% era conviviente y 51.4% soltera. Uno de los motivos del embarazo para que este se conformara fue por relación consentida en el 97.3% y por violación sexual en el 2.7%, se consideró que 90.1% de las madres adolescentes refirió no haber planificado. Otro tipo de violencia que reportó este estudio fue: el antecedente de violencia reportado así, 48.1% de violencia verbal, 17.1% violencia física, 8.2% agresión directa y 6.8% de violencia sexual (73).

Posteriormente se evidencia que un gran número de madres gestantes tienen secundaria incompleta y completa, en alguno de los casos se detalla que estas se ocupaban laboralmente y eventualmente, quiere decir que cuentan en su totalidad, con un ingreso económico menor de S/ 750.000 (74).

En lo que respecta a la vivienda en que habitan las adolescentes, estas gozan de casa propia, además tienen habitación independiente. Se observó en su ambiente físico, que arrojan las basuras en tierra, la queman y en algunas ocasiones son transportadas por el carro recolector. Su abastecimiento de agua se debe a la conexión domiciliaria, tienen baño propio, combustible para cocinar a gas y electricidad y cuentan con energía eléctrica permanente. En los determinantes de redes sociales y comunitarias en su totalidad, reciben apoyo social natural de sus familiares y por último no reciben apoyo social de las organizaciones (74).

Si bien es cierto se han venido detallando estudios descriptivos transversales con enfoque cuantitativo, en esta oportunidad se hará descripción de enfoque cualitativo, porque este estudio expresó porcentualmente datos estadísticos sobre los embarazos en adolescentes que habitan en la zona urbana del centro de salud de Guadalajara, Jalisco. Los autores recopilaron en su investigación información a julio de 2014, a través del listado de control prenatal y bajo el consentimiento de las

adolescentes, variables socioculturales en una encuesta elaborada por el investigador, que se subdividía en el expediente clínico y una tarjeta de control prenatal, bajo los cuales abordo tres componentes: el significado social de estar embarazada, la experiencia sobre el embarazo y la familia, pareja y servicios de salud (75).

Este engranaje de variables socioculturales fue analizado en EPI-INFO 7, para la obtención de los resultados se identificó que solo 42 de las adolescentes entrevistadas reunieron los criterios de selección, pero 6 del total de las 48 no lo cumplieron, por consiguiente la mediana fue de 18 años entre el rango de edades de 13 a 19 años, 19% de las participantes siguieron sus estudios, mientras que 59.5% se dedican a los oficios del hogar y 21.4 % tenían ingresos económicos propios (75).

Además 78.6% no utilizaron métodos de planificación familiar antes de tener su primer bebé, significando para las adolescentes embarazadas cualitativamente, madurar ante esta situación e indiscutiblemente aprendieron a ser más felices, sin omitir que se presentó una alta deserción escolar por sintomatología clínica y por cambios fisiológicos de la imagen corporal (75).

En cambio los estudios revisados en el área nacional, demostraron los siguientes determinantes sociales de la salud en relación con los embarazos en adolescentes, es así como se hace mención a la siguiente investigación, que se realizó en el municipio de Briceño, Antioquia de tipo Cross seccional, sobre los factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, teniendo en cuenta que se aplicó el cuestionario a 193 adolescentes gestantes y su análisis arrojó los siguientes resultados bajo la aplicación de la razón de momios, encontrándose que las variables evaluadas se encontraron en el rango de los datos emitidos posteriormente (76).

Los multivariados resultados que presenta cada adolescente embarazada sobre el riesgo, se emiten de la siguiente manera: "la edad (OR: 8,33 IC; 1,82-38,14), el estrato socioeconómico (OR: 12,52 IC; 1,58-98,91), la ocupación (OR: 7,60 IC: 3,0-19,27), la convivencia con la pareja (OR: 17,47 IC; 3,63-83,94), el inicio temprano de las relaciones sexuales (OR: 1,95 IC; 0,69-5,5), el número de compañeros sexuales (OR: 1,70 IC; 0,74-3,86), el nivel de escolaridad del padre (OR: 3,05 IC: 1,01- 9,22), el hecho de haber sido violada (OR: 3,66 IC; 1,12-11,96) y los ingresos 432económicos familiares (OR: 3,98 IC; 1,45-10,92)" (76).

Considerando que dentro de los determinantes intermedios en los que se puntualiza la tasa de complicaciones del embarazo, se notifican los datos estadísticos del embarazo en adolescentes que consultaron a la IPS Bienestar Activa del departamento de Córdoba en el año 2015. Simplificando los datos se encontró que la amenaza de aborto, amenaza de aborto e infección urinaria, amenaza de parto prematuro, hemorragia del segundo y tercer trimestre, oligoamnios-polihidramnios, preeclampsia, preeclampsia y presentación podálica o transversa, retardo del crecimiento intrauterino, presentación podálica o transversa e infección urinaria y trastorno hipertensivo del embarazo y la amenaza de parto prematuro e infección urinaria, ocuparon un 3.4 tasa x 1.000, lo que representa que por cada 1000 adolescentes embarazadas, tres padecieron las complicaciones mencionadas (77).

De igual descripción se da continuidad a las alteraciones del embarazo tales como, amenaza de parto prematuro e infección urinaria, infección urinaria y anemia, con una tasa de 13.7 por 1000 embarazadas; la anemia ocupa el 20.5, la infección urinaria equivale a 267.1 y la presentación podálica en un 44.5 entre otras complicaciones. Lo que se busca demostrar en gran medida son las afectaciones de estas complicaciones como se indicó anteriormente, y que de una u otra manera, pone en peligro la vida del binomio madre- hijo si no son tratadas a tiempo y posterior a esto, se concentra en un buen referente para la eliminación de las mismas a través de la educación y formulación de los diversos tratamientos que

asumen las embarazadas, bajo las directrices del cuerpo en salud que está presto a generar calidad para la salud de las mismas (77).

Pasando a investigaciones realizadas en el ámbito local se consideró de gran importancia el proyecto que se elaboró en la Secretaría de Salud de San Antero para el año 2016, titulado como "*Fortalecimiento de la Política de Salud Sexual y Reproductiva en el Componente Adolescente para Disminuir el Comportamiento de Riesgo de Embarazos en la Población Adolescente de 10 a 19 Años de la Zona Urbana y Rural del Municipio de San Antero, Departamento de Córdoba".* Este proyecto consistió en formar 15 redes de apoyo para la prevención de embarazos en adolescentes, conformadas por un presidente, vicepresidente, secretario (a) y voceros en la zona rural y urbana. Su funcionalidad era disminuir este fenómeno en los adolescentes con base a las capacitaciones direccionadas por la fundación a los integrantes de las redes de apoyo para evitar la incidencia del mismo (78).

Se reconocen debilidades en el desarrollo del trabajo con los adolescentes de la comunidad San Anterana, puesto que estas redes se conformaron de acuerdo al plan de trabajo y las funciones que los investigadores explicaban a las zonas escogidas. Este grupo de personas motivados a participar del proyecto voluntariamente, se quedó sin participación social por procesos de carácter político sin gestionar (78).

Lo más importante es el trabajo articulado en los temas que se constatan en los Planes de Intervenciones Colectivas (PIC), remitidos desde el departamento a la E.S.E. Camu Iris López Durán y los elaborados en la Secretaría de la Salud Municipal de San Antero, que son dirigidos a la E.S.E. Camu Iris López Durán en el componente de salud sexual reproductiva, que posteriormente se harán intervenciones educativas a las comunidades más vulnerables y las zonas lejanas del casco urbano, de igual manera se toman barrios del casco urbano y uno de los temas que se han venido trabajando son los siguientes:

En lo que respecta a los Derechos y deberes de salud sexual reproductiva, uso y existencia de métodos de planificación familiar, vídeo sobre los riesgos y cuidados del embarazo, parto y puerperio, jornadas lúdico recreativos para enseñar cómo prevenir la ITS/VIH-SIDA, lecturas narrativas de obras que evidencian las consecuencias del diario vivir de embarazos a temprana edad en grados 9°, 10° y 11°, logrando evidenciar mitos, tabúes y creencias entre las adolescentes, prevención del aborto, alimentación saludable, prevención de la mortalidad materna, cambios anatomofisiológicos del cuerpo de una adolescente embarazada, entre otros. Cabe mencionar que muchas de estas actividades a desarrollar se colocaron en la realización del PIC 2018 y 2019 (78).

No obstante, se cuenta con el acompañamiento psicológico a través de asesorías en los programas de Amigos saludables y Adulto Joven que desarrolla la E.S.E. Camu Iris López Duran, teniendo en cuenta las rutas que internamente se gestionan, cuando son menores de 14 años, además se brinda asesorías a toda adolescente embarazada que lo amerite de acuerdo a sus condicionantes que le afecten. El psicólogo (a) se desplaza los días viernes a algunos colegios y/o comunidad, para educar sobre métodos de planificación familiar, tipos de violencia, educación sexual, derechos y deberes sexuales, embarazos en adolescentes, aborto entre otros temas y se acompaña de los estudiantes del vigía para el desarrollo de la programación el día (79).

2.6 MARCO CONTEXTUAL

La descripción sociopolítica, económica y cultura del municipio de San Antero, perteneciente al departamento de Córdoba, ubicado en la costa norte de Colombia y a una distancia aproximada de 75km de su capital, Montería. Cuenta con una altura que alcanza entre los 5 y los 47 metros sobre el nivel del mar y tiene una variada temperatura entre los 28°c a 32° c, se caracteriza por un suelo quebrado, de economía mixta, cuya principal fuente de ingreso es la agricultura, ganadería, pesca y el turismo. Además es el único lugar en que crecen cinco tipos de manglar, siendo los más importantes del país y de Latinoamérica (80).

Su ubicación geográfica ofrece límites al norte con el mar Caribe, al este con el municipio de Tolú, al oeste con el municipio de San Bernardo del Viento y al sur con el municipio de Lorica (80).

Pasando al componente cultural, se destaca el Festival Nacional e Internacional del Burro, en el que se detallan eventos de música, comidas típicas, desfiles culturales, concursos, apertura y cierre de campeonatos de diferentes disciplinas, quema de Judas, concierto, entre otros. Pero es en este punto en el que se le da importancia a los aspectos socioculturales de esta investigación (nivel de confianza de padres o cuidadores para educar sobre salud sexual reproductiva, desde que son unas niñas con respecto a los determinantes sociales de la salud estructurales), y más si se destaca la falta de comunicación sobre sexualidad humana entre los adolescentes en relación con las creencias, tabúes y mitos, para desenlazar culturalmente situaciones erróneas y desventajosas para la salud pública.

Un punto de carácter social que favorece la prevención de embarazos en adolescentes, es el trabajo y dedicación de muchos padres o cuidadores que ingresan a niñas y adolescentes a las distintas disciplinas deportivas existentes en el municipio en mención, con el fin de enfocarlas a cumplir sus sueños y destacarlas

como grandes deportistas a lo largo de la vida, evitando así el riesgo frente a cualquier componente social que comprometa su vida a temprana edad y sea degradante a la salud pública. Un 56,7% de todas estas participantes equivalen al sexo femenino (81).

Posteriormente se pasa a describir los porcentajes poblacionales de las proyecciones del censo del DANE para el año 2019 y del SISBEN municipal. El primero arrojó que 16.640 mujeres equivalen al 49,4 % de la población y el 50.6% de la población restante, corresponde a sexo masculino para un total de 17.022 habitantes, el segundo punto despliega que actualmente se encuentran 2.961 adolescentes en el municipio con un porcentaje de 0 a 30% entre las edades de 10 a 19 años, lo anterior representa que se encuentran en un porcentaje bajo y actualmente se cuenta con una cifra de 188 adolescentes embarazadas, según el Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales SISBEN (82, 83).

Por lo anterior es de considerar que la población sujeto de estudio, fueron las embarazadas adolescentes, pero dentro de este grupo se consolidaron las madres adolescentes y gestantes que cumplían con los criterios de inclusión emitidos en la metodología de la investigación, para el primer trimestre del año 2019.

Por ello se generó el siguiente comportamiento que logró determinar el total de los casos de madres adolescentes de 10 a 19 años, para el período comprendido entre 2017 y 2018, en la E.S.E Camu Iris López Duran, se presentaron 19 partos, mientras que las cifras de gestantes atendidas para los años 2017 y 2018 de 10 a 19 años de edad, en el área de control prenatal fue de 321 adolescentes. Se evidenció que a corte de 2019 han ingresado a control prenatal 145 adolescentes entre las edades mencionadas, según los registros físicos de seguimiento por control prenatal y del libro de maternidad de la E.S.E Camu Iris López Durán (84).

Por otro lado se denota que durante la elaboración del estudio, se contó con una población adolecente embarazada entre el rango de 10 a 14 años, para un total de 13 adolescentes, y de 15 a 19 años se presentaron 159 casos para el primer trimestre del año 2019. Contándose con 172 adolescentes embarazadas, según las EPS presentes en la comunidad, esta información fue direccionada desde la Secretaría de Salud Municipal de San Antero (78).

Por lo anterior se plasmó en la elaboración del Plan de desarrollo de San Antero, en el eje *sector salud con equidad*, trabajar continuamente y mediante el lema "*no al embarazo en adolescentes, vive tu vida antes de crear una vida"*. Por eso el desempeño de realizar actividades para disminuir este fenómeno, se mantuvo durante los cuatro años de período, y por tal motivo, se hace mención al trabajo que día a día se realiza para prevenir embarazos en adolescentes, muertes maternas o perinatales (84).

Gracias a este esfuerzo intersectorial de las entidades municipales en cuanto a salud sexual reproductiva, en estos últimos cuatro años, no se han presentado muertes maternas en adolescentes. Es de destacar que los casos ocurridos con anterioridad, tuvieron lugar hace siete años en la zona rural del municipio y superan las edades del grupo sujeto de estudio de esta investigación, respondiendo a tres muertes en su totalidad (85).

Por último se hace mención de la calidad en la prestación de los servicios de salud que se evalúa a través del área de consulta externa, que de acuerdo con la trabajadora social, las embarazadas se encuentran satisfechas por la atención brindada en cada una de sus consultas. Mediante la encuesta aplicada por la misma, se entiende que la encuesta no está dirigida a la población sujeto como tal, pero que las gestantes y madres se encuentran felices por la atención y su aplicabilidad se debe con el fin de mejorar las falencia de los servicios brindados en especial de control prenatal (85).

3. METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio de tipo descriptivo transversal con enfoque cuantitativo, porque a través de la metodología estadística permitió cuantificar, analizar y estudiar las variables (86).

Por consiguiente, el diseño metodológico que aplica al rigor investigativo es de tipo descriptivo, por ser un estudio de determinantes sociales se hizo necesario realizar un análisis comparativo con estadísticas de contextos diferentes, lo cual permitió evidenciar la influencia de una variable como DSS en los casos en que las distribuciones porcentuales superan la media porcentual de los datos comparados (86).

Esta metodología se complementa con el tipo de estudio *transversal,* en una medición de tiempo, en este caso gestantes y madres adolescentes del primer trimestre de 2019 (86).

3.2 POBLACIÓN UNIVERSO

Según registros suministrados por la Secretaria de Educación de San Antero, se cuenta con una población adolescente matriculada y registrada en la base de datos Sistema de Matrículas Estudiantil (Simat), representada en un total de 3.953 jóvenes entre las edades de 10 a 19 años del presente año, residentes de zona urbana y rural (81).

La población de adolescentes entre 10 a 19 años fue de 2.621 mujeres según la base de datos del régimen subsidiado del municipio de San Antero (Córdoba), de ellas 1.022 pertenecen a la zona rural y 1.599 a la zona urbana. De lo cual se entiende que la diferencia de 1.332 corresponden a otros regímenes (87).

Debido a lo anterior, se toma como valores de referencia para el cálculo de la muestra una población de 3.953 adolescentes.

3.3 MUESTRA

La muestra se calculó utilizando el aplicativo de la Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística del Complexo Hospitalario Universitario A Coruña, desde una población de 3.953 con un nivel 95% de confianza, precisión 3%, proporción 5% y con porcentaje de pérdidas probables de 15%, se estimó que el tamaño de la muestra para el municipio fue de 227 adolescentes.

La muestra se estratificó por grupos de edad considerando las proporciones estimadas por el DANE para el año 2019, quedando así distribuida por grupos de edad:

Edad	Mujeres	%	Total
10 a 14 años	1506	51	115
15 a 19 años	1459	49	112
Total	2965	100	227

Fuente. Estimaciones con base en las Proyecciones de población 2005-2020. Total por sexo y grupos de edad. DANE, 2019. Colombia

La muestra se captó en la zona urbana y rural (corregimientos y veredas) del municipio. Pero a pesar de haberse realizado un barrido exhaustivo en el proceso de recolección de la muestra, el tamaño de ésta se encontró por debajo de la cifra calculada (227), siendo de un total de 155 jóvenes entre madres y gestantes adolescentes, a pesar que se incluyó la totalidad de las adolescentes que cumplieron los criterios de inclusión.

3.4 TIPO DE MUESTREO

Debido al condicionante requerido en la población, el muestreo fue no probabilístico, seleccionado mediante muestreo intencional en bola de nieve o por lo referido a un caso lleva a la localización de otro en la misma zona geográfica, se hizo igual en cada barrio, comuna, vereda y corregimientos (86).

Para la culminación de los datos también se utilizó como base, la búsqueda de adolescentes gestantes y madres que se dirigían en las EPS-s, laboratorios clínicos, E.S.E. Camu Iris López Durán y centros FAMI del municipio, en los cuales también se utilizó el muestreo en bola de nieve, ya que las adolescentes madres se conocen entre sí y las gestantes pueden ser identificadas a simple vista entre las mujeres asistentes a la ESE CAMU.

Entrevistándose a toda mujer mayor de 10 años y hasta los 19 años que estuvo o haya estado en embarazo en el período comprendido de los últimos 12 meses, con independencia del estado final de la gestación (86).

3.5 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para la recolección de la información entre los determinantes sociales de la salud y los embarazos en adolescentes en el Municipio de San Antero, Córdoba, durante el primer semestre de 2019, se aplicó la técnica encuesta, para corroborar la

información a través de la población *n* y determinar la probabilidad de ocurrencia de los condicionantes con relación a las categorías a evaluar, que permitieron el valor real de esta población con los determinantes sociales de la salud. Se requirió la búsqueda de datos estadísticos de al menos dos latitudes diferentes en relación con los mismos determinantes en estudio, con el fin de realizar el efecto comparativo que da origen a la influencia del determinante, de tal forma que la simple distribución sociodemográfica sea superada en el análisis de los determinantes sociales de la salud para embarazo en adolescentes.

Por tal motivo se creó el instrumento de medición (formato) y la aplicación de la técnica (encuesta). El formato se diseñó con el objetivo de plasmar un acumulado de interrogantes que den respuesta al contenido que se ha venido constatando en el desarrollo de la investigación (86).

La estructuración de la encuesta se dividió en tres partes específicas: la primera hace referencia a las características sociodemográficas, constituida por las siguientes variables: tipo de identidad, edad, estado civil, cuidadores, región del departamento, área de residencia, situación de convivencia, tipo de vivienda y ambiente físico. La segunda parte hizo referencia a los determinantes sociales de la salud estructurales: estrato socioeconómico, etnia predominante, redes sociales y comunitarias, situación laboral del cabeza de hogar, nivel de escolaridad según el caso y aspectos socioculturales.

Por último se simplificaron los determinantes sociales de la salud intermedios, clasificados de la siguiente manera: aspectos psicosociales, régimen de servicio en atención en salud, atención en salud, consecuencias del embarazo y antecedentes en salud sexual y reproductiva/ginecobstétricos: inmersos en estos la edad de su primera menstruación, motivos para el inicio de la vida sexual, edad de su primera relación sexual, número de compañeros sexuales hasta la fecha, tiempo de espera para tener su próximo hijo, número de gestaciones que ha tenido, número de partos,

número de abortos, número de cesáreas, número de embarazos fuera del útero, planifica, método de planificación familiar, antecedentes de enfermedades ginecobstétricas comunes entre las adolescentes embarazadas, sus madres o cuidadoras, enfermedades producto de la malnutrición materna y consecuencias del embarazo.

Posteriormente, la encuesta diseñada y avalada en cuanto a contenidos por parte de la directora y asesora metodológica, fue valorada por su validez facial por parte de un panel de expertos conformado por cinco profesionales del área de la salud en aspectos investigativos, docentes y asistenciales del trabajo con madres adolescentes y con adolescentes embarazadas. En esta evaluación se reorganizaron algunas preguntas y se cambiaron palabras para que fuesen más claras o pertinentes (Anexo A).

Posteriormente, se sometió el instrumento a la prueba piloto que permitió la validez de contenido, esto es si los sujetos de estudio potenciales comprenden las preguntas. Esta tuvo lugar para su realización en el municipio de Cereté, abordando 11 jóvenes gestantes y madres adolescentes entre 10 a 19 años, quienes no tenían la posibilidad de ser sujetos informantes o participantes del estudio, para así evitar que existiera la presencia de sesgos de información mediados por el conocimiento del instrumento por parte de la población sujeto. Se derivaron modificaciones después de su aplicabilidad en la prueba piloto, dando paso a su aplicabilidad, con el fin de encuestar a las jóvenes de la población sananteranas.

En la prueba piloto se vio la necesidad de incluir algunas alternativas de respuesta que se dieron por parte de las encuestadas y que no estaban incluidas en el instrumento diseñado. Se realizó la prueba piloto entre pacientes que consultaron en los servicios de urgencias ginecológicas, consulta externa y hospitalización maternidad en la E.S.E San Diego de Cereté, residentes del municipio y también se indagaron adolescentes en el área comunitaria en edades comprendidas entre 10 a

19 años, con el objetivo de controlar los sesgos de selección, confusión e información, del cuestionario aplicable para el municipio de estudio.

Luego de plasmar las modificaciones de cada respuesta en la encuesta, se procedió a la fase de muestreo activo en el municipio, en el cual la investigadora estuvo en el entorno cotidiano de las encuestadas, material que permitió retroalimentar el análisis de las variables y categorías (Anexo B).

Las adolescentes fueron localizadas durante un mes, asimismo, participaron en el desarrollo de la aplicabilidad de la encuesta tres personas debidamente capacitadas para ello. Finalizada la etapa de muestreo, se alimentó un programa estadístico con el fin crear la plataforma en la cual se ingresaron la base de datos en EPI INFO versión 7.2.2.6.

3.6 CONTROL DE SESGOS

Para la obtención de los resultados planeados en la aplicación de la prueba piloto, se tuvo en cuenta lo plasmado en los objetivos de la investigación para minimizar los diferentes tipos de sesgo:

- *Sesgo de selección:* se verificó, al aplicar la encuesta, la edad biológica de la joven, si es madre o gestante adolescente, puesto que en sus primeros meses no se observa abdomen grávido y en algunos casos, las niñas por la anatomía de su cuerpo representan más años, caso contrario de madres adolescentes que no presentan serlo (90).

- *Sesgo de información:* se explicó el porqué de la importancia de no alterar la información constatada en la encuesta por parte de la población en estudio, con el fin de que los resultados fueran los más verídicos y precisos. Así mismo la prueba

piloto permitió aclarar las preguntas de manera correcta y que las respuestas sean congruentes con lo esperado (88).

- *Sesgo de confusión*: se trabajó detalladamente en precisar los ítems formulados, para que precisen de forma clara y legible el panorama de las características sociodemográficas, determinantes sociales de la salud y antecedentes de salud sexual y reproductiva a la población sujeto de estudio, para que acierten fácilmente en la selección de la respuesta (88).

3.7 TABULACIÓN DE LA INFORMACIÓN

La tabulación de la información se realizó bajo los parámetros del programa estadístico EPI INFO versión 7.2.2.6 y así mismo el posterior análisis de cada una de las siguientes variables.

La información se presentó en gráficos circulares y de columnas, que mostraron los indicadores de las variables sociodemográficas y el comportamiento de los dos tipos de los determinantes sociales de la salud, además se hizo la relación de los porcentajes más significativos en comparación con otras áreas o países para algunas variables sociodemográficas y los determinantes sociales de la salud (estructurales e intermedios).

3.8 ASPECTOS ÉTICO LEGALES

Para dar validez a los aspectos ético legal de esta investigación, se consideró el buen uso las siguientes normas. En primera instancia se dio acogimiento a la Resolución 8430 de octubre 4 de 1993, en la que se reglamentan los requisitos científicos, técnicos y administrativos para la aplicación de investigaciones destinadas a los avances científicos en el campo de las ciencias de la salud en el

territorio colombiano, que en su artículo once determina en su contenido que las investigaciones se clasifican en tres categorías (89).

Ubicando al presente estudio en la primera categoría que concierne a la investigación sin riesgo, ya que no realiza ninguna "intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, sicológicas o sociales de los individuos que participaron en el estudio. Solo hace revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta" (89).

Por ser una investigación que requirió del trabajo de campo en comunidad, el diseño incluyó la confidencialidad y se realizó la encuesta en un área personal elegida por la encuestada y que permitió la protección de las jóvenes, de manera que la información garantizó la validez de los resultados, previo consentimiento informado por parte de las jóvenes participantes o sus representantes. El cumplimiento de la norma exige que la realización de la investigación en menores de edad debe obtenerse, además del consentimiento informado de quienes ejerzan la patria potestad o la representación legal del menor, el asentimiento individual para participar cuando los sujetos del estudio son de 6 o más años menores que el conyugue (Anexo C).

La misma norma en su artículo 22, establece la necesidad de extrapolar los criterios éticos al contexto comunal. Por lo anterior se informó a la Alcaldía Municipal y a la Secretaría de Salud de San Antero, sobre los aspectos del proyecto para lograr su consentimiento informado, igualmente a cada potencial participante para lograr su asentimiento (89). Anexo D

A quien se le indicó que por ser investigación sin beneficio terapéutico en adolescentes embarazadas y gestantes, el objetivo se limita al alcance de lograr un conocimiento amplio bajo la descripción de los determinantes sociales de la salud

que generan esta situación, siendo así que no representa un riesgo mayor al mínimo para la mujer, el embrión o el feto.

Así mismo al aplicar la encuesta durante el periodo de puerperio, se verificó o constató que el tiempo de duración de esta no interfiriera con la salud de la madre ni con la del recién nacido, detallando su aplicabilidad en otras áreas del centro hospitalario de atención ginecobstétricas, también se establece que durante el amamantamiento no existió riesgo para el lactante ni mucho menos para la madre durante la recolección de la información.

Acerca del asentimiento, se tuvo en consideración las diferencias que existen sobre la aplicación de la norma en cuanto a la edad de consentir, dependiendo del estado civil y grado de dependencia de la siguiente manera: en diferentes sentencias de la Corte Constitucional, así como en el Código Civil colombiano en su artículo 34, se hace una distinción en el rango de edad para niños y niñas en las categorías de impúber y menor adulto, (niñas hasta los 12 años cumplidos se consideraban en la categoría de impúber y las niñas hasta los 14 años cumplidos se consideran adulto menor. Mientras que las Sentencia T–474/96. –507 de 2004, C–534 de 2005 y C–857 de 2008, de la Corte Constitucional igualaron el límite de edad entre impúber y menor adulto, sin importar su sexo a los 14 años de edad, reconociendo que legalmente tienen capacidad de recibir autorización por sus representantes (90).

Lo anterior implica que existe una variedad de formas de acceder al asentimiento informado, es así como en mujeres mayores de 14 años que tienen pareja y conviven con ella, solo se requiere su propio asentimiento, en tanto que si conviven con sus padres, sin importar la edad se requiere consentimiento de los padres y asentimiento de la adolescente (90).

3.9 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.9.1 Inclusión

- Madres y gestantes adolescentes correspondientes a edades de 10 a 19 años.
- Madres adolescentes puérperas y en periodo de lactancia que no coloque en riesgo la vida del lactante y la madre.
- Madres adolescentes con niños o niñas mayores de 2 años.
- Residentes del Municipio de San Antero.
- Solicitar prueba de embarazo ante la ausencia de abdomen grávido.
- Adolescentes que en verdad quieran participar en la investigación.

3.9.1.1 Exclusión

- No pertenecer al rango de edades que determino la investigación de 10 a 19 años.
- Madre o gestante adolescente que no resida en el municipio.
- Madre o gestante adolescente con discapacidad cognitiva.
- Adolescente o gestante que no brinde su consentimiento para participar en la investigación.

3.10 ASPECTOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL Y DERECHOS DE AUTOR

La propiedad intelectual de los resultados y la responsabilidad sobre los conceptos que se emiten en la presente investigación es del equipo que genera el proyecto, el cual está conformado por Ladys Lucía López Ladeuth y Concepción Amador Ahumada como directora del trabajo, el cual con sus resultados se adscribe a la productividad del Grupo de Investigación “Huellas calidad de vida” de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Córdoba. La información que genere el estudio investigativo será registrada como productividad de la Facultad de forma

que pueda ser consultada y utilizada para fines pertinentes, siempre y cuando se de los respectivos créditos a las autoras.

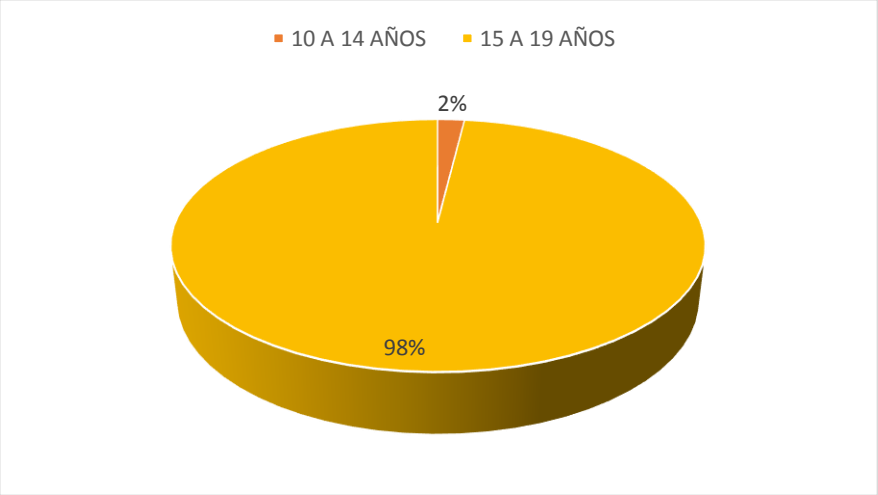
3.11 SOCIALIZACIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados emitidos por el proceso investigativo en la población sujeto de estudio, fue socializado en modalidad poster en el IV congreso internacional de salud pública “el escenario ambiental de la salud pública: una mirada transdisciplinar”, en la Universidad de Córdoba- Montería (Colombia), se presentó como acto de sustentación pública organizado por el programa de Maestría de Salud Pública, más la elaboración del artículo académico. Además se cumplirá con su ponencia en eventos locales, nacionales e internacionales a través de modalidad poster o conferencia.

4. RESULTADOS Y ANÁLISIS

4.1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

Gráfico 1. Distribución según rango de edad de madres y gestantes adolescentes de San Antero- (Córdoba- Colombia) 2019.

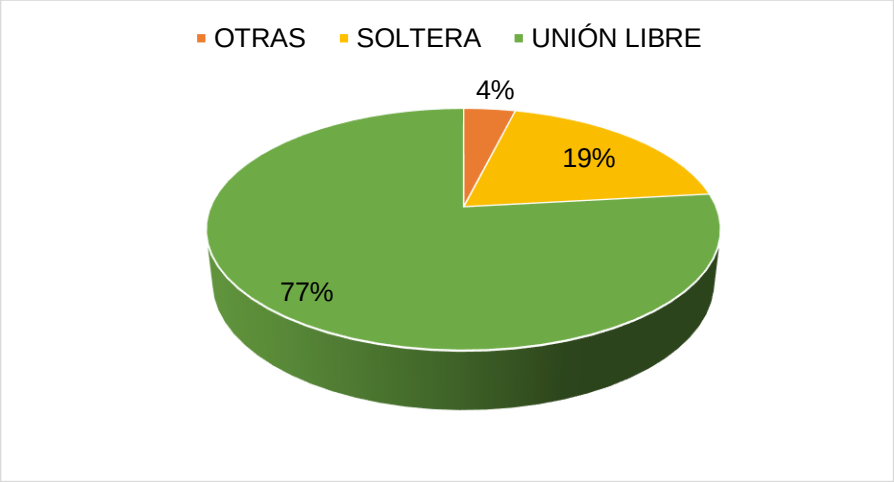


Fuente primaria: Entrevista directa.

El grupo de edad predominante en la muestra determinó un valor 98% (n=152) fue de 15 a 19 años y 2% (n= 3) correspondió al rango de adolescentes entre 10 y 14 años de edad.

La información es de interés para la salud pública, por cuanto permite evidenciar que las gestaciones en la adolescencia están involucradas de manera directa a todas las etapas de ésta, siendo de especial importancia las gestaciones en la adolescencia media y tardía debido a los riesgos inherentes para la madre y su producto gestacional.

Gráfico 2. Estado civil de las madres y gestantes adolescentes de San Antero-(Córdoba – Colombia) 2019.

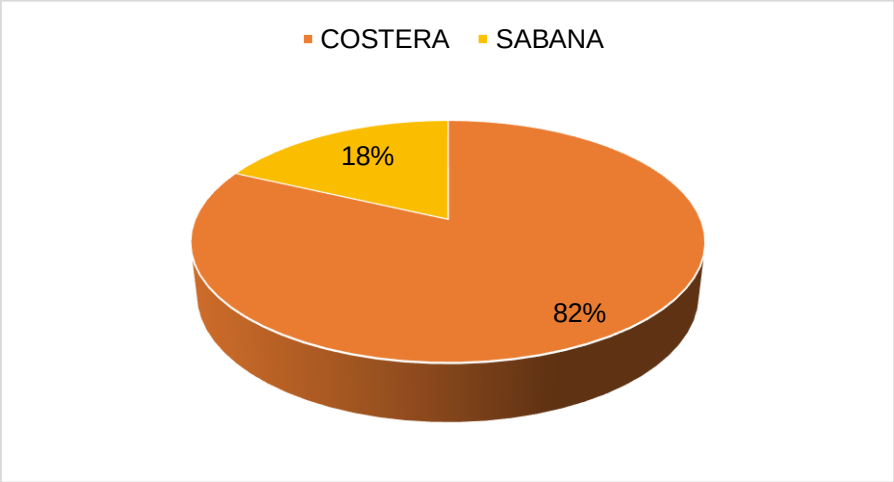


Fuente primaria: Entrevista directa.

El mayor porcentaje de madres y gestantes adolescentes conviven con su pareja en unión libre el 77% (n= 119), 19% (n=30) son solteras y 4% (n=6) mantiene un tipo de relación diferente a las ya mencionadas, siendo el caso de las parejas que habitan cada uno de los convivientes que residen en casa de sus padres o cuidadores, pero mantienen activa la relación sentimental estando en hogares diferentes con el padre de su hijo (a).

El interés que tiene esta variable a favor de la salud pública, es que a pesar de que las madres y gestantes adolescentes se desenvuelven en su propio medio familiar denotando el apoyo que en mucho de los casos le brinda su propia familia, por otro lado, los resultados permiten así mismo analizar que el predominio de uniones libres puede ser un indicio de embarazo como motivo para “salir” de la casa de los padres factor que eventualmente puede actuar como un determinante social de tipo estilos de vida.

Gráfico 3. Región de residencia de las madres y gestantes encuestadas en San – Antero *(*Córdoba – Colombia) 2019.

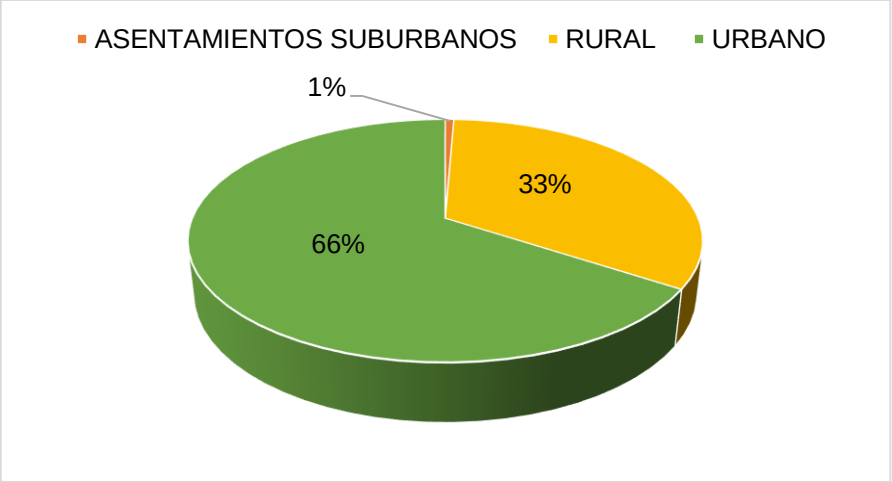


Fuente primaria: Entrevista directa.

En concordancia con lo relacionado en la gráfica 82% (n=127) de las adolescentes pertenecen a la zona costanera y 18% (n=28) a la zona sabana.

Identificar el predominio porcentual de embarazos en la adolescencia en la zona urbana y rural de la zona costanera del municipio, es un dato de importancia pues permite, evidenciar la presencia de algunos condicionantes de riesgo social, familiar o hasta económico entre las adolescentes residentes quienes dadas las condiciones que presenta la principal actividad económica para las zonas costaneras (el turismo) éstas, tienen acceso a diversos medios de culturización de prácticas y estilos de vida asociados a la “diversión”, “lúdica” que pueden como estilo de vida predisponer a la gestación en la adolescencia.

Gráfico 4. Área de ubicación de las madres y gestantes de San Antero- *(*Córdoba-Colombia) 2019.

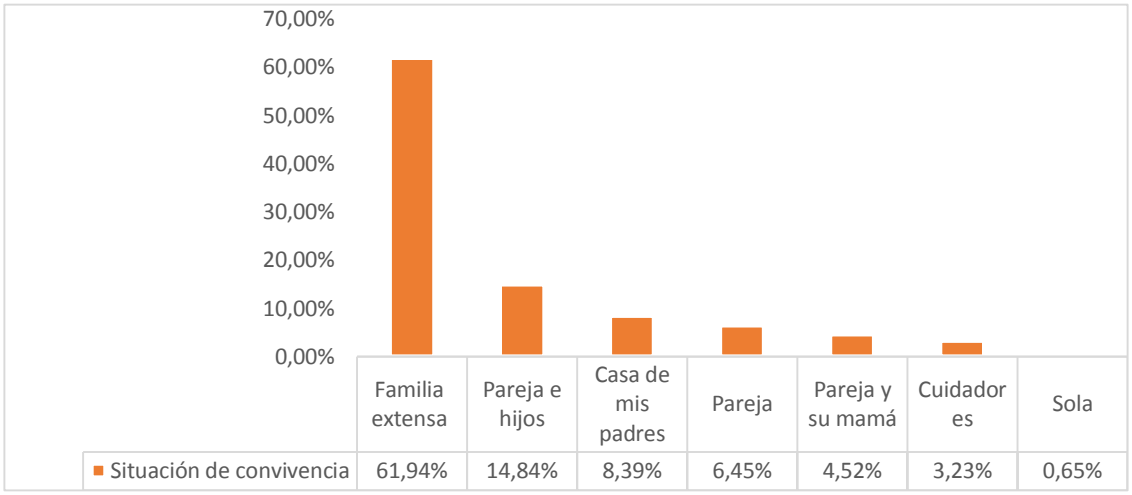


Fuente primaria: Entrevista directa

De las 155 madres y adolescentes gestantes entrevistadas, 66% (n= 102) hacen parte de la zona urbana, 33% de la zona rural (n=52) y 1% vive en asentamiento suburbanos (invasión; el minuto).

Los resultados permiten focalizar las zonas de residencia de las jóvenes que demandan de educación en SSR de manera prioritaria como es la zona urbana, debido a que en este grupo fue en el que más se presentó el antecedente de embarazo adolescente, en términos de determinante social podría involucrarse así mismo el impacto de la actividad económica turística en forma indirecta pues al haber en la zona urbana mayores puntos recreativos, deportivos y sitios en los cuales pueden encontrarse las parejas de jóvenes adolescentes, a diferencia de la zona rural y de los asentamientos suburbanos que si bien muestran resultados minoritarios, no deben ser descuidadas dada las condiciones de vulnerabilidad sociocultural que inciden en la formación de parejas a temprana edad.

Gráfico 5. Tipología de las familias de las madres y gestantes adolescentes de San Antero - *(*Córdoba – Colombia*)* 2019.



Fuente primaria: Entrevista directa.

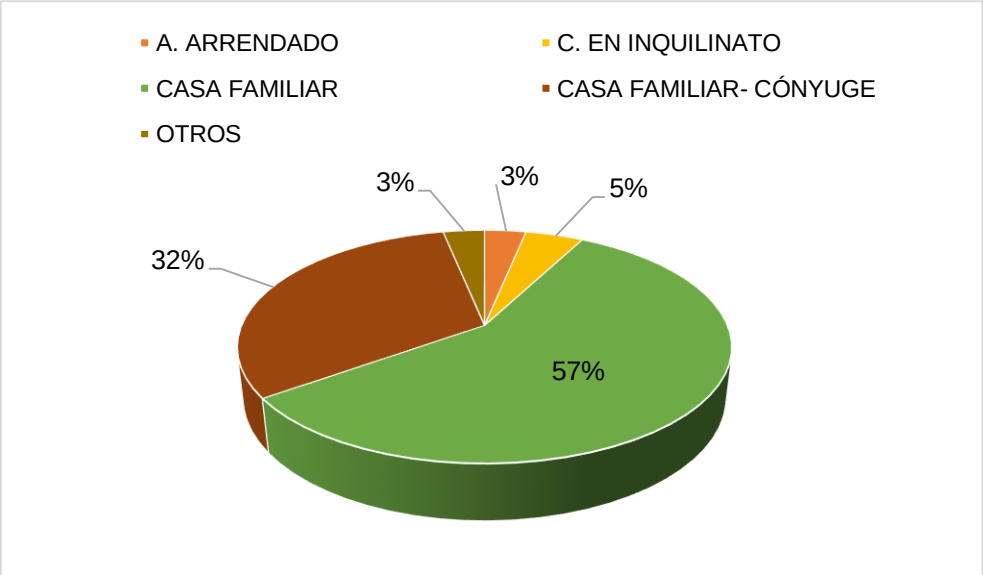
En los hallazgos se observó que las madres adolescentes conviven en una diversidad de tipologías familiares, siendo el mayor porcentaje de convivencia en que se encontraban las madres y gestantes adolescentes, la familia extensa, esta categoría se agrupó a quienes conviven con familiares tales como: padres o parientes de la pareja, residen con sus hermanos y sus cuñados, primos y sus esposas; así otros núcleos familiares diferentes a los clasificados antes y con menor proporción se observa que solo una adolescente vive sola en su núcleo familiar con sus hijos.

Los tipos de situación de convivencia que refleja el gráfico anterior fue la familia extensa 62% (n=96), con la pareja e hijos 15% (n=23), en casa de sus papas 8% (n= 13), con la pareja 6,45% (n=10), con la pareja y su mama 5% (n= 7), con los cuidadores 3% (n= 5) y 0,65% (n=1) vive sola.

La convivencia de múltiples individuos familiares en una misma vivienda con la madre adolescente, es de importancia en otros ámbitos de interés para la salud pública, pues la madre y su hijo estarían expuestos a los condicionantes de la cultura de la pobreza que implica la no satisfacción con lo básico de alimento, techo, trabajo y vestido; siendo que la educación y sus beneficios son dejados en un segundo a tercer plano. Es importante que desde las autoridades de salud del municipio, propendan por mejorar las condiciones de vida de las familias que se ven obligadas a estas prácticas con los riesgos para la salud del hacinamiento.

La mayoría de las madres y gestantes viven aún en el ambiente familiar en el que se criaron (solteras, conyugue- en casa familiar de compañera, viven en el terreno proporcionado por cualquiera de los suegros conyugue o compañera); se puede observar que solo una proporción mínima de esta población se independizó a un nuevo hogar y el resto de las adolescentes entrevistadas conviven con los familiares de su conyugue.

Gráfico 6. Tipo de vivienda en que habitan las madres y gestantes adolescentes de San Antero - (Córdoba – Colombia) 2019.



Fuente primaria: Entrevista directa.

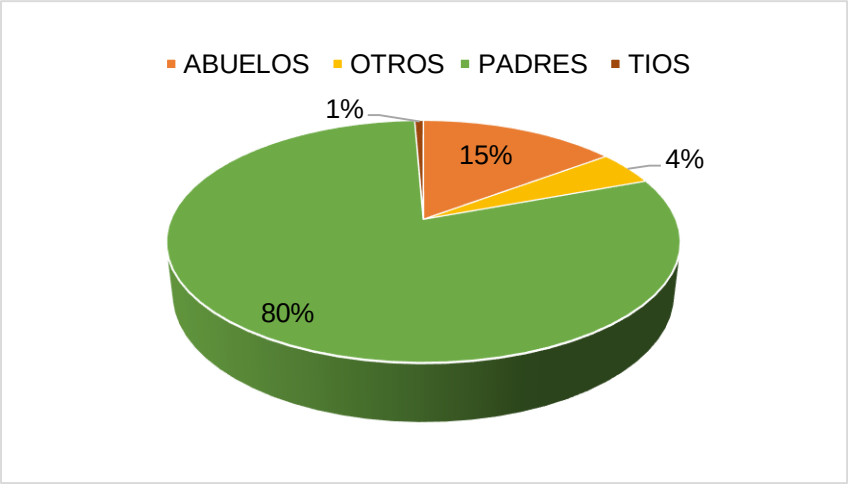
El tipo de vivienda como variable sociodemográfica es de especial interés, pues además de ser un indicador de pobreza, también en términos de los determinantes sociales de la salud refleja el acceso a condiciones de bienestar. En la muestra se apreció que 57% (n=89) del sujeto de estudio viven en la casa familiar de alguno de los padres o cuidadores, 32% (n=49) convive en la casa familiar del conyugue, cuarto en inquilinato 5% (n=7), apartamento arrendado 3% (n=5) y otros 3% (n=5).

Con los hallazgos, se identifica que de las madres y gestantes adolescentes habitan en condiciones no aptas para la crianza de los hijos, reflejando la condición de pobreza que se mantiene o adquiere al salir de la protección familiar en un marco social en el cual la problemática del desempleo puede influir en la obtención de los bienes y servicios intangibles que dependen económicamente de la productividad laboral, privatizándolos de la oportunidad de construir un nuevo hogar, mientras que 11% de las adolescentes contaron con la facilidad para emanciparse. Cabe destacar que en el municipio de San Antero se evidenció que tanto la familia de la adolescente como también la familia de la pareja guardan una relación y apoyo en esta situación.

4.2 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD ESTRUCTURALES

La construcción estadística de las categorías de los determinantes sociales estructurales, se basó en la literatura revisada incluyendo en cada categoría el condicionante socio demográfico pertinente al caso; así mismo la información sobre la crianza de la adolescente siendo niña, también fue valorada mediante entrevista directa.

Gráfico 7. Quiénes cuidaron de la crianza de las adolescentes siendo niñas en San Antero – (Córdoba – Colombia) 2019.



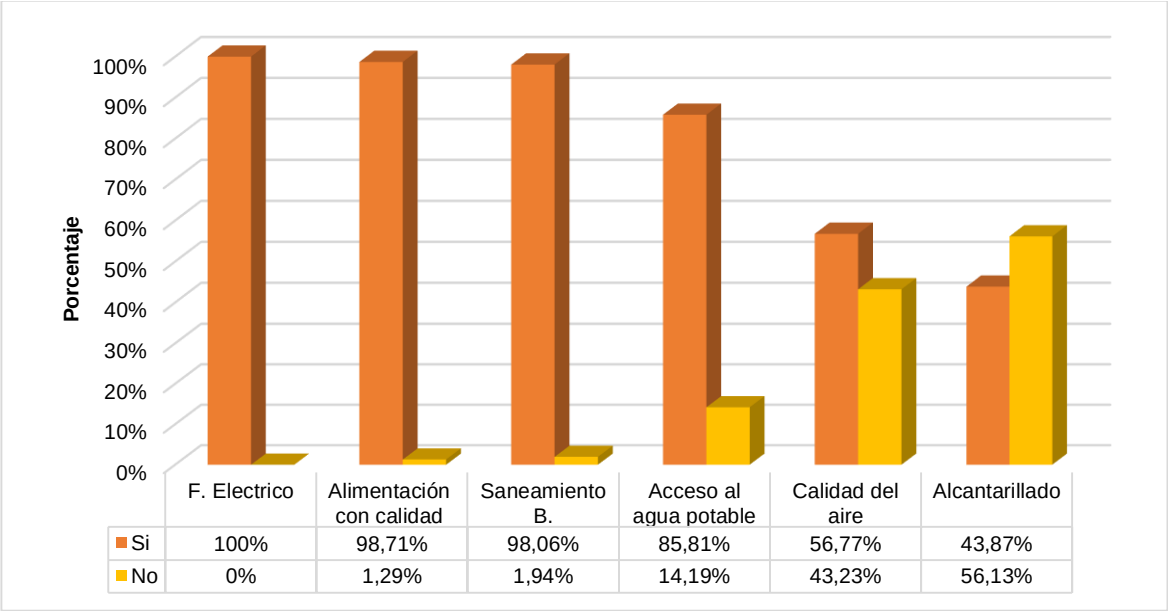
Fuente primaria: Entrevista directa

Cada uno de los valores existentes de la presente gráfica fueron motivos para el análisis descriptivo de cómo estos patrones de protección influenciaron en la crianza de estas niñas a que tuvieran hijos o no a temprana edad. La figura que con mayor porcentaje representó la crianza de la adolescente en la niñez, fueron los padres que ocuparon 80% (n=124) abuelos 15% (n=23) otros 4% (n=7) y 1% (n=1) fueron criadas por sus tíos.

Esta información es de especial interés en Salud Pública, pues de los patrones que se generan dependiendo del adulto responsable de la crianza de las niñas, pueden formarse esquemas culturales en pro de la gestación temprana, mismos que eventualmente pueden actuar como determinantes intermedios o culturales de los embarazo a temprana edad. En tal sentido, se pudo identificar que los esquemas de las figuras de crianza de las adolescentes que son madres en San Antero no evidencia un patrón consistente con prácticas culturales de riesgo, pues las mismas fueron mayoritariamente criadas en un ambiente propio de familia nuclear, de lo cual

se espera entre las adolescentes gestantes y embarazadas conserven el mismo patrón de crianza.

Gráfico 8. Determinante estructural Acceso a los servicios públicos, saneamiento básico y alimentación con calidad.



	F. Electrico	Alimentación con calidad	Saneamiento B.	Acceso al agua potable	Calidad del aire	Alcantarillado
Si	100%	98,71%	98,06%	85,81%	56,77%	43,87%
No	0%	1,29%	1,94%	14,19%	43,23%	56,13%

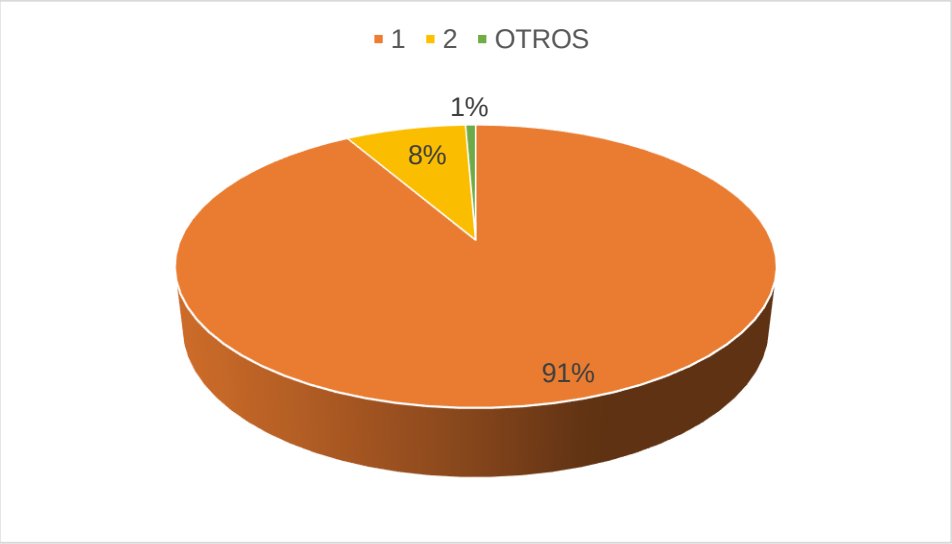
Fuente primaria: Entrevista directa

En las cuatro primeras categorías en medición que son fluido eléctrico, alimentación con calidad saneamiento básico y agua potable denotan una distribución heterogénea en la muestra, debido a que la población sujeto de estudio se abastece en un gran porcentaje de estos componentes, pero no manera uniforme como se esperaría para el determinante estructural conocido como acceso a los servicios públicos y saneamiento básico; es así como incluso se encontraron casos en los que las viviendas en que residen las adolescentes no cuentan con este líquido y la manera para conseguirlo es dispendiosa. Con respecto, a la valoración de la calidad del aire las participantes manifiestan estar a conformidad con la calidad del aire en que se desenvuelven.

La anterior información en términos estadístico evidencia que entre las adolescentes que 100% (n=155) de la población cuenta con el servicio de fluido eléctrico; en lo que respecta a la alimentación las madres y gestantes del municipio 99% (n=153) manifestaron que si se alimentan y 1% (n=2) refirió que en “algunas ocasiones” no se alimentan, 98% (n=152) tienen acceso a los servicios de saneamiento básico y 2% (n=3) no cuenta con servicios de saneamiento básico, 85% (n=133) de las adolescentes cuentan con agua potable y un 14% (n= 22) no cuenta con este servicio, 57% (n= 88) tiene calidad del aire y 43% (n= 67) no tiene calidad del aire ; por ultimo pasando a la cobertura de alcantarillado 44% (n=68) cuenta con este servicio y 56% (n=87) no se abastece de este servicio.

Es necesario hacer especial alusión al alto porcentaje de adolescentes que residen en zonas en las cuales no tienen acceso al servicio de alcantarillado; lo anterior, implica falencias o debilidades en cuanto al acceso real a los servicios de saneamiento básico que son parte integral de los determinantes estructurales; en tal sentido 6 de cada 10 adolescentes madres residen en áreas con deficiencias en cuanto al saneamiento básico, denotando una aparente influencia del determinante estructural que se asocia con las zonas marcadas por la pobreza.

Gráfico 9. Determinante estructural Ingresos económicos Estrato socioeconómico de las madres y gestantes adolescentes de San Antero - (Córdoba – Colombia) 2019.



Fuente primaria: Entrevista directa.

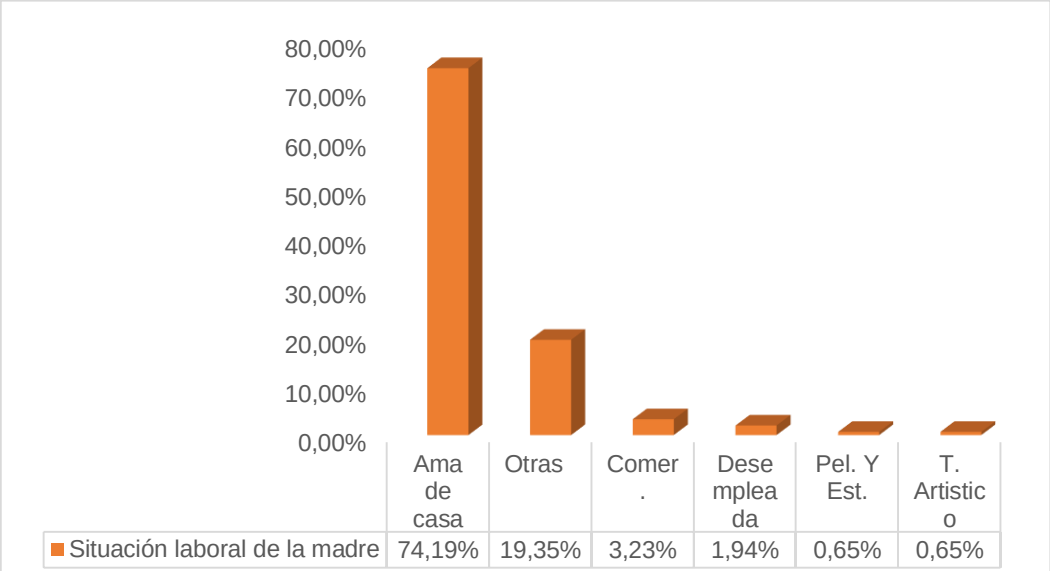
El 91% (n=142) de las madres adolescentes y gestantes adolescentes pertenecen al estrato socioeconómico 1; el 8% (n=12) pertenecen al nivel socioeconómico 2 y el 0,65 (n=1) hace referencia a niveles mayores del 2.

Como ya se ha venido analizando, la pobreza y sus condicionantes aparentan ser un determinante estructural de interés en la problemática del embarazo adolescente en el municipio; en tal sentido el nivel socioeconómico es considerado uno de los determinantes estructurales de la salud de mayor importancia para el desenvolvimiento familiar, en los resultados se identifica que nueve de cada 10 madres adolescentes pertenece al estrato socioeconómico 1, el cual se caracteriza por la persistencia de una serie de variables asociadas a la pobreza.

En esta medida, el modelo clasificatorio o de estratificación válido en Colombia permite inferir las condiciones del estrato socioeconómico 1 en el cual predominan casas de madera/bahareque, o con piso de tierra, o con techo de palma /zinc; estas condiciones de vida se desprenden de forma directa del ingreso económico mensual familiar, con ello se deduce el nivel de acceso a bienes y servicios públicos adecuados, alimentación, transporte, educación, vestido y acceso a uno u otro régimen de salud y demás prestaciones.

Las adolescentes madres y gestantes del estudio, por la pobreza de los ambientes familiares y de las zonas en las que residen están expuestas a múltiples necesidades básicas insatisfechas, por el bajo nivel de acceso a saneamiento básico integral, incluyendo alimentación, transporte, educación, vestido y acceso al régimen de salud subsidiado; en general las familias del estrato socioeconómico 1 no acceden a las demás prestaciones sociales. Lo cual permite evidenciar que es la pobreza y sus variables asociadas el determinante social que puede ejercer influencia sobre la presentación del fenómeno de embarazo a temprana edad en el municipio.

Gráfico 10. Determinante estructural Ingresos económicos: situación laboral de las madres y gestantes de San Antero - (Córdoba – Colombia) 2019.



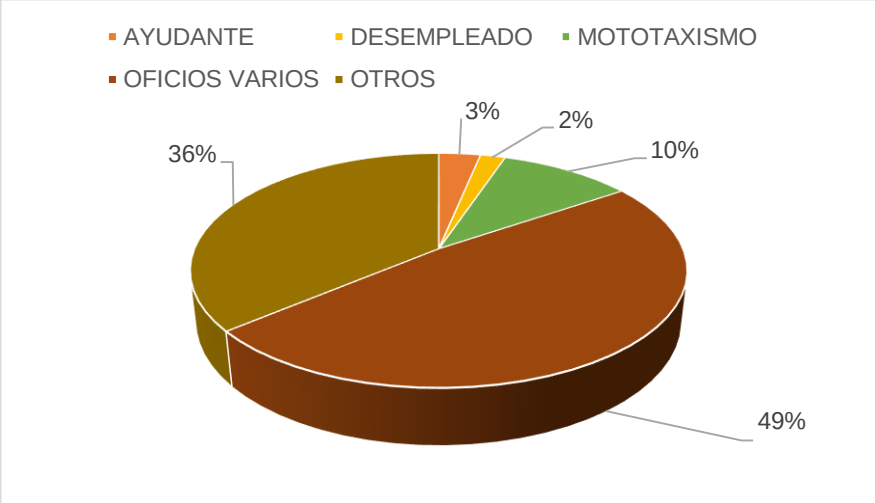
Fuente primaria: Entrevista directa

Se consideró de interés identificar la situación laboral de las madres y gestantes adolescentes, pues esta condición puede "aligerar" o mejorar las condiciones de vida de las mismas; se encontró que 74% (n=115) se dedica a actividades productivas no remuneradas como son los quehaceres del hogar incluida la crianza de su bebé, 19% (n=30) se dedican a ocupaciones diferentes a las expuestas en el gráfico, como estudiar, al comercio; mientras que los dos últimos grupos restantes arrojaron similar hallazgo (065% cada uno) los cuales corresponden a las actividades informales esporádicas y remuneradas como peluquería, estética y el trabajo artístico de las adolescentes.

Similar situación se presenta con la persona responsable del sostenimiento económico del producto gestacional; es así como los padres de los hijos de las adolescentes no cuentan tampoco con recursos que les permitan sostener un hogar; los jóvenes al igual que las adolescentes se mantienen en el ambiente de pobreza

material multifuncional; por lo cual podría asimilarse que los problemas relativos al embarazo adolescente en San Antero guardan directa relación proporcional con la situación de pobreza de las y los jóvenes residentes en el municipio que sirve de escenario al estudio.

Gráfico 11. Determinante estructural Ingresos económicos: situación laboral del compañero sentimental de la madres y gestantes adolecentes de San Antero-(Córdoba- Colombia) 2019.

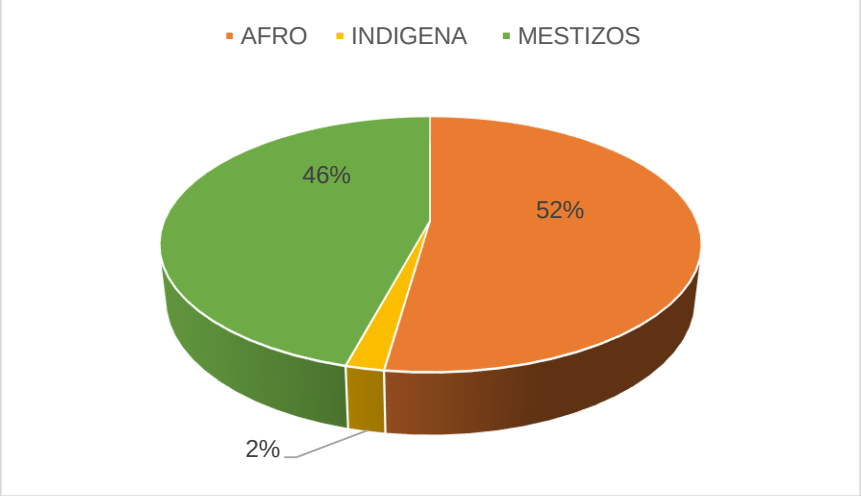


Fuente primaria: Entrevista directa

El gráfico representa la variabilidad de las diferentes ocupaciones laborales remuneradas que ocupan alguno de los padres de los hijos de las adolescentes sujeto de estudio. El 49% (n=75) de los trabajos desempeñados por los padres con mayor predominio fue “oficios varios”, el componente “otros” dio como resultado 36% (n=56), el mototaxismo ocupó un 10% (n=16) los padres que fueron “ayudantes” corresponde a 3% (n= 5) y por último se hace señalamiento a los padres que se encuentran sin ningún tipo de empleo ocupando un porcentaje de 2% (n=3).

Los resultados evidencian que las madres adolescentes no tienen facilidades para acceder a trabajos o actividades productivas que le ayuden a sus especial condición, en particular las requeridas para la óptima atención del hijo siendo que en Colombia se entiende que predomina el interés sobre la supervivencia de los niños y las niñas; entre las adolescentes madres predomina el trabajo informal, éste las limita a la no obtención de salarios dignos, ni prestaciones sociales; manteniendo así el círculo de la pobreza, es así como estos dos determinantes estructurales podrían influenciar mutuamente de manera negativa en el municipio; misma situación que aplica a la pareja afectiva o al padre de los hijos de las adolescentes como se evidencia en el gráfico 11.

Gráfico 12. Determinante estructural Raza: Etnias en que predominan los embarazos adolescentes de San Antero - (Córdoba – Colombia) 2019.

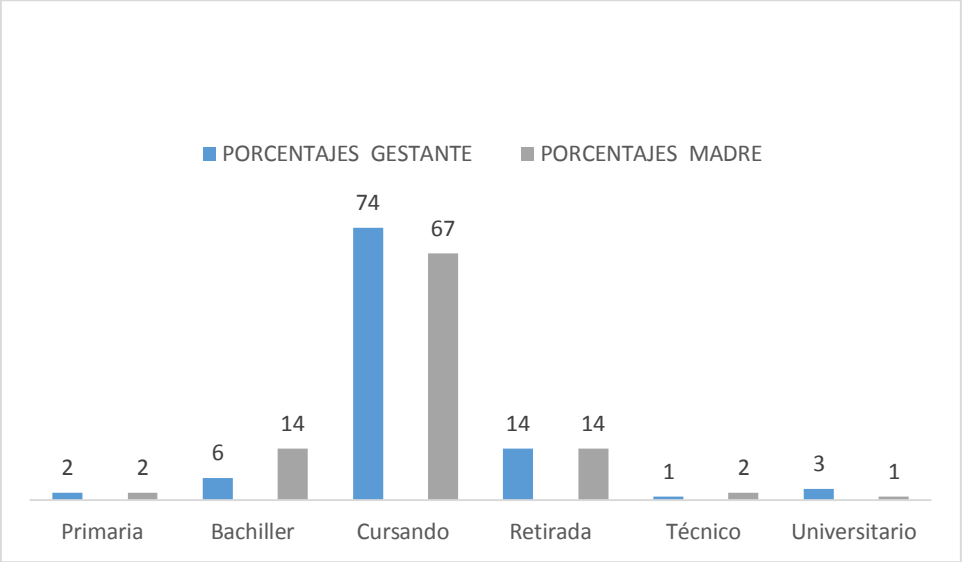


Fuente primaria: Entrevista directa

Para análisis estadístico de esta variable se encontró que 52% (n=81) representó a la etnia afrodescendiente 46% (n=71) se estimó la apreciación de la raza mestiza y 2% (n=3) hizo relevancia a la raza indígena. De acuerdo a los datos analizados se pudo determinar una relación de razón 1:1 entre las etnias afrocolombianas y

mestizas, demostrando que la etnia (o raza como se le conoce al determinante no actúa en apariencia como un determinante de tipo estructural. Observándose que la población raizal que predomina en el Municipio de San Antero fue la afrodescendiente, ocupó el mayor rango del comportamiento de este fenómeno social, seguida de la raza mestiza y culminando en un bajo porcentaje con la raza indígena, lo cual obedece a la misma distribución de las etnias en el municipio de tal forma que las gestaciones en la adolescencia en San Antero (Córdoba, Colombia) corresponden a la distribución proporcional de las etnias en el municipio.

Gráfico 13. Determinante estructural: escolaridad de las madres y gestantes adolescentes de San Antero- (Córdoba-Colombia) 2019.



Fuente primaria: Entrevista directa.

La escolaridad, es descrita por los teóricos de los determinantes sociales como una condición de importancia; en cuanto a la distribución de la escolaridad de las mujeres con embarazos adolescentes se observa que la mayoría de ellas se encuentra en los niveles de escolaridad esperado para sus respectivas edades;

destacándose el avance educacional que lograron las mujeres que tuvieron su embarazo en la adolescencia tardía.

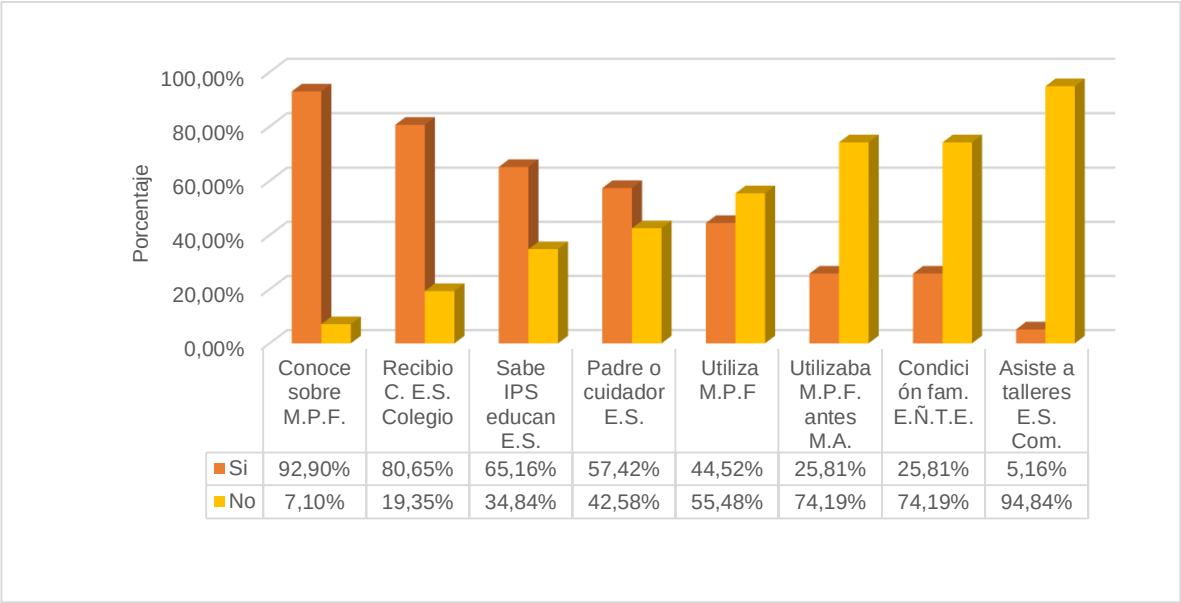
En este punto se observó que 74% (n=33) de las adolescentes gestantes no cuentan con un grado de nivel educativo superior aunque ya están en el grupo de edad correspondiente para ingresar a un nivel educativo superior, solo el 3%(n=4) y el 1% (n=2) de las adolescentes gestantes tuvieron la oportunidad de ingresar a un grado educativo superior.

El comportamiento de esta variable entre el grupo de madres adolescentes reportó 14%(n=24) de deserción escolar generalmente se dió a nivel de bachillerato.

Lo anterior, permitio determinar que la gestación y la maternidad a temprana edad impide (e impedirá) a las adolescentes que son madres o estan en gestación acceder a la educación superior; persisitiendo deserción escolar.

En tal sentido, para el análisis del determinante estructural se entiende que el embarazo a temprana edad es un condicionante que incide de forma negativa sobre la escolaridad; más no que la escolaridad influye sobre los embarazos adolescentes estableciéndose una relación categórica negativa entre el nivel de escolaridad y el antecedente de embarazo adolescente.

Gráfico 14. Determinante estructural: aspectos socioculturales educacionales sobre SSR



Fuente primaria: Entrevista directa.

Entre los determinantes estructurales, se entiende que los aspectos socioculturales tienen una influencia como determinante de la presencia o persistencia de algunos eventos de salud; debido al eje temático se consideró de importancia medir los aspectos socioculturales educacionales sobre sexualidad humana que se realiza a las mujeres jóvenes residentes en el muicipio; la normativa nacional al respecto indica que la educación pertinente debe darse u ofrecerse a la niña antes que ésta llegue a la etapa adolescente; al respecto se identificó que 93% (n=144) conoce sobre métodos de planificación familiar y 7% (n=11) no conoce sobre métodos de planificación familiar; 81% (n=125) en el colegio recibió clases de educación sexual y 19% (n= 30) no recibieron clases de educación sexual; también se obtiene información que 65% (n= 101) sabe que las IPS educan sobre métodos de planificación familiar al adolescente, mientras que 35% (n= 54) desconocen esta información; en la muestra de participantes 57% (n=89) recibió educación sexual por parte de sus padres y 43% (n= 66) de las adolescentes no tuvieron información de educación sexual en etapa de la niñez por parte de sus cuidadores o padres.

Entre las participantes 26% (n= 40) utilizaba métodos de planificación familiar antes de ser madre adolescente y 74% (n=115) no utilizaron métodos de planificación familiar antes de tener su primer hijo. Los resultados de la categoria “existió alguna condición familiar que posiblemente las expuso a tener niños a temprana edad” evidencia que solo 25% de las madres adolescentes tenía motivos potenciales para embarazarse como forma de salir de una situaciójn caótica en el hogar.

Por último, se describe la casi totalo ausencia en cuanto a la participación en talleres educativos en la comunidad sobre educación sexual, solo el 5% (n= 8) asistian y 95% (n= 147) no asistieron a talleres educativos de educación sexual.

En cuanto a los aspectos educacionales del orden sociocultural se aprecia una baja culturización o concienciación sobre la planificación familiar pues si bien la mayoría tiene conocimiento de su existencia y han recibido educación para SSR en los colegios y escuelas esta información no fue de utilidad para prevenir el embarazo adolescente en ellas; condición que evidencia fallas en la estructura de la información que se brinda al respecto; debería identificarse el tipo de profesional que brinda esta educación en los ambientes escolares pues la misma ha de ser potestad de los profesionales de la salud, más no de los profesionales en educación básica o secundaria debido a los enfásis de los mismos.

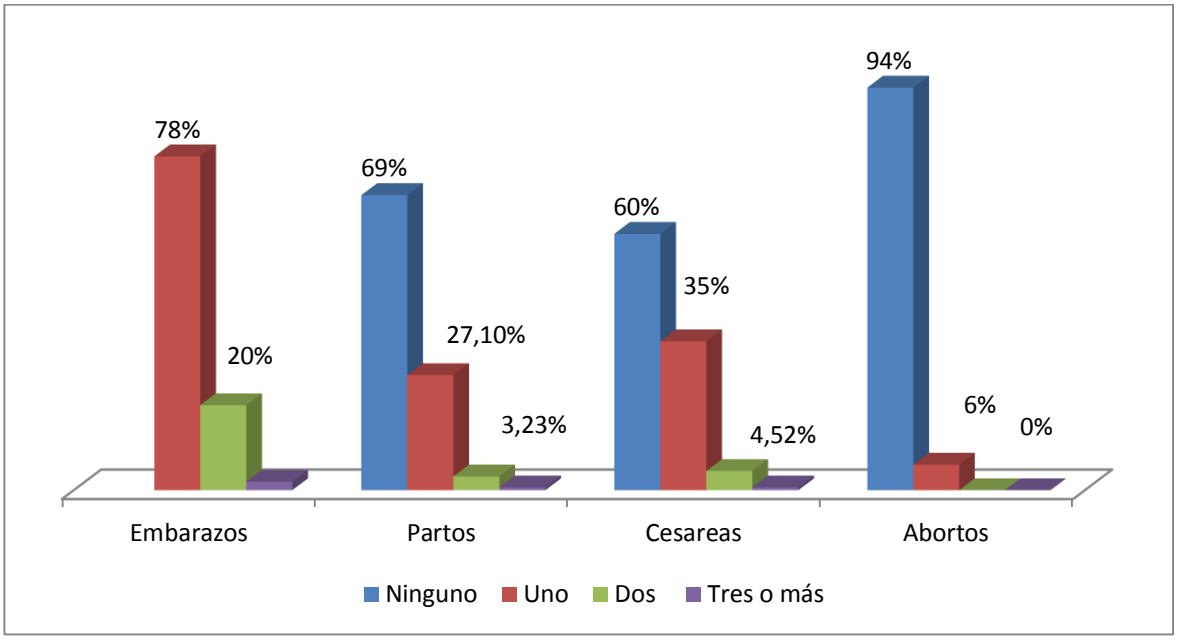
Por tanto se logró identificar que las categorias socioculturales son de riesgo para la presencia de embarazos en adolescentes; por ende tanto el sector salud como el sector educativo, están llamados a aunar esfuerzos para realizar promoción y prevención, se debe además resaltar la importancia de fomentar la educación sexual responsable por parte de los padres y cuidadores; así mismo en todos los hogares de familia, mujer e infancia (FAMI), ya que son pocos los que enfatizan este tipo de información.

Cabe resaltar, que dentro de estas categorias existen condicionantes que deben ser trabajados desde los sectores intersectoriales del municipio con mayor frecuencia, como es el caso de educar sobre salud sexual reproductiva de manera didáctica o lúdico recreativo, con el fin de que los adolescentes sientan empatia cuando se le hable del tema y no pena frente a una sociedad que aún guarda a través de la culturización sus tabúes, creencias y mitos; de cierta manera se debe involucrar a los padres y cuidadores para que orienten mediante la comunicación frente a temas convergentes sobre educación sexual.

Entre los determinantes estructurales, se reconoce la importancia del tipo de atenciones y cuidados que ofrece el sistema de salud para el evento en estudio; con respecto a la evaluación de los determinantes sociales del embarazo adolescente se consideró de interés la paridad; pues es un reflejo del tipo de atención y educación directa que recibe la mujer adolescente en el municipio.

Los resultados de paridad en la adolescencia de las mujeres entrevistadas evidencia que el acceso a los servicios de SSR es deficiente; reflejo de ello es que la distribución de la paridad (gestaciones, partos, cesareas y abortos) implica una distribución estadística homogénea en todas las categorías indicativo que la gestación adolescente es un fenómeno común en la sociedad.

Gráfico 15. Paridad de las adolescentes en San Antero – (Córdoba – Colombia) 2019.



Fuente primaria: Entrevista directa

El número de gestaciones que representarón las madres adolescentes y gestantes adolescentes indica que 78% (n=121 personas) tuvo una gestación, dos gestaciones 20% (n=31) y 2% (n=3) tuvieron tres gestaciones durante los años de adolescencia.

En la muestra analizada 60% (n=93) no se le realizó este tipo de intervención quirúrgica, siendo que en la normativa nacional al respecto se indica que toda adolescente debe parir por cesarea electiva. En la muestra analizada 35% (n=54), tuvieron una cesárea, 4% (n=7) se les prácticaron dos cesáreas y más de tres cesareas a un 0,65 (n=1).

El comportamiento de abortos entre las adolescentes que estuvieron en período de gestación, indica que 6% (n=9) presentaron un aborto y 94% (n=146) no presentaron abortos.

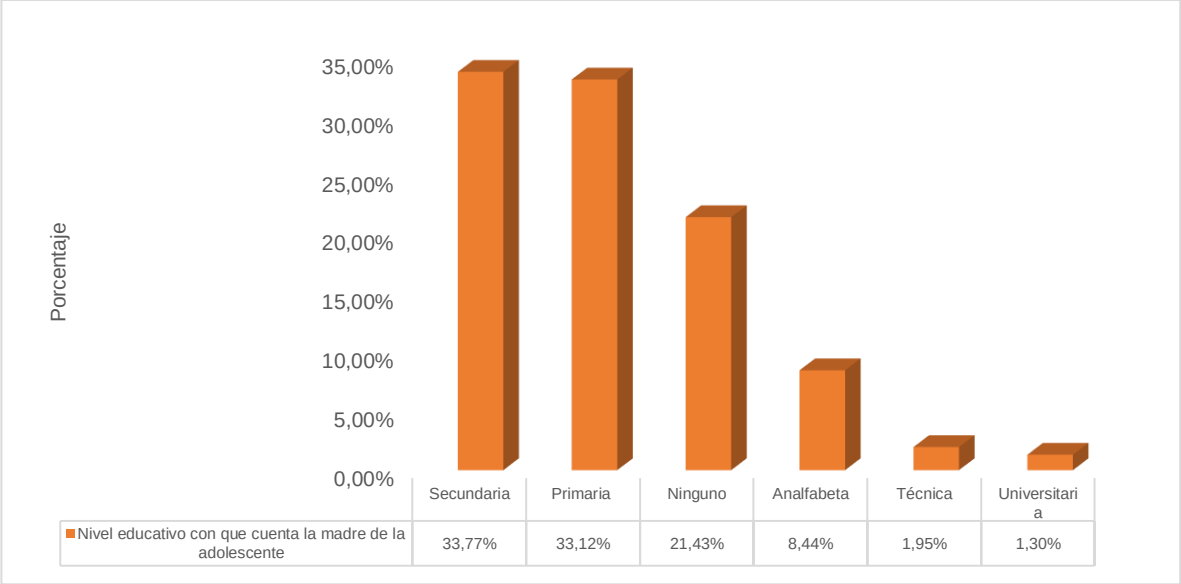
En cuanto al número de partos en el periodo de la adolescencia 27% (n=42) tuvo un parto, 3% (n=5) tuvo dos partos y 0, 65 %(n=1) hizo referencia a adolescente que tuvieron tres partos. Los resultados indican no solo la “ignorancia” intencional de la norma acerca de los partos en la edad adolescente por los riesgos asociados a mortalidad materna; sino también que la adolecente promedio en el municipio se embaraza casi anualmente al considerar el rango de la adolescencia (11 a 19 años) y la edad de las participantes del estudio.

Desde el punto de vista de los determinantes de la salud, se aprecia la presencia de un determinante estructural asociado a la falta de atención al problema de la mujer adolescente embarazada por parte de los organismos de salud, quienes obvian una normativa nacional que debe cumplirse dadas las necesidades biológicas de la adolescente y no en pro a lucrar el sistema de salud colombiano.

4.3 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD INTERMEDIOS

En diversos estudios sobre fenómenos sociales, se entiende que el nivel de escolaridad de la madre es un condicionante de importancia en cuanto a la presentación de los eventos. Al respecto se ha considerado de interés analizar el nivel de escolaridad de la madre de la adolescente (gestante o madre) que reside en el municipio de San Antero.

Gráfico 16. Determinante intermedio: nivel de escolaridad de la madre adolescente.

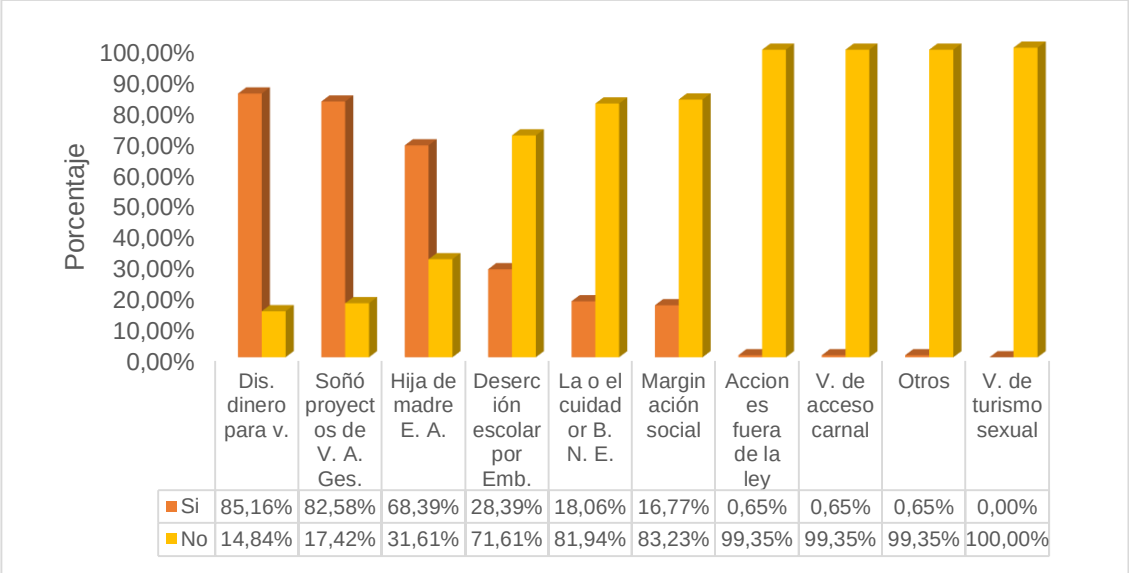


Fuente primaria: Entrevista directa

Los resultados acerca del nivel de escolaridad de las madres de las aolescentes permitieron identificar que 34% (n=52) de las madres de las adolescentes cursaron segundaria completa, 33% aprobaron el nivel de primaria completo (n=51); seguido de 21% que responde no completó “ninguno” (n=33); analfabetas 8% (n=13); técnica 2% (n=3) y universitaria 1% (n=2).

Los resultados evidencian condicionantes de riesgo asociados al bajo nivel educativo de la madre de las jóvenes que son madres a edades tempranas; se aprecia que solo un tercio de las madres de las adolescentes culminaron un nivel educativo de interés como es la secundaria y una ínfima proporción avanzó hacia niveles superiores que le permitieran la resolución de las necesidades básicas de la familia; condición que permite la persistencia de la pobreza y sus variables asociadas en las familias.

Gráfico 17. Determinante intermedio: aspectos psicosociales.



Fuente primaria: Entrevista directa

La descripción de las cifras estadisticas que con mayor frecuencia afectaron a las madres y gestantes del municipio, bajo la mirada de los determinantes sociales intermedios fueron las siguientes categorias: las adolescentes disponen del dinero necesario para su diario vivir 85% (n=132) mientras que 15% no cuenta con el dinero necesario para su diario vivir (n=23); 83% (n=128) soñó con algunos proyectos de vida antes de su gestación, es de especial interés la distribución de la categoria “hija de madre embarazada en etapa adolescente” que obtuvo un porcentaje de 68% (n= 106) condición que implica la permanancia de factores o condicionantes socioculturales aprendidos, en la muestra de participantes 28% (n=44) desertó del colegio por el embarazo.

Entre los determinantes intermedios de la salud, se encuentran los estilos de vida; fue de interés identificar si las adolescentes estaban en condición de marginación social, acciones fuera de la ley, si fueron embarazadas como victimas en caso de acceso carnal violento o turismo sexual; al respecto solo se encontró información

de interés en cuanto a la marginación social que implica a 16.77% de las participantes (discapacitada, padecer una enfermedad que comprometa su vida, mendicidad, condición de calle, entre otras).

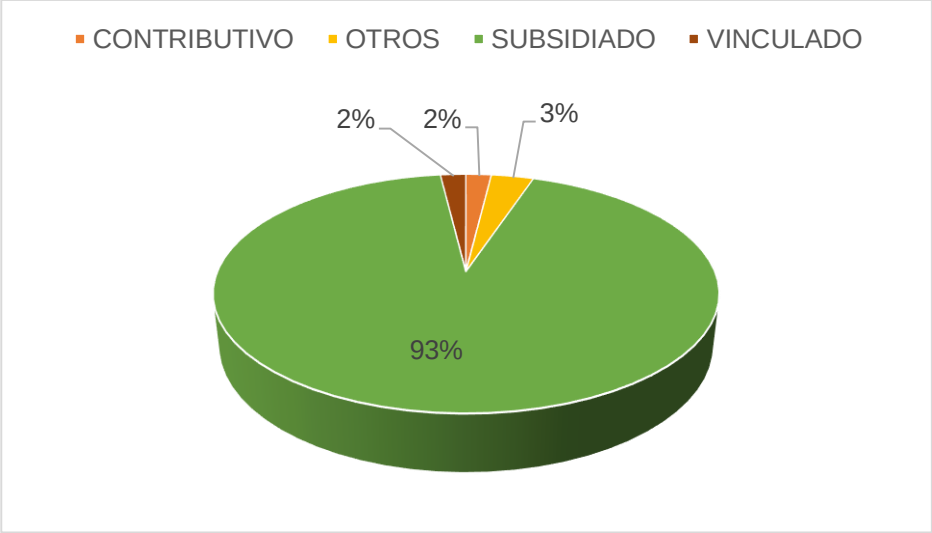
Para la salud pública, alguna de estas categorias psicosociales a pesar de que denotan en nuestra población sujeto de estudio unas connotaciones favorables en términos descriptivos de acuerdo a lo analizado y detallado, cabe destacar que si no se controlan representan para la salud pública consecuencias predecibles para las mujeres adolescentes y sus hijos como hambre, mal estado nutricional, deficientes condiciones de calidad de vida entre otros.

Por otro lado en cuanto a las opciones de vida, de desarrollo personal, social y humano es preocupante que las adolescentes gestantes o madres ya no tengan a futuro sueños a cumplir, tal vez en respuesta o afectadas por las pocas oportunidades socioeconomicas para estudiar, sociopoliticas o personales.

Es de destacar que el apoyo familiar, permite a la adolescente gestante o madre seguir continuando con sus estudios acádemicos de bachillerato; debido posiblemente a que los adultos responsables de éstas son conscientes que el bajo nivel académico contribuye a los embarazos.

Entre los determinantes sociales intermedios de la salud, se establece como parametro de interés las posibilidades de acceso a los servicios de salud mediante la vinculación como afiliado al sistema.

Gráfico 18. Determinante intermedio: Afiliación a Regímenes de servicios de atención en salud.



Fuente primaria: Entrevista directa

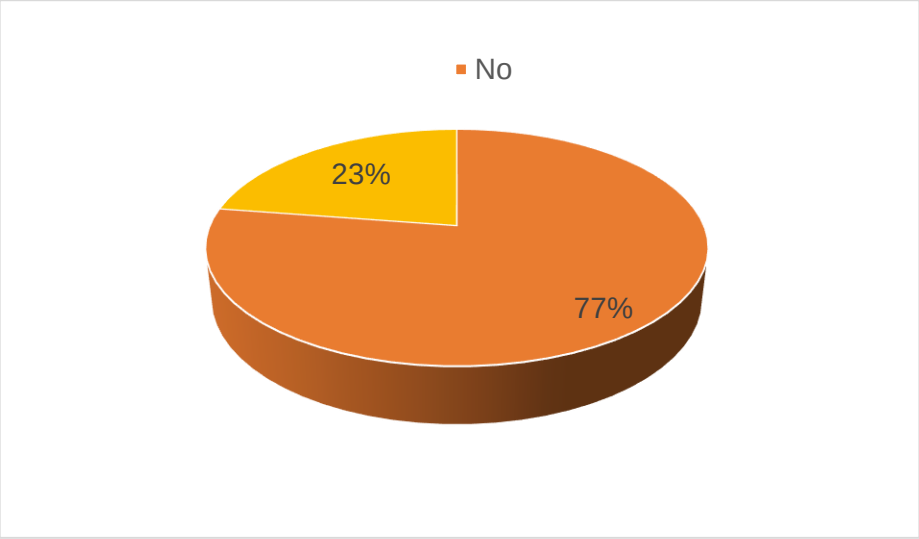
El regimén de atención en salud de Colombia está inmerso en el Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSS. La afiliación de las participantes de acuerdo a los regímenes en salud vigentes en el país, permitió identificar que 93% (n= 144) hace parte de la población subsidiada, “otros” ocupó 3% (n= 5) y 2% (n=3) correspondió a los porcentajes de las categorias contributivo y vinculado.

En tal sentido, la mayoría de las participante pertenece al SGSSS como beneficiario en alguno de los regímenes de salud y por ende cuentan con el potencial de una Empresa Promotora de Salud subsidiado o contributiva responsable de administrar los beneficios conducentes a la atención integral en salud contenida en la Ley 100 de 1993; tal condición le da acceso a los beneficios que están contemplados en el Plan Obligatorio de Salud (POS), destinados a las mujeres embarazadas de todo el territorio colombiano y una de las fortalezas para prevenir las tasas en mortalidad materna y perinatal es la asistencia a control prenatal, puesto que la linea de promoción y prevención se encaminan a evitar las complicaciones que puede

desencadenar el embarazo para la salud de las embarazdas tanto físicas como psicológicas.

Desde esta perspectiva, la afiliación al SGSS no ha sido un condicionante que actue como determinante social de salud en el fenómeno de los embarazos en la adolescencia pues todas las participantes disponen de potenciales para hacer efectivo este acceso.

Gráfico 19. Problemas presentados durante la atención en salud de madres y gestantes adolescentes del Municipio de San – Antero (Córdoba – Colombia) 2019.



Fuente primaria: Entrevista directa

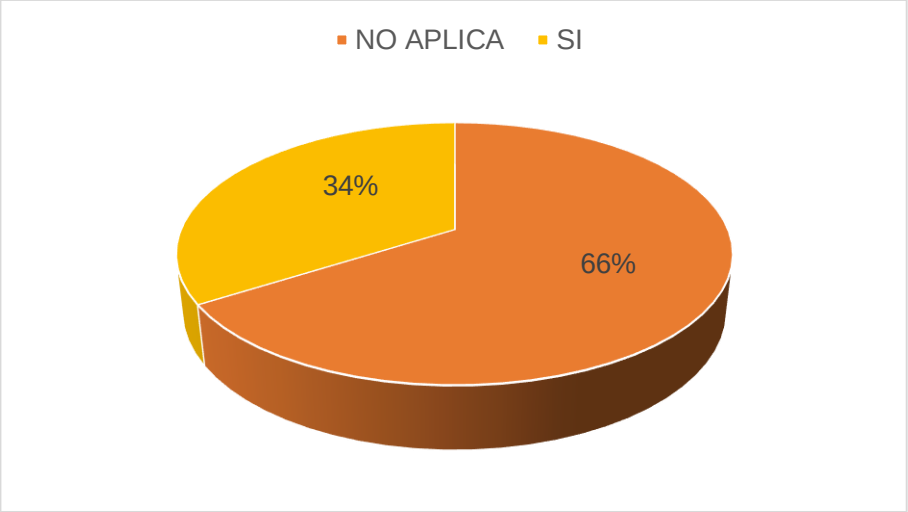
Las madres adolescentes y madres gestantes que presentaron problemas en algún momento de su vida al recibir la atención en salud fue 23% (n= 35) de las adolescentes entrevistadas y 77% (n=120) no presentó problemas en la atención en salud en algun momento de su vida.

Por consiguiente se describe que la atención que genera la E.S.E Iris López Durán, cumple entre este grupo de jovenes las expectativas, por parte de la atención del personal en salud que labora en las instalaciones de la entidad del Estado, siendo pocas las adolescentes que manifestaron su inconformidad por la atención que reciben.

Por lo anterior se describen las intervenciones con que cuentan las madres y gestantes adolescentes del municipio, según la prestación del servicio, estas adolescentes se benefician independientemente de la distancia en que se encuentren; la unidad móvil de la E.S.E CAMU Iris López Durán, abarca mensualmente las poblaciones canalizando las acciones de atención de las madres adolescentes y gestantes adolescente que lo ameriten, a través de los líderes comunitarios que reúne a la comunidad del corregimiento con sus veredas, para optimizar la atención de la población que consulta.

Por tanto se torna de interés positivo para la salud pública, porque destaca entre las adolescentes en cualquiera de sus condiciones la presencia del personal de promoción y prevención una de las funciones de las enfermera del área rural y del médico de la E.S.E Iris López Duran, es trabajar en la demanda inducida y vigilancia de los embarazos de alto riesgo para evitar la mortalidad materna y perinatal; más sin embargo se han detectado en el presente estudio falencias en cuanto a los procesos preventivos orientados a la minimización del fenómeno del embarazo adolescente.

Gráfico 20. Determinante intermedio Acceso a los servicios de salud: satisfacción por el servicio de control prenatal.

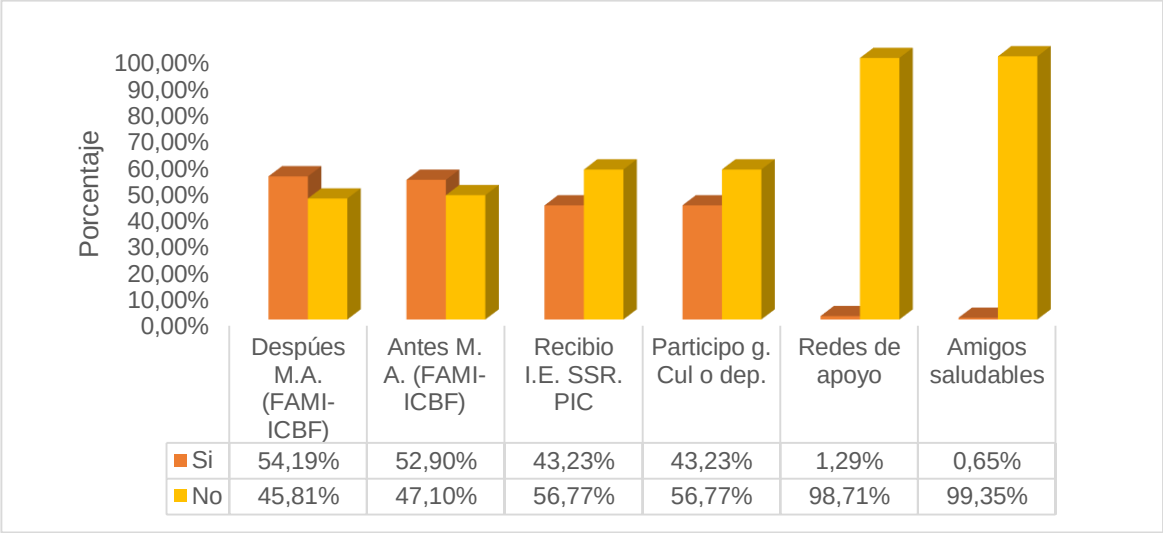


Fuente primaria: Entrevista directa.

De las 155 adolescentes 34% (n=52) madres gestantes sintieron satisfacción en la atención brindada por el personal de salud de la E.S.E. Iris López Durán al consultar el servicio de control prenatal; sin embargo y a pesar de lo antes dicho sobre la prioridad de la ESE en la atención de los embarazos de alto riesgo se identifica que 66% de las adolescentes gestantes/madres (n=101) no tuvieron continuidad en el control prenatal a pesar que por definición de la Norma 00412 de 2000 los embarazos en la adolescencia se le considera de alto riesgo tanto para la madre como para el producto gestacional.

Entre las participantes en la actividades del control prenatal 65% (n= 101) manifiestan la satisfacción por la atención brindada del control prenatal, cuando las adolescentes estuvieron embarazadas; 30% (n=47) respresenta a las adolescentes que tuvieron algún tipo de problema que generó insatisfacción con la atención en salud en el control prental y 5% (n=7) se definieron como “insatisfechas” con el control prenatal recibido durante el embarazo.

Gráfico 21. Determinante intermedio: Intersectorialidad de las redes sociales y comunitarias.



	Despúes M.A. (FAMI-ICBF)	Antes M. A. (FAMI-ICBF)	Recibio I.E. SSR. PIC	Participo g. Cul o dep.	Redes de apoyo	Amigos saludables
Si	54,19%	52,90%	43,23%	43,23%	1,29%	0,65%
No	45,81%	47,10%	56,77%	56,77%	98,71%	99,35%

Fuente primaria: Entrevista directa

Para esta investigación se consideró de interés analizar entre los determinantes intermedios la participación de la adolescente gestante/madre en las redes sociales promovidas por el Estado colombiano; se identificó que 54% (n=84) asistió a las instalaciones de Familia, Mujer e Infancia del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (FAMI- ICBF) después de ser madre adolescente y 46% (n=71) no participaron de este servicio; se destaca que algunas de las adolescentes desconocen de la existencia del programa que beneficia a las gestantes, madres y lactantes adolescentes; evidenciándose de nuevo la problemática de los aspectos socioculturales de tipo educativo en salud en el municipio.

La segunda categoría corresponde a las jóvenes que antes de ser madre adolescente asistían al programa (FAMI-ICBF) el 53% (n=82) de las adolescentes asistieron al programa y el 47% (n=73) no asistieron; acerca de la participación en las intervenciones educativas sobre salud sexual reproductiva a través del Programa de Intervenciones Colectivas (PIC) y participación en grupos culturales o

deportivos se obtuvieron similares resultados en ambas categorías obteniendo cada una 43% (n=67).

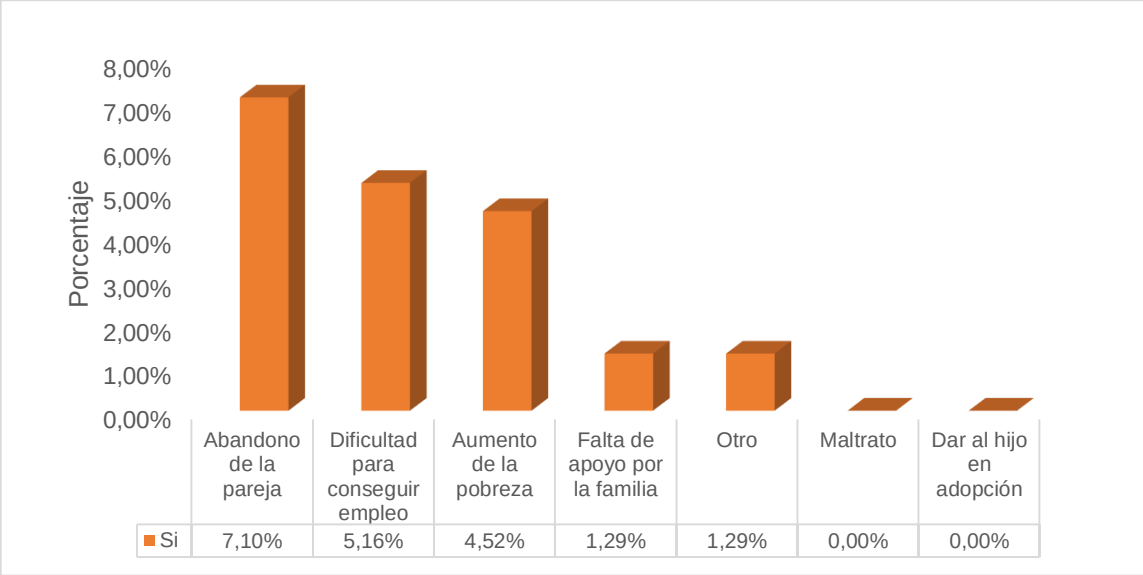
Las dos últimas categorías con respecto a las “redes de apoyo” que existen en el municipio sobre cómo prevenir el embarazo en adolescentes solo el 1% (n=2) conoció de su existencia y 99% (n=153) no conocieron de la divulgación de la información y por último se registra que solo el 0,65% si conoce de los servicios amigables que brinda la E.S.E. Iris López Duran, mientras que el 99% desconoce del servicio.

Los anteriores resultados reafirman la problemática social asociada a la falta de acceso a los procesos educaciones que debe dirigir el sector salud hacia las comunidades; de especial interés el desconocimiento de las adolescentes acerca de los programas preventivos orientados a la minimización de la problemática de los embarazos en la adolescencia. Cabe destacar, en este análisis que las adolescentes desconocen de los programas o no han contado con la oportunidad de ingresar, que no todas las adolescentes tuvieron la oportunidad de ser educadas a través de los programas que se realizan mediante los Planes de Intervenciones Colectivas (PIC) que deben llegar a toda la población; de tal forma que existen adolescentes en el municipio que no han accedido a la educación a la que tienen derecho acerca de los temas de salud sexual reproductiva en todos los ámbitos ni en la escuela, ni en comunidad; en el mismo sentido de la problemática en cuanto al determinante intermedio la mayoría de las adolescentes que hoy gestan o son madres no contó con el apoyo familiar para ingresar a grupos de carácter cultural o deportivo por las necesidades asociadas a recursos económicos.

En el mismo sentido de la falta de difusión de los programas del Estado para la reducción de los embarazos adolescentes y otras manifestaciones de falta de SSR; se destaca que las mujeres adolescentes gestantes y adolescentes que ya son madres no conocieron de la existencia de estos dos programas de manera oportuna.

Se identificó que la mitad de las adolescentes madres y gestantes residentes en el municipio de San Antero (Córdoba, Colombia) presentan en común, la carencia de acceso real o funcional a las redes de apoyo social que se han dispuesto a nivel municipal para esta población. Lo anterior, denotó algunas formas de falencias en la cobertura de los programas dirigidos a los adolescentes, situación que emerge como un determinante social intermedio de la presencia del embarazo adolescente en el municipio que sirve de escenario al estudio.

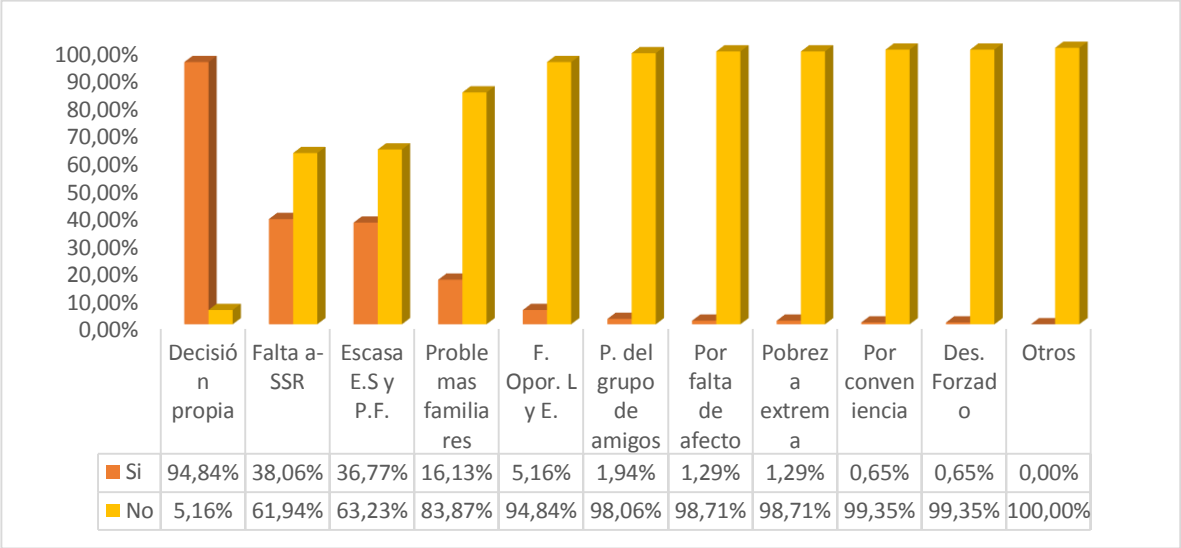
Gráfico 22. Determinante intermedio Redes de apoyo social: consecuencias más frecuentes del embarazo en adolescente.



Fuente primaria: Entrevista directa

La siguiente distribución demostró los datos estadísticos de las categorias, ocupando en primer lugar que una de las primeras consecuencias del embarazo es el abandono de la pareja 7% (n=11) 5% (n=8) dificultad para conseguir empleo; y un 5% (n=7) de las adolescentes informan que el indice de pobreza aumentó.

Gráfico 23. Determinante intermedio Estilos de vida: Principales motivos que dan inicio a la vida sexual de las adolescentes del Municipio de San – Antero (Córdoba – Colombia) 2019.



	Decisión propia	Falta a-SSR	Escasa E.S y P.F.	Problemas familiares	F. Opor. L y E.	P. del grupo de amigos	Por falta de afecto	Pobreza extrema	Por conveniencia	Des. Forzado	Otros
Si	94,84%	38,06%	36,77%	16,13%	5,16%	1,94%	1,29%	1,29%	0,65%	0,65%	0,00%
No	5,16%	61,94%	63,23%	83,87%	94,84%	98,06%	98,71%	98,71%	99,35%	99,35%	100,00%

Fuente primaria: Entrevista directa

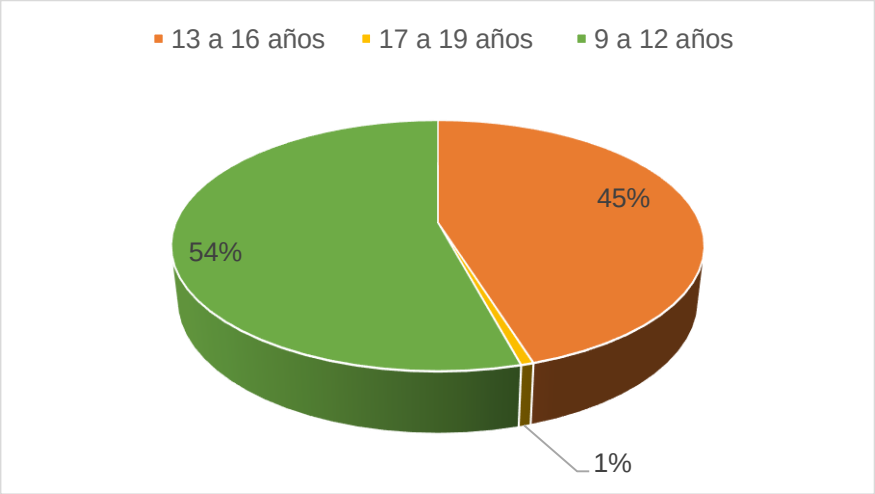
Uno de los principales motivos que determinó iniciar su vida sexual en las adolescentes fueron decisión propia 95% (n=147), falta de acceso a programas de salud sexual reproductiva (SSR) 38% (n=59); no asistieron a los programas de SSR 62% (n=96); la escasa educación sobre sexualidad y planificación familiar con 37% (n=57) cada una, mientras que 63% (n=98) no recibieron educación sobre sexualidad y planificación familiar.

Los resultados remarcan la importancia de la actividad educacional masiva y preventiva en los procesos de salud pública. Se destaca en los hallazgos que la carencia o la deficiencia de la educación, sobre métodos de planificación familiar, salud sexual reproductiva, han ejercido influencia como determinante social de la salud tanto en sus clasificaciones estructural e intermedio pues el uno recibe la influencia directa del ortro. En tal sentido las entidades competentes deben articularse para velar y trabajar por la integridad de niñas y adolescentes san anteranas. De tal forma que desde el punto de vista de los determinantes

intermedios el inicio de las relaciones sexuales de las adolescentes sujeto de estudio, esta enmarcado posiblemente por los aspectos psicosociales, económicos, culturales, educacionales y agravados por la aparente falta de presencia de los organismos de salud en cuanto a la educación para la salud en los ámbitos de promoción y prevención, pues al parecer se enfoca más hacia los aspectos curativos.

4.3.1 Determinantes intermedios

Gráfico 24. Determinante intermedio Condiciones biológicas: edad promedio de la menarquia.



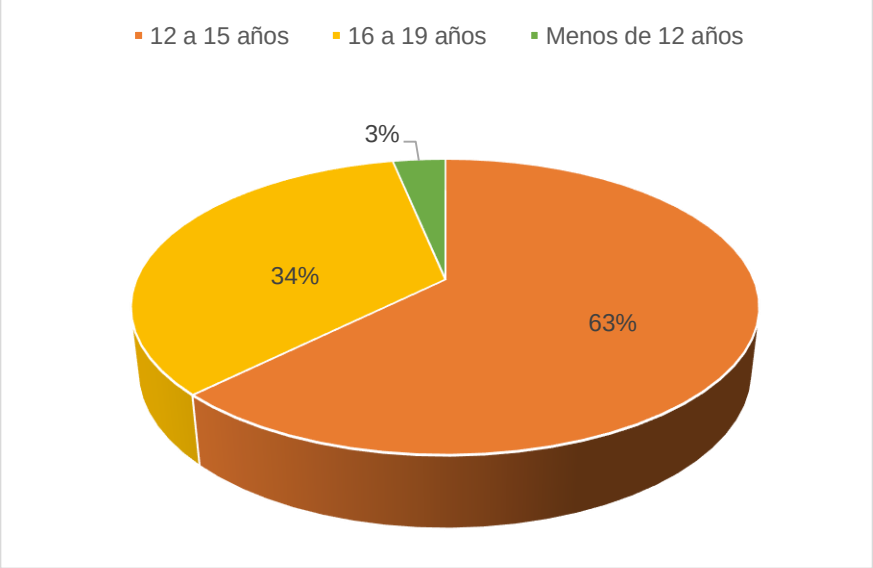
Fuente primaria: Entrevista directa.

El porcentaje con mayor incidencia que frecuentan las adolescentes del municipio de San Antero en su primera menstruación es de 9 a 12 años 54% (n=84), seguido del 13 a 16 años 45% (n=70) y por último el 17 a 19 años 0,65% (n=1).

Conocer el rango de edades en que las adolescentes tienen su primera menstrución es un indicador que predispone a las entidades en salud para intervenir mediante la educación lúdica recreativa sobre salud sexual reproductiva en la comunidad y las

instituciones educativas del municipio para prevenir los embarazos en adolescentes. Las adolescentes en su mayoría tienen complicaciones durante y después del embarazo, debido a las condiciones en que viven y en muy bajo porcentaje por las complicaciones ginecobstétricas derivadas en mucho de los casos por los antecedentes maternos o de sus cuidadoras o los derivados de su embarazo debido a la edad. Lo ante expuesto coincide en que las adolescentes están iniciando su vida sexual desde la adolescencia temprana, convierdose en un riesgo dedido a las condiciones, socieconomicas, spicologicas,sociales y fisilogicas en alguno de los casos.

Gráfico 25. Determinante intermedio Condiciones biológicas: edad promedio de la primera relación sexual.

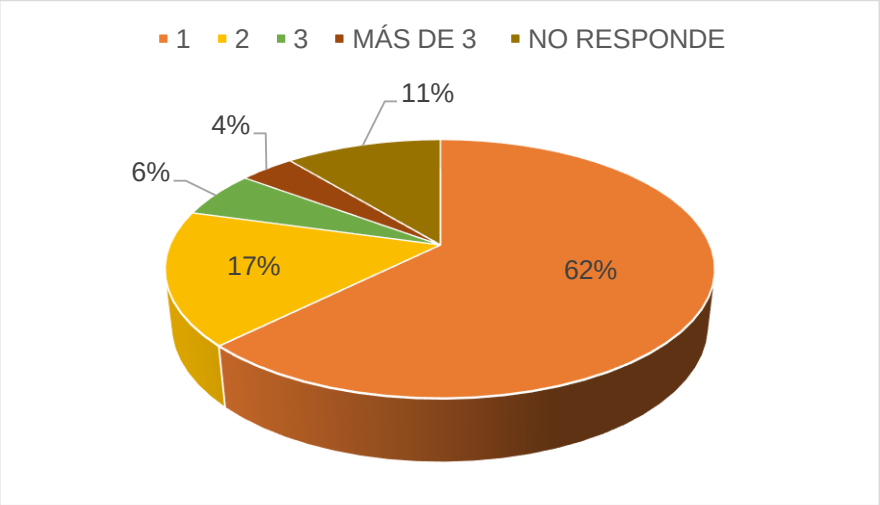


Fuente primaria: Entrevista directa.

En cuanto a las frecuencias de edad promedio de la primera relación sexual, se observa que 63% (n=97) tuvo esta experiencia entre las edades de 12 a 15 años; 34% entre 16 y 19 años (n=53) tuvo su primera relación sexual y 3% con menos de 12 años (n=5) tuvieron su primera relación sexual.

Desde el punto de vista de salud pública, esta varible señala que la E.S.E. Iris López Duran y las EPS del municipio deben aumentar los esfuerzos de capacitaciones para la población sujeto de estudio a través de los programas de amigos saludables, planificación familiar y adulto joven con el fin de educar sobre métodos anticonceptivos en hombres y mujeres, evitando así embarazos en adolescentes e ITS/ VIH-SIDA.

Gráfico 26. Determinante intermedio Condiciones biológicas: edad promedio de la menarquia. Número de compañeros sexuales en las madres y gestantes adolescentes del Municipio de San – Antero (Córdoba – Colombia) 2019.

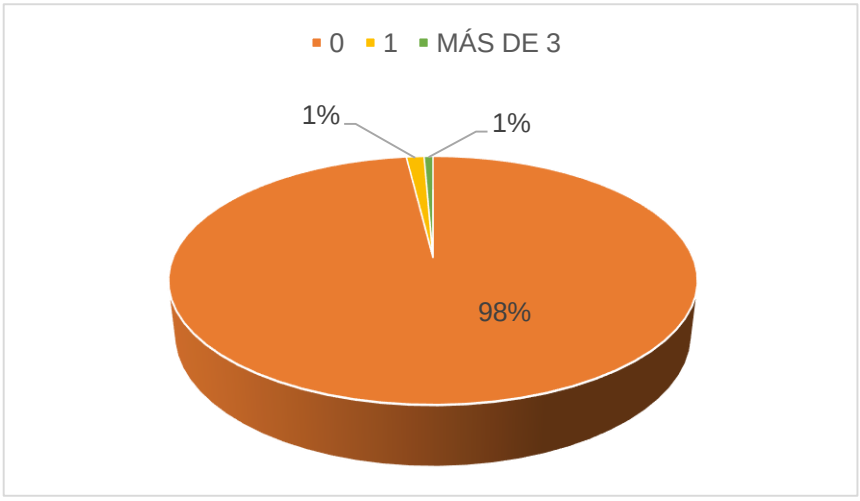


Fuente primaria: Entrevista directa.

La descripción analítica de las categorias de estilos de vida considerando el número de compañeros sexuales evidencia que 62% (n=97) tuvo un compañero sexual; 17% (n=26) tuvieron dos compañeros sexuales; 6% (n= 9) tuvieron tres compañeros sexuales y más del 4% (n=6) tuvieron más de tres compañeros sexuales, no respondieron al interrogante un 11% (n=17) de las adolescentes entrevistadas.

Esta variable influye considerablemente a trabajar o salvaguardar los derechos sexuales a los cuales tiene cada adolescente a la hora de conformar una familia y evitar la reproductividad en tener familias extensas; además que se debe trabajar por los adolescentes que se exponen al contagio de infecciones de transmisión sexual cuando tienen relaciones sexuales sin protección, con el fin de contribuir a en lo posible a la propagación de las mismas, entre los hogares más vulnerables del municipio este tipo de infecciones.

Gráfico 27. Determinante intermedio Condiciones biológicas: número de embarazos ectópicos

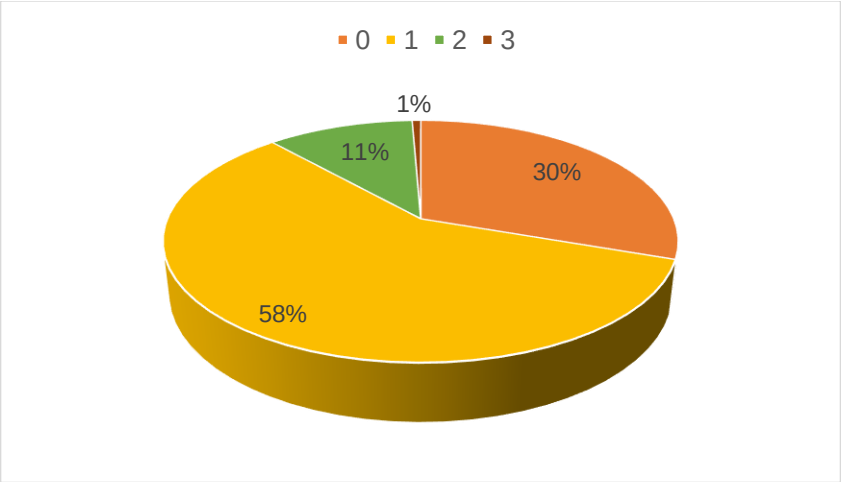


Fuente primaria: Entrevista directa.

Clínicamente es una complicación que afectaría la vida de las adolescentes si no se atiende su sintomatología a tiempo. De acuerdo con la convención que muestra el gráfico se destacó que 98% (n=152) “cero” no presentaron embarazos ectópicos, 1% (n=2) tuvo un aborto ectópico y una adolescente presentó más de tres abortos ectópicos 0,65% (n= 1).

Se evidenció que las adolescentes que tuvieron esta complicación a nivel del sistema reproductor, gracias a la atención oportuna y con calidad en la prestación de los servicios que generó su EPS, evitó una complicación o muerte materna.

Gráfico 28. Determinante intermedio Condiciones biológicas: número de hijos

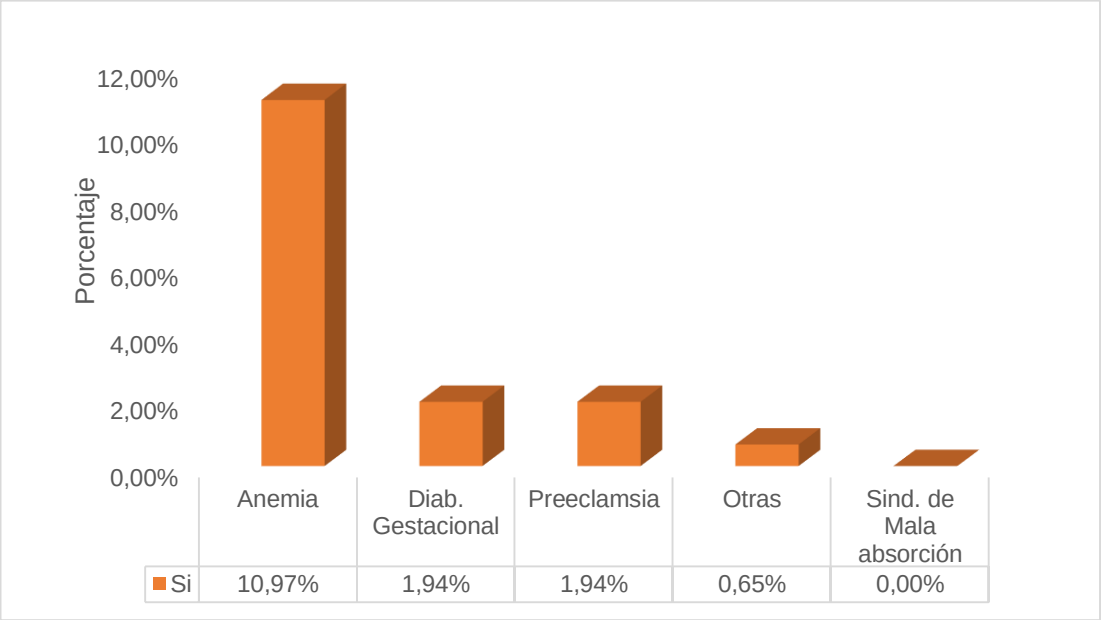


Fuente primaria: Entrevista directa

La variable número de hijos, representó en el sujeto de estudio la tasa de natalidad generada por este rango de edades que encaja entre las piramides poblacionales y que se en cuentran en edad fértil. Se encontró que 58% (n= 90) de las madres que tienen un solo hijo; 30% (n=47) son primigestantes, 11% (n=17) tienen dos hijos y 0,65% (n= 1) tienen tres hijos.

Para la salud pública la tasa de natalidad en el municipio de estas jóvenes que en su mayoria tienen un estado socieconómico bajo, aumenta considerablemente y consigo se aumenta la demanda de las politicas en salud pública para abarcar en gran medida la problemática que emerge de este fenomeno social; ante una sociedad que busca surgir para incrementar el desarrollo de un país.

Gráfico 29. Determinante intermedio Condiciones biológicas: enfermedades padecidas.

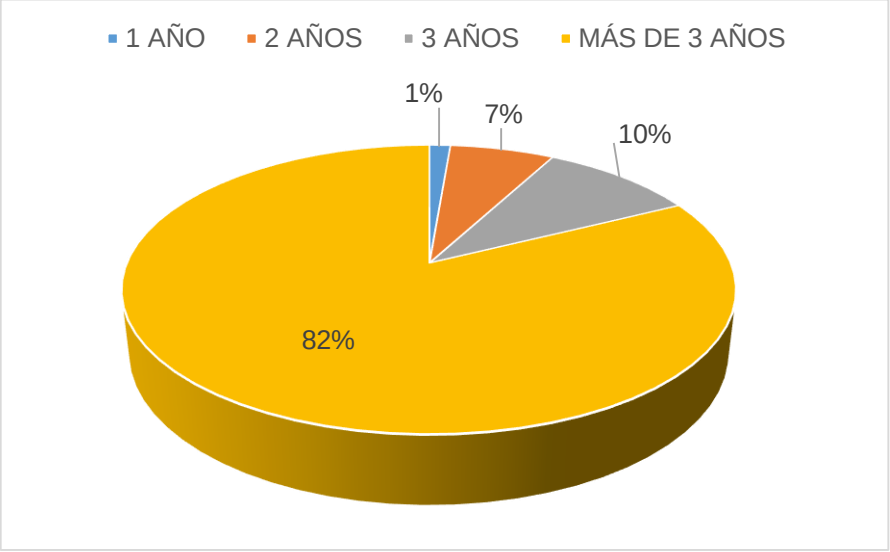


Entre las variables de los determinantes intermedios, se abordó el interrogante de qué tan frecuentes eran patologias producto de la mal nutrición materna en relación con la ingesta de alimentos debido a que se habla de estratos de bajos recursos.

Siendo la anemia la entidad que se presenta con mayor frecuencia con 11% (n=17), solo 2% (n=3) presentó diabetes gestacional, la preeclamsia se evidenció en 2% (n=3), “otro” 0,65% (n=1) hizo referencia al aumento de vomitos durante todo el embarazo después de la mayoria de la ingesta de los alimentos, no clasificado como sindrome de mala absorción de los alimentos, sino como (hiperémesis gravídica). Por último, se describe la variable de mala absorción de los alimentos variable en que 100% (n=155) negó indicios de esta patología.

Los resultados demostraron que las adolescentes gestantes y madres adolescentes tienen buen estado nutricional, debido a los datos que refleja el gráfico, evitando asi complicaciones para el bebé y la madre, desde el punto de vista nutricional, siendo un punto a favor de la salud pública porque a muy a pesar de los condicionantes abastecen la necesidad con calidad de su alimentación, como se describió en la variable de los determinantes estructurales; (ambiente físico).

Gráfico 30. Determinante intermedio Estilos de vida: Tiempo de espera para tener su próximo hijo.



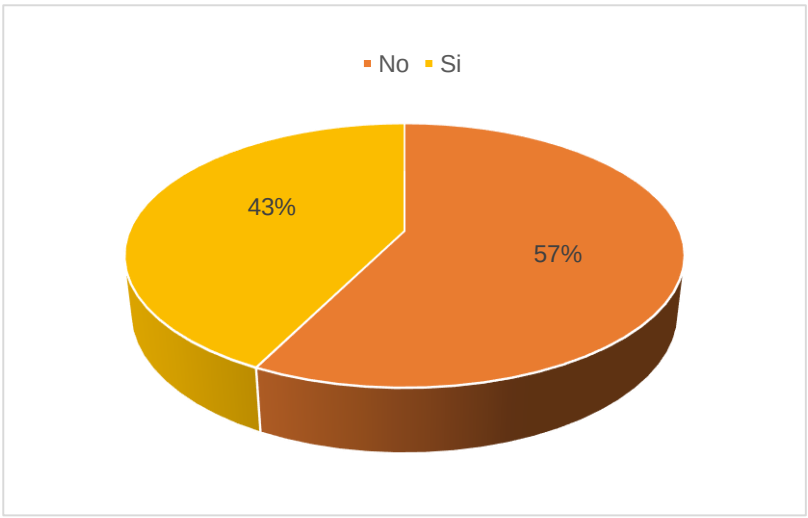
Fuente primaria: Entrevista directa.

Esta variable permitió conocer la posible influencia de los determinantes sociales intermedios relativos a los estilos de vida que afecta la salud familiar, social y psicológica de las adolescentes. Se describe a continuación la población y el porcentaje del tiempo de espera para volver a tener su próximo hijo, de acuerdo con la convención que muestra el gráfico, el 1% (n=2) de las adolescentes esperan tener su próximo hijo pasado un año; 7% (n=10) representó tener su próximo hijo pasado dos años;10% (n= 15) de las adolescentes que esperan tener su próximo

hijo después de tres años y ocupó el mayor porcentaje 82% (n=126) de las adolescentes piensan tener su próximo hijo pasado más de tres años.

En tal medida se aprecia que las adolescentes carecen de claridad sobre la importancia del periodo intergenésico optimo y relativo a sus propias necesidades de desarrollo, crecimiento y etapas del ciclo vital humano en el cual se encuentran; siendo éste un aspecto de falencia que se relaciona con la gestión de la educación en promoción y prevención entre otros que ya han sido identificados.

Gráfico 31. Determinante intermedio Estilos de vida: Madres adolescentes que asisten al programa de planificación.



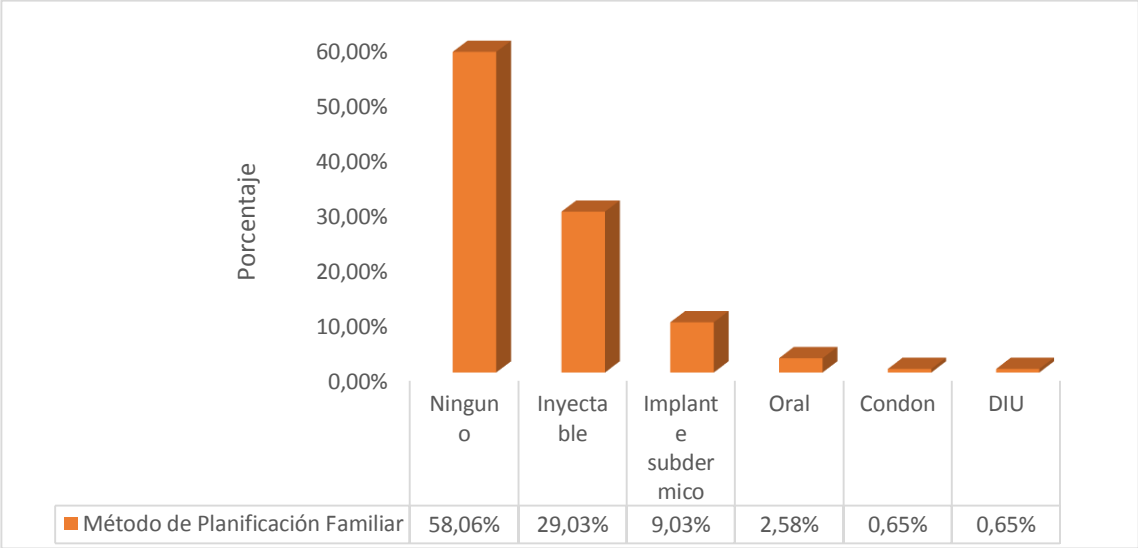
Fuente primaria: Entrevista directa.

El 43% (n=66) si planifica, mientras 57% (n=89) no planifican, existe una gran variabilidad entre las adolescentes que planifican o no, puesto que muchas de las jovenes no planificaban antes de tener su primer hijo, por desconocimento de los mismos.

Mientras se realizaba la entrevista del cuestionario, alguna de las madres que no planifican expresaban estar en tramitología para colocarse el implante sub dérmico referenciado por las jóvenes como “el del brazo”. Es alarmante que una de cada tres adolescentes que ya son madres expresen no estar planificando (razón 1:3); siendo este condicionante de estilos de vida un importante y definitivo determinante en la repetición de embarazos en población adolescente, hecho que muestra además los efectos de las falencias de los programas PIC y también de la actividad de promoción y prevención a la que está llamada la ESE CAMU dado su condición de institución del primer nivel de salud en el municipio.

Este determinante intermedio, representa un serio riesgo para la salud pública y de hecho implica una relación de causa efecto para los mismos DSS intermedios, debido a que al aumentar la tasa de natalidad aumenta el indicador de pobreza (determinante estructural, estado socieconómico) y consigo el sin número de condicionantes que se han ido desglosando y análizando a través del comportamiento de los resultados estadísticos.

Gráfico 32. Determinante intermedio Estilos de vida: tipos de métodos de planificación familiar utilizados.



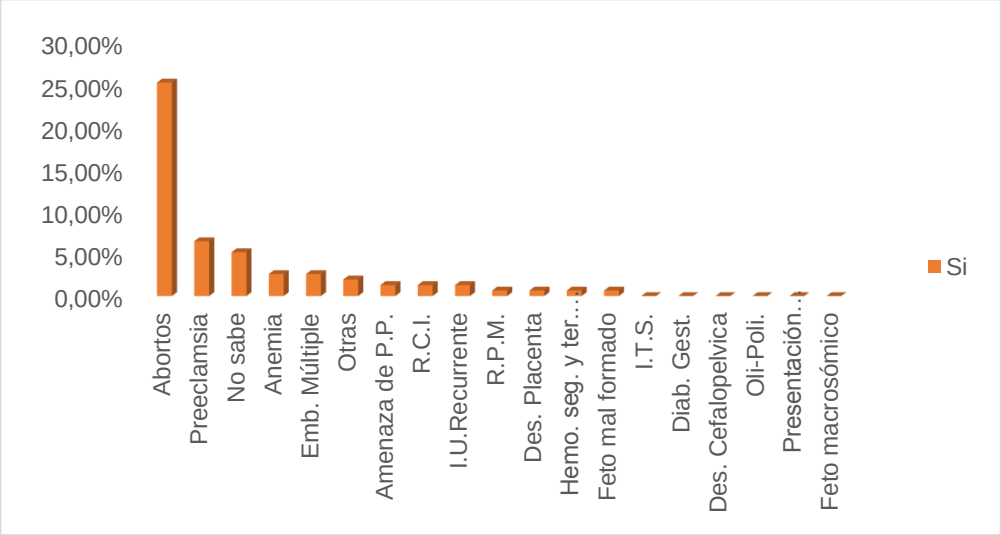
Fuente primaria: Entrevista directa.

Según la representación estadística, los anticonceptivos más comunes entre las madres adolescentes que planifican son los siguientes en primera instancia se destaca la categoría “ninguno” 58% (n=90) en este punto hace referencia a las madres gestantes que no planifican y a las madres adolescentes que se encuentran gestionando a través de sus EPS el método de planificación o que simplemente no opta por planificar. Las madres adolescentes que usan mensual o trimestralmente inyecciones ocupó 29% (n=45), seguido se encontró que las que planifican con implante sub dérmico 9% (n=14), las que se benefician de las tabletas 3% (n=4) y en un bajo porcentaje se ubicó el condón y DIU en un 0,65% (n=1).

Es una de las variables que deben ser conocidas por las EPS-s del municipio y la IPS Iris López Duran, para que dentro de la ejecución de las actividades de promoción y prevención desarrollen medidas que ayuden aumentar las coberturas en planificación tanto en hombres como en mujeres.

4.3.2 Determinantes sociales intermedios Condiciones socioculturales: Antecedentes ginecobstétricos comunes entre las madres y cuidadoras de las adolescentes del municipio.Antecedentes ginecobstétricos comunes entre las madres y cuidadoras de las adolescentes embarazadas del municipio.

Gráfico 33. Determinantes sociales intermedios Condiciones biológicas: Antecedentes ginecobstétricos comunes de cuidadoras y madres del Municipio.



Fuente primaria: Entrevista directa.

Se destacan las primeras cinco categorías en relación a patologías o complicaciones que pueden aparecer en el embarazo, estas tuvieron mayor connotación con respecto a sus porcentajes de izquierda a derecha. Esta información como determinante intermedio es de interés ya que muestra un rasgo del histórico del comportamiento sociocultural de la región asociado a la gestación, así como ciertos antecedentes de riesgo que serán comunes a un núcleo familiar debido a las predisposiciones genéticas. En los datos se observa que los abortos entre madres y cuidadoras ocupó el primer lugar 25% (n=39) tuvieron abortos, en segundo lugar la preeclampsia 6% (n=10) presentaron esta complicación, el tercer punto hace referencia a la opción de sub variables “no sabe”, aquí se especifica que la adolescente no conocen de los antecedentes de sus cuidadoras o madres. La

anemia como rasgo común representó 3% (n=4), y por último los embarazos múltiples ocupó 3% (n=4) siendo representativo entre las adolescentes y sus cuidadores y madres.

4.4 RELACIÓN ENTRE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y EL EMBARAZO ADOLESCENTE DEL MUNICIPIO DE SAN ANTERO

Para analizar el efecto de los determinantes sociales de la salud estructurales e intermedios se realizó un análisis comparativo entre los datos del municipio de San Antero y otras áreas o países con características tanto similares como diferentes al mismo; se quiere especificar que el mecanismo apto para estas comparaciones toma como referencia la distribución estadística con poblaciones similares en cuanto a la presencia del evento, considerando como referentes estadísticos válidos las cifras nacionales y regionales del evento en diferentes contextos.

Sobre el determinante estructural socioeconómico, se identificó la influencia directa de la pobreza como determinante social del embarazo adolescente en San Antero; esto debido a que al comparar los resultados con la media de pobreza entre adolescentes embarazadas de República Dominicana es de 33.2 % y en San Antero es de 91% registrándose una frecuencia casi triplicada de embarazo en adolescentes entre pobres de República Dominicana en comparación con las cifras de San Antero (Córdoba, Colombia).

En el mismo sentido del determinante estructural socioeconómico se observan profundas o marcadas diferencias entre las adolescentes del municipio escenario del estudio en comparación con Perú, país en el cual las adolescentes madres reportan una condición estable debido a los beneficios que tienen estas jóvenes por parte del gobierno con el fin de dar cumplimiento a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en particular al primero que hace relación con la erradicación de la pobreza; mientras que el 25.5% de las adolescentes madres o gestantes de San Antero

(Córdoba, Colombia) carecen de recursos económicos para el sustento de sus hijos, establecido por el observatorio del bienestar la niñez en Colombia (91, 92, 5)

El determinante estructural de educación, se observa que su comportamiento estadístico de San Antero es similar al que se encontró en Guatemala país en el cual las adolescentes embarazadas no han terminado su segundaria con un 40.7%, a diferencia de San Antero (Córdoba, Colombia) en el cual 74% de las adolescentes están aún estudiando y solo 14% tuvieron deserción académica. Como ya se ha dicho antes la relación entre embarazos adolescentes y escolaridad es categórica negativa en el sentido que es el embarazo en la adolescencia la situación que frustra la escolaridad; por lo que la escolaridad ha sido descartada como determinante social estructural del embarazo adolescente (93, 94, 5).

Del análisis previo, se delimitan los posibles determinantes sociales del embarazo en adolescentes y siguiendo con la metodología definida para tal fin se procede seguidamente a comparar las frecuencias comparadas entre las adolescentes gestantes o madres del municipio de San Antero (Córdoba, Colombia) con las frecuencias relativas o porcentuales obtenidas en otros países y regiones sobre el mismo tema, con el fin de establecer el potencial de la condición en el marco de su influencia como determinante social de un fenómeno, que para el caso del estudio es el embarazo en la adolescencia.

En los resultados comparados, se observa el predominio de tres determinantes de tipo estructural en la muestra analizada, los cuales son el ingreso o estrato socioeconómico que expresa una razón de riesgo de 3:1 que se interpreta en el sentido que existen 3 adolescentes embarazadas de estrato 1 en el municipio de San Antero, por cada (1) adolescente embarazada en países que guardan similitudes socio demográficas con el municipio como son Perú, República Dominicana e incluso en otras regiones de Colombia.

Grafico 34. Clasificación de los determinantes sociales del embarazo estructurales en adolescentes en San Antero.

TIPO DE DETERMINANTE	CATEGORÍA DEL DETERMINANTE	%	COMPARATIVO
Estructurales	**SOCIOECONÓMICO**: **Ingresos (**Estrato 1)	**91**	En Perú las adolescentes de (15 a 19 años) gestantes o madres adolescentes, mantienen niveles estables económicos del 13%. Variando el porcentaje, según se trate de adolescentes pobres o no pobres y urbanas y rurales (93). El 33.2% de las jóvenes de las familias más pobres de República Dominicana se habían embarazado antes de cumplir los 20 años (94). El observatorio del bienestar de la niñez, en el territorio Colombiano- hace referencia a la falta de dinero para mantener a su hijo (25.5%) (5).
	OCUPACIÓN (padres): ama de casa	**74**	20% de las niñas entre los 10 y los 14 años son absorbidas por el trabajo doméstico, pero este porcentaje aumenta en las zonas rurales, en Colombia y Ecuador (95). De las 82 madres interrogadas 60 son amas de casa equivale 73.1 %; salvador (96). 66% son amas de casa en Riohacha- Colombia (97).
	EDUCACIÓN EN SALUD. Deficiente acceso a los servicios de SSR	**61**	La falta de información en un 37% entre las adolescentes de la zona rural para asistir por información a centros de accesos de servicios de SSR (Riohacha- Colombia) (97). En países con baja tasa de EA, se debe a que la educación sexual comienza en la escuela primaria 13.7% de adolescentes embarazadas escolarizadas, recibieron educación sobre SSR por

TIPO DE DETERMINANTE	CATEGORÍA DEL DETERMINANTE	%	COMPARATIVO
			entidades del sector salud. 36.7% por charlas, 21.4% internet, 15% por TV, 8.7% por amigos, 3,2% biblioteca, radio y periódico 0.6% (98).
	CONDICIONANTES SOCIOCULTURALES PROPIOS DE LA ETNIA: Afrodescendiente	**52**	30.6% de población brasilera, afrodescendiente de 15 a 19 años tuvo embarazos en adolescentes (99). En Ecuador la población afrodescendiente representó un 8. 81% (37). En EEUU 51 de 1000 nacimientos son de mujeres de raza negra, mientras que el 22 por 1000 nacimientos son de otras razas (100). A nivel nacional el comportamiento de esta raza 16,4% (36).

Fuente: Análisis de los datos del estudio y fuentes de información confiables de los Estados relacionados contrastados con la teoría de los determinantes sociales de la salud.

Acerca del estrato socioeconómico (indicador de pobreza) se aprecia que se ha demostrado que la fecundidad es mayor en áreas rurales y con menor nivel educativo en Guatemala, México debido a las relaciones de causa-efecto entre pobreza y escolaridad; 81% de las adolescentes embarazadas en Yopal y 56% de las adolescentes embarazadas del departamento de Riohacha – Colombia residen en la zona urbana; en comparación con el 66% obtenido en el municipio de San Antero, lo anterior permite que se descarte la zona de residencia urbana en sí misma, como un determinante social del embarazo en adolescentes. (95, 96).

En cuanto al determinante de afiliación a la SGSSS, se ha visto como esta condición tampoco refleja influencia como determinante social del embarazo adolescente, es así como 80.8% de las mismas están afiliadas al régimen subsidiado de Briceño, Medellín (Colombia) y 37,0% se encuentran afiliadas al régimen subsidiado en la ciudad de (Bogotá); que en comparación con los demás departamentos se evidencia que en Bogotá la mayoría de estas adolescentes se encuentran afiliadas como en

la totalidad de las participantes del estudio que pertenecen al régimen subsidiado (78, 105, 106, 107).

El segundo determinante estructural es el acceso a los servicios educativos en salud, como se ha apreciado en el análisis anterior las adolescentes que son madres o están gestando en la actualidad desconocen en su mayoría cualquier tipo de información que les permita acceder a los programas y actividades preventivas en SSR en el municipio; lo cual denota falta de acceso real a los servicios de salud.

El 61% de las jóvenes San Anteranas tienen deficiente acceso a los servicios de salud en lo relativo a la necesidad de ser educadas sobre SSR. También se observa que existió falta de información 37% entre las adolescentes de la zona rural para que su asistencia fuera notoria en los centros de accesos de servicios de SSR (Riohacha- Colombia) lo cual es un determinante estructural de importancia para el tema en estudio (97, 98).

En países con baja tasa de EA se ha demostrado que esto se debe a que la educación sexual comienza en la escuela primaria y 13.7% de adolescentes embarazadas escolarizadas, recibieron educación sobre SSR por entidades del sector salud; 36.7% por charlas, 21.4% internet, 15% por TV, 8.7% por amigos, 3,2% biblioteca, radio y periódico 0.6% (97, 98).

En el determinante estructural socioeconómico “ocupación”, evidencia el predominio del trabajo doméstico no remunerado entre las adolescentes gestantes situación que de por sí las limita a cumplir otros roles sociales en particular la actividad económica; sin desmeritar la gran importancia e influencia de cumplir con el sostenimiento de un hogar (95, 96, 97).

Colombia y Ecuador comparten similitudes en cuanto al 20% de las adolescentes gestantes y madres que tienen sus hijos en la adolescencia temprana (de 10 a 14 años) en cuanto a que éstas se dedican a cumplir con el papel de los oficios del hogar. Acerca del porcentaje de adolescentes en etapas media y tardía se aprecia que las estadísticas del municipio de San Antero son duplicadas en comparación con las estadísticas de los países en los cuales las jóvenes tienen actividades económicamente productivas; son ejemplo de ello El Salvador y otros países centroamericanos en los que se registra “laborar” como Ocupación predominante. También se indagaron las estadísticas porcentuales de regiones parecidas como Riohacha- Colombia 66% de estas jóvenes se dedican a esta ocupación; porcentaje que solo por 0.8% está alcanzando las cifras de las jóvenes san Anteranas. Siendo estos los porcentajes que disminuyen entre estas adolescentes la posibilidad para cumplir sus sueños ya sea por disponibilidad de tiempo, falta de apoyo familiar, de pareja o llanamente no cuenten con los recursos económicos (95, 96, 97).

El tercer determinante estructural identificado con influencia probable sobre los embarazos en la adolescencia en San Antero (Córdoba, Colombia) es el sociocultural, por cuanto en las familias existe la práctica común de embarazos a temprana edad, siendo ésta una condición aceptada socialmente por generaciones la cual tiene una influencia de las costumbres étnicas y la raza que mayor predominio tuvo en el municipio entre madres adolescentes y gestantes adolescentes fue la afrodescendiente 52% y 48% ocupo el resto de las etnias consultadas; mientras que 30.6% de la población brasilera fue afrodescendiente en edades comprendidas entre 15 a 19 años a diferencia de la población San Anterana que supera en un 14% a la población brasilera; comparando está población con la afrodescendiente Ecuatoriana, esta representó un 8,81%, cifra que no duplica la población sujeto de estudio; predominaron otras razas. Mientras que en EEUU la tasa es de 51 de 1000 nacimientos en mujeres de raza negra y el 22 por 1000 nacimientos son de otras razas y a nivel nacional el comportamiento de esta raza estuvo en 16,4% (99, 37, 100, 36).

Los determinantes intermedios identificados en la muestra analizada son relativos a factores biológicos como la edad, a las conductas, estilos de vida, pertenencia a grupos y redes de apoyo social, motivo de inicio de vida sexual.

Entre los determinantes intermedios se encontró que en el factor biológico edad, predispone a la existencia de diferencias marcadas en el comportamiento del embarazo adolescente en el municipio en relación con la misma; se aprecia que en comparación con países con alto nivel de desarrollo como China y los pertenecientes a la región de América Latina que las jóvenes del municipio triplican las cifras de embarazos en adolescentes en otras latitudes e incluso superando la tasa de África Subsahariana (101).

Con respecto a la edad como determinante intermedio del grupo de las condiciones biológicas (edad) se identificó que 98% de las adolescentes están o estuvieron embarazadas a la edad entre 15 a 19 años cifras porcentuales que superan a países como China con 2%, países de América Latina 18% y África Subsahariana (50%), este condicionante biológico causa alarma por el alto porcentaje en comparación con países desarrollados y subdesarrollados, se ha analizado antes como el determinante sociocultural propio de la etnia favorece estas situaciones en el municipio; al calcular la razón de riesgo (RR) se identifican 48 adolescentes embarazadas en San Antero por cada adolescente en la misma condición en China; en cuanto en la comparación de los países de América Latina como región se aprecia una razón de riesgo de 5:1 que se interpreta en el sentido de 5 adolescentes embarazadas en San Antero por cada adolescente gestante en la región; al comparar los riesgos con el África Subsahariana, que es el país que tiene la más alta fecundidad en las etapas de la adolescencia, la razón de riesgo corresponde a 2:1 indicativo que por cada dos adolescentes gestantes en el escenario del estudio hay una adolescente gestante en África Subsahariana; este último dato debido a la importancia internacional del indicador de fecundidad indica la alarma que debe activarse en el municipio de San Antero (Córdoba, Colombia) (101).

Gráfico 35. Clasificación de los determinantes sociales del embarazo intermedios en adolescentes en San Antero.

TIPO DE DETERMINANTE	CATEGORÍA DEL DETERMINANTE	%	COMPARATIVO
Intermedios	**CIRCUNSTANCIAS MATERIALES DE VIDA Y TRABAJO**		
	Acceso a servicios públicos: Deficiente	**56**	86.7% de los casos no tienen agua potable, considerando que el 26.7% de la población carece de drenaje y 30% de las familias disponen la basura al aire libre o la queman (102).
	CONDUCTAS, ESTILOS DE VIDA Y FACTORES BIOLÓGICOS		
	Edad: 15 a 19 años	98	2% en China (101). 18% en América Latina (101). 50% en África Subsahariana (101)
	Grupos y redes de apoyo social: Deficiente	**99**	81% de los participantes presentó un bajo nivel de conocimientos frente a la sexualidad (103).
	Motivo de inicio de vida sexual: Decisión propia	**99**	El principal motivo para iniciar su vida sexual fue el estar enamoradas según el 72,7 % (104). Esta asociación podría explicarse por el hecho de que más del 60 % de las adolescentes después de los 16 años inician relaciones sentimentales de noviazgos y su novio o pareja la incita a tener relaciones sexuales (104). 61% de las adolescentes, menciono tener relaciones sexuales con su pareja por amor propio (Riohacha-Colombia) (97).

Fuente: Análisis de los datos del estudio y fuentes de información confiables de los Estados relacionados contrastados con la teoría de los determinantes sociales de la salud

El análisis de las relaciones de causa-efecto entre las variables que conforman cada tipo de determinante social de la salud, permite evidenciar interrelaciones directas e indirectas entre ellos; observándose retroalimentación positiva entre el determinante estructural “ingresos” con los determinantes de estilos de vida y redes de apoyo social. Es así como bajo la interrelación de los determinantes estructurales e intermedios, se afectan unos con otros.

El estrato socioeconómico (pobreza); directamente influye en los siguientes determinantes intermedios, tales como deficiencia en los accesos públicos, residencia, régimen de seguridad y estado civil. Por tanto el determinante estructural

socioeconómico establece un refuerzo efecto directo sobre otros condicionantes, lo que potencia su efecto como determinante social de embarazo.

Uno de los indicadores de pobreza (afín con el estrato socioeconómico bajo) encontrado en la muestra de participantes es el porcentaje desfavorable frente al acceso de los servicios públicos con el 56% de las adolescentes San Anteranas, 14% tiene dificultad para obtención del agua potable y el no acceso al servicio de aseo; los cuales además en su conjunto proporcionan contaminación del medio ambiente 43% de las jóvenes de la zona rural y urbana, no existiendo respaldo por la administración con las coberturas para la totalidad de los mismos, estos condicionantes a largo del tiempo afectan la salud de la adolescente embarazada o madre adolescente; dependiendo de las condiciones de vulnerabilidad.

En México se expresa 86.7% de los casos de gestaciones en la adolescencia no cuentan con agua potable, considerando que el 26.7% de la población carece de drenaje y 30% de las familias disponen la basura al aire libre o la queman, siendo estos porcentajes variados entre la comunidad San Anterana y lo expresado por la comunidad intervenida en México. La dificultad de estos servicios se ubica en zonas rurales o de mayor vulnerabilidad; es de evidenciar que son pocas las investigaciones que evalúan estos condicionantes dentro de sus interrogantes (102).

Es de anotar que en las búsquedas de información se halló poca evidencia entre las investigaciones sobre el trabajo que deben brindar las redes de apoyo como eje para la prevención de embarazos en la adolescencia, pero se contempla 81% de los participantes presentó un bajo nivel de conocimientos frente a la sexualidad en un estudio que se realizó en Armenia Colombia, cifra des alarmante ante este fenómeno social y de mayor preocupación en la comunidad San Anterana con un 99% (103).

Después de más de dos décadas de vigencia de los programas de SSR, es poco comprensible que en el municipio las adolescentes tengan relaciones sexuales en mucho de los casos sin protección anticonceptiva, pero sobre todo que desconozcan las facilidades que les brinda el Estado Colombiano para tener una SSR eficaz.

Acerca de los estilos de vida, como posibles determinantes sociales intermedios para embarazo adolescente, se identificó que 99% de las jóvenes inician su vida sexual por “decisión propia”, a manera independiente de su estado civil todo ello influenciado al parecer de manera directa por los condicionantes socioculturales asociados a la etnia afrocolombiana como ya se ha dicho antes en los determinantes estructurales; con lo anterior se puede deducir que la decisión de iniciar la vida sexual no sería considerado como un determinante intermedio del grupo de los estilos de vida, para la problemática del embarazo en la adolescencia (104).

5. DISCUSIÓN

El estrato socioeconómico emerge como el principal de los determinantes estructurales, pues tuvo mayor influencia entre las madres y gestantes adolescentes, pues esta condición influye sobre un conjunto de condicionantes asociados a la pobreza que también son caracterizados bajo la figura de los determinantes intermedios como son los patrones socioculturales que demarcan los estilos de vida, así como cierto tipo de permisividades de orden social-cultural propio de las etnias afrodescendiente (25).

Al comparar los hallazgos de San Antero con los obtenidos por Ramos y colaboradores, se identifican semejanza en cuanto al desconocimiento del contenido de la información acerca de la SSR que ofrecen los programas de promoción y prevención; así mismo se han encontrado diferencias en cuanto a las cifras porcentuales de inasistencia a los programas dirigidos a la atención de la adolescente en condición de embarazo o madre adolescente que fueron significativamente mayores en el estudio de Briceño; situaciones que denotan las falencias en la aplicación de las políticas nacionales destinadas a la población de adolescentes en los entes territoriales. (33).

Dentro de esta discusión es de importancia considerar el cumplimiento de la norma legal respectiva relativa a la SSR se identifica que existe entre los gobernantes del municipio y en la entidad de salud municipal un descuido en el cumplimiento de sus funciones acerca de las políticas públicas que atender a favor de los adolescentes, en particular en lo relacionado con la educación para la salud. (24).

En cuanto a la dimensión de “Sexualidad y Derechos Sexuales y reproductivos contenidos en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) existen estrategias nacionales para abordar a las adolescentes en mayor riesgo de quedar

embarazadas a temprana edad contribuyendo a mitigar este fenómeno social que al parecer no se están cumpliendo a cabalidad en el municipio de San Antero (Córdoba, Colombia); las cuales han sido formuladas o emitidas como una fórmula para controlar los estilos de vida que actúan como determinantes intermedios o que tienen influencia sobre los embarazos en la adolescencia como factor social de importancia; a pesar que las acciones de los PIC se realizan en apariencia de forma adecuada en el municipio de San Antero se observa que el embarazo adolescente es un fenómeno en crecimiento, así mismo la evidencia advierte que la información sobre SSR no está llegando en debida forma a la población focalizada que para el caso son las jóvenes púberes y adolescentes residentes en el municipio en sus áreas rural y urbana tal vez debido a falencias en los procesos administrativos de seguimiento y control del cumplimiento de las actividades (62, 63, 64, 65, 66).

El hallazgo acerca del determinante estructural acceso a los servicios de salud, permite evidenciar que en el municipio se incumple con lo establecido en el Plan Nacional de Salud Pública (PNSP), que entre sus estrategias contiene la implementación de Servicios Amigables, para ser ajustadas por IPS públicas y privadas del Estado, basándose en la atención en Salud Sexual y Reproductiva (SSR); tales falencias educacionales en salud, se revierten posteriormente o muestran su efecto en uno de los determinantes intermedios que se relaciona con los estilos de vida (64).

La comparación de los datos estadísticos acerca de la edad de las adolescentes de San Antero, permiten que se aprecie similitud con los resultados acerca de los rangos de edad obtenidos por Contreras – Pulache. En el presente estudio ésta variable “edad” emergió como un importante determinante intermedio relativo a las condiciones biológicas, denotando importantes brechas estadísticas con las obtenidas en otras regiones y países; este determinante debe ser intervenido utilizando las estrategias definidas a nivel nacional.

La contrastación de los resultados del estado civil permite apreciar un comportamiento inverso a los hallazgos de Contreras-Pulache pues en comportamiento de esta condición en San Antero evidencia el predominio de la Unión Libre, en tanto que en el estudio citado predomina el grupo de solteras (75).

En concordancia con el mismo estudio citado, se encontraron similitudes en relación con los motivos del embarazo adolescente pues en ambos casos, fue producto de relaciones sexuales consentidas; en cuanto al embarazo producto de violencia sexual las cifras permiten evidenciar que si bien éste es un evento infrecuente en ambos estudios, en la investigación de Contreras-Pulache representa una frecuencia cuatro veces mayor que la obtenida en San Antero (Córdoba, Colombia). También se apreciaron similitudes en cuanto al a las bajas frecuencias de la planificación familiar (75, 85).

6. CONCLUSIÓNES

El estado socioeconómico actúa como el principal de los determinantes sociales estructurales de los embarazos en adolescentes en el municipio de San Antero. A nivel de los determinantes sociales de la salud estructurales (pobreza, socioculturales) e intermedios (estilos de vida, edad), se determinó la presencia de unas relaciones intrínsecas entre ellos en la muestra de adolescentes participantes del estudio. Entendida la interrelación de ambos determinantes en el conjunto relacionado con las circunstancias materiales de vida y trabajo más las conductas, estilos de vida y factores biológicos de las adolescentes; estos componentes se influencian y refuerzan en su actuar como determinantes sociales de los embarazos en adolescentes.

En el desarrollo de la investigación se determinó que la gran mayoría de adolescentes de la comunidad San Anterana se embarazan en las edades entre 15 a 19 años, lo cual permitió identificar esta condición como un determinante intermedio del grupo de los determinantes biológicos; el cual tiene una relación aparente de causalidad con otro de los determinantes estructurales relacionado con la raza pues los estilos de vida que promueven los patrones socioculturales de las etnias afrodescendientes permiten condiciones familiares que propician la gestación a temprana edad.

Como determinante estructural relativo al acceso a los servicios de salud y a la educación para la salud, se identifica que las madres y gestantes adolescentes desconocen acerca del programa de servicios amigables y por tanto nunca han recibido esta atención, que tal vez se presentó por la ausencia del profesional de salud encargado de esta actividad en la comunidad o en los colegios; pero se esclarece que una franja estadística recibió alguna forma de educación sexual por otros tipos de redes como PIC 43% y hogares FAMI-ICBF antes y/o después del embarazo.

RECOMENDACIONES

- **A las autoridades nacionales y municipales**

Implementar estrategias efectivas y eficientes para el cumplimiento del Objetivo de Desarrollo del Milenio 1, orientado a la reducción de la pobreza, debido a que ésta fue identificada como un determinante de importancia en la problemática del embarazo adolescente al evidenciarse que a medida que se reducen los niveles de pobreza de un país o región, en el mismo sentido se reducen las frecuencias esperadas de embarazos en adolescentes.

- **A la ESE CAMU del municipio**

A través de la estrategia información, educación y comunicación se deben buscar los medios para tener acceso al servicio; con el fin de que las adolescentes aprendan a tener una vida sexual sana, responsable y segura. Se simplifica en este punto que la idea es resaltar entre los adolescentes que esta etapa debe ser vivida con el mayor de las buenas decisiones a tomar, bajo la educación de sus padres o las emitidas por entidades en salud y en dado momento afrontar cualquiera de las consecuencias producto de una relación sexual sin protección.

- **A la Universidad de Córdoba**

Ampliar el área de investigación, hasta determinar las influencias y efectos de las redes de apoyo sociales, familiares y comunitarias dirigidas a las adolescentes gestantes o madres en los municipios

REFERENCIAS

1. Tambini G. Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud. América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo. Ciudad de Panamá, 28 de febrero de 2018 (OPS/OMS)**.**

2. Bernardi, R. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Informe anual 2017 UNICEF Colombia. https://www.unicef.org.co/informe2017/es/pdf.pdf.

3. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud https://www.who.int/topics/social_determinants/es/.

4. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Nacimientos-2017. Preliminar.Cuadro13-Nacimietos. Cifras definitivas 2017 Con corte a 7 de noviembre de 2018 (publicadas el 21 de diciembre de 2018).Disponible.

5. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Observatorio del Bienestar de la Niñez. Embarazo en adolescentes, generalidades y percepciones.

6. Blázquez J. Los Anticonceptivos en la Antigüedad Clásica. Real Academia de la Historia. 2003. file:///D:/Downloads/los-anticonceptivos-en-la-antigedad-clsica-0.pdf.

7. Barrantes-Valverde, K, Cubero-Cubero, MF. La Maternidad Como un Constructo Social Determinante en el Rol de la Feminidad. Univ. de Costa Rica. 9(1): 29-42, 2014/ISSN: 1659-2017.

8. Molina, ME. Transformaciones Histórico Culturales del Concepto de Maternidad y sus Repercusiones en la Identidad de la Mujer. Psykhe [Internet]. 2006; 15 (2):93-103.

9. Llanes, N. Significaciones de la Maternidad Adolescente Entre Mujeres Jóvenes Residentes en Tijuana-México. 2014. http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/becas/20140709030823/InformeFinalCorregido.pdf.

10. Llanes, N. Acercamientos Teóricos a la Maternidad Adolescente como Experiencia Subjetiva. Año 2012, pp. 235-266. http://www.scielo.org.mx/pdf/soc/v27n77/v27n77a7.pdf.

11. Breilh J. La Determinación Social de la Salud como Herramienta de Transformación hacia una nueva Salud Pública (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31(supl 1): S13-S27.

12. Acero A, M, Caro R, IM, Henao K, L, Ruiz E, LF, Sánchez V, G. Determinantes Sociales de la Salud: postura oficial y perspectivas críticas. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2013; 31. 103-110. Disp. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12028727010.

13. González-Almontes, E. Elementos Teóricos para el Análisis del Embarazo Adolescente. Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana ISSN 1984-6487. 2014; 17. 98-123.

14. Lamas, M. "Aborto, derecho y religión en el siglo XXI". En: DEBATE FEMINISTA, AÑO 14. VOL 27. ABRIL 2003, México D.F. Pág. 139-164.

15. Caballero-Gonzáles, E, Moreno-Gelis M. Sosa-Cruz M. Los Determinantes Sociales de la Salud y sus Diferentes Modelos Explicativos. Artículo Original 2012. http://bvs.sld.cu/revistas/infd/n1512/infd06212.htm.

16. Castilla M. Guerra M. Villadiego E. Salud Pública. Un Campo de Confrontación del Paradigma Disciplinar y Transdisciplinar. Revista Avances en Salud. Vol. N° 2/ Julio-Diciembre de 2018.

17. Villar- Aguilar, M. Factores Determinantes de la Salud: Importancia de la Prevención. Artículo de opinión. Acta Med Per 28(4) 2011. http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v28n4/a11.pdf.

18. Ibarra-Bustos, C. "La relación entre la clase social y las desigualdades en salud: una aproximación desde las nociones de modos de vida y factores críticos de exposición". http://www.fes-sociologia.com/files/congress/10/grupos-trabajo/ponencias/362.pdf.

19. Lewis, O. La cultura de la pobreza. Pensamiento Crítico, Habana, agosto de 1967, número 7, páginas 52-66. http://www.filosofia.org/rev/pch/1967/pdf/n07p052.pdf.

20. Barragán, H. Fundamentos De Salud Pública. Los determinantes de la salud Influyen sobre la Salud de las poblaciones.http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wpcontent/uploads/2013/12/DeterminantesSociales.pdf.

21. Wilkinson R, Marmot M. Determinantes sociales de la salud: los hechos irrefutables. Instituto PROINAPSA-UIS; centro colaborador de la OPS/OMS en Colombia en promoción de la salud y salud sexual y reproductiva. OMS 2003. ISBN 92-890-1287-0. http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd90/1008WILdet.pdf.

22. Pascale, A. Consumo De Drogas Durante El Embarazo. Efectos sobre el binomio materno-fetal, recién nacido y primera infancia. Modalidades terapéuticas y estrategias de prevención.http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2015/07/Consumo-de-drogas-durante-el-embarazo-Revision-MSP.pdf.

23. Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Protocolo de Atención a la Embarazada Menor de 15 años.

24. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Estado Mundial de la Infancia 2011. La Adolescencia una Época de Oportunidades. Únete por la niñez.

25. Frenz, P. Desafíos en Salud Pública de la Reforma, Equidad y Determinantes Sociales de la Salud. Rev Chil Salud Pública 2005; Vol 9 (2): 103- 110. https://core.ac.uk/download/pdf/46548444.pdf.

26. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Estado Mundial de la Infancia 2011. La Adolescencia una Época de Oportunidades. https://www.unicef.org/bolivia/UNICEF__Estado_Mundial_de_la_Infancia_2011__La_adolescencia_una_epoca_de_oportunidades.pdf.

27. De la Torre-Ugarte-Guanilo, M, Oyola-García, A. Los Determinantes Sociales de la Salud: una propuesta de variables y marcadores/indicadores para su medición. Revista Peruana de Epidemiología. 2014; 18 (1):1-6.

28. Organización Mundial de la Salud (OMS). Promoción de la Salud. Conferencias Mundiales de Promoción de la Salud.

29. Ibarra-Bustos, C. “La relación entre la clase social y las desigualdades en salud: una aproximación desde las nociones de modos de vida y factores críticos de exposición”. http://www.fes-sociologia.com/files/congress/10/grupos-trabajo/ponencias/362.pdf.

30. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. Volumen 87; junio de 2009, 405.484.

31. León P, Minassian M, Borgoño R. Embarazo Adolescente. Revista pediátrica Electrónica. 2008, Vol 5, N° 1. ISSN 0718-0918.

32. Rached-Paoli, I. Evaluación y Situación Nutricional de la Embarazada en el Centro de Atención Nutricional Infantil Antímano CANIA. Anales Venezolanos de Nutrición. Caracas 2005; Vol. 18, N 1.

33. Días- Curbelo, A. Velasco-Boza, A. Gutiérrez-López, J. Embarazo en la adolescencia, un problema de salud en el policlínico "Efraín Mayor Amaro" del Cotorro, La Habana. Revista cubana de obstetricia y ginecología. Volumen 45, Número 2 (2019).

34. Ramos-González, K. Marín- Carrillo, M. Solano- Mercado, L. Evaluación de la demanda inducida intramural en gestantes adolescentes en la E.S.E. Camu Divino Niño del Municipio de puerto libertador córdoba. Barranquilla, Atlántico. Maestría en auditoria y sistemas de la calidad en servicios de salud. 2018.

35. Vides- Torres, S. Allan- Fernando, D. Caracterización sociodemográfica clínica de adolescentes embarazadas. Artículo de investigación. Archivos de Medicina. Vol. 13 No. 1: 4. ISSN 1698-9465.2017.

36. Bueno-Villar M, Nieves-Martínez M, Jurado-Mejía Y. Factores presentes en el embarazo en adolescente en una institución de salud de Riohacha. Enfermera, Estudiante de Epidemiología Universidad Cooperativa de Colombia Seccional Santa Marta.2019.

37. Royo, M. Determinantes del embarazo en adolescentes en Colombia: Explicando las causas de las causas ISBN: 978-958-8164-51-9. Profamilia. Bogotá, D.C. junio de 2018.

38. Pupiales-Carlosama, J. Quespaz-Cuamacás, C. Análisis de factores de riesgo individuales y familiares relacionados al embarazo en adolescentes de las etnias indígena, mestiza y afro que acuden a los centros de salud de Carpuela, la esperanza, salinas, san antonio, Zuleta, del canton ibarra. Quito- Ecuador. Disertación previa a la obtención de título de especialista en medicina familiar y comunitaria. Septiembre a diciembre 2016.

39. Carballo, V. Gonzales, Percepción de los integrantes del equipo de salud sobre el apoyo familiar a la embarazada adolescente. Montevideo-Uruguay. Facultad de Enfermería. 2013.

40. Velasteguí-Eguez, J. Hernández-Navarro, M. Complicaciones perinatales asociadas al embarazo en adolescentes de Atacames. Volumen 34, Número 1 (2018).

41. Icaza-Cárdenas, J. Vásquez-Cedeño, D. Anemia en embarazadas menores de 20 años y su relación con el bajo peso del recién nacido; hospital materno infantil Mariana de Jesús, segundo semestre de 2012. Rev.Med.FCM-UCSG, Año XX, Vol. 18 Nº3 (2014). 2.

42. Gutiérrez, M. La Planificación Familiar como Herramienta Básica Para el Desarrollo. Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública. 2013; (30): 3. 465-70.

43. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Objetivos de Desarrollo del Milenio. 2019. https://www.undp.org/content/undp/es/home/sdgoverview/mdg_goals.html.

44. Cáceres-Manrique, FM, Molina-Marín, G. Inequidades Sociales en Atención Materna. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2010; 61(3):231-238.

45. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y su Protocolo Facultativo. Hacia una mayor equidad. R. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Primera edición: abril, 2012. http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/7_cartilla_pidescypf.pdf.

46. Universidad de Salamanca. Organización de las naciones Unidas. https://www.un.org/es/globalissues/youth/.

47. Programa de las Naciones Unidas (PNUD). Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019. (ODS).

48. Hernández, A. El Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia (Ley 100 de 1993): entre modelo de sostenimiento económico y la defensa constitucional del derecho fundamental a la salud. Egresada del programa de Derecho. Universidad Católica de Colombia. 2016.

49. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). La Salud es Para Todos. Comportamiento del Aseguramiento.

50. Corte Constitucional de Colombia. Constitución Política de Colombia de 1991 del 4 de julio. Actualizada con los Actos Legislativos a 2016. Acto Legislativo 1 de 2000. Diario Oficial 44138-1.

51. Gonzales-Gómez, Y. El Papel del Docente en la Educación para la Sexualidad: algunas reflexiones en el proceso educativo escolar. Revista Actualidades Investigativas en Educación. Septiembre de 2015; 15. (3):1,15.

52. Colombia. Ministerio de Educación. Ley General de Educación 0115 febrero 8 de 1994. Diario Oficial No. 41.214.

53. Colombia. Ministerio De Educación Nacional (Mineducación). Resolución 3353 de 02 de Julio De 1993. Revista Legislación Económica N°:982, 1 de septiembre 1993. PG. 272.

54. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución Número 3384 de diciembre 29 de 2000.

55. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia en el Marco de Derechos. Manual para su aplicación "Por el interés superior del Niño". Abril de 2005.

56. Colombia. Bienestar Familiar (ICBF). Atención a Adolescentes y Mujeres Mayores de 18 años Gestantes o en Periodo de Lactancia.

57. Congreso de la República. Código de Infancia y la Adolescencia. Ley 1098 de noviembre 8 de 2006. Diario Oficial No 46.446.

58. Corte Constitucional. República de Colombia. Sentencia C-355/06 http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria//c-355-06.htm.

59. Colombia. Congreso de la República. Prevención de la violencia sexual y Atención Integral de los Niños, Niñas y Adolescentes Abusadas Sexualmente. Ley 1146 de julio 10 de 2007. Diario Oficial No 46.685.

60. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Profamilia. Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.

61. Colombia. Congreso de la Republica. Ley 1122 de enero 9 de 2007. Diario Oficial No 46.506.

62. Colombia. Congreso de la Republica. Ley 1438 del 19 de enero de 2011. Diario Oficial No 47.957.

63. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Decreto 3039 de agosto 10 de 2007. Diario Oficial No 46. 716.

64. Gómez- Rivadeneira, A, Caicedo- Montaño C. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. N° 6 Julio-Diciembre 2014.

65. Colombia. Sistema Único de Información Normativa (Minjusticia). Resolución 1841 de 28 de mayo de 2013 Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Diario Oficial. Año Cxlix. N. 48811 04, Junio, 2013. Pág. 9.

66. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 3738 de 30 de agosto de 2011. Diario Oficial No. 48.179 de 1 de septiembre de 2011.

67. Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Plan de Acción de Salud Primeros 1000 días de Vida Colombia 2012-2021.

68. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. Resolución 459 de 6 de marzo de 2012. Diario Oficial No 48.367.

69. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Ruta de Atención en Salud para la Prevención del Embarazo en la Adolescencia. CONPES 147 Social del 31 de enero de 2012. Prevención del embarazo subsiguiente.

70. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 0412 de febrero 25 de 2000. Conferida del Art. 173 de la ley 100/93.

71. Colombia. Ministerio de Protección Social. Política de Atención Integral en Salud para la Población Materno Perinatal. Resolución 3280 del 02 de agosto de 2018. Diario Oficial No 50.674.

72. Ortiz- Villalobos, R. Bañuelos- Franco, A. Perfil obstétrico y neonatal de adolescentes atendidas en el hospital general de occidente de Jalisco, México. Rev Cubana Obstet Ginecol. vol.41 no.4 Ciudad de la Habana oct.-dic. 2015.

73. Contreras-Pulache, H. Mori-Quispe, E. Hinostroza-Camposano, W. Características de la violencia durante el embarazo en adolescentes de lima, Perú. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2013; 30.3: 379-85.

74. Cielo-Vílchez, S. Determinantes de la salud en madres gestantes adultas que acuden al centro de salud cisco, 2014. Universidad católica los ángeles Chimbote.

75. Mejía-Mendoza, M. Gil- Hernández, E. Condiciones socioculturales y experiencia del embarazo en adolescentes de Jalisco, México: estudio cualitativo. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 66 No. 4. Octubre-Diciembre 2015 • (242-252).

76. Gómez- Mercado, C. Montoya- Vélez, L. Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño, 2012. Rev. Salud Pública. 16; 3. 394-406, 2014.

77. Castro- Morales, A. Determinantes sociales de salud del embarazo en adolescentes atendidas en la IPS bienestar activa del Departamento de Córdoba año 2015. Universidad de Córdoba 2016, Montería.

78. Alcaldía Municipal de San Antero. Sistema de gestión integrado. Gestión salud. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Código GS-SP-P02. Versión 2.0.

79. Empresa social del estado. Iris López Duran. Servicios amigables. Nit. 812002993-3. San Antero, Córdoba.

80. Alcaldía Municipal de San Antero. Planeación Territorial. Manejo del aplicativo de la secretaria de planeación. Código PT-P15.Versión 2.0

81. Alcaldía Municipal de San Antero. Gestión Educativa. Gestión y Vigilancia. Código GE-131-21-01. Versión 2.0.

82. Departamento nacional de planeación. TerriData (sistema de estadísticas territoriales, san antero). El futuro es de todos.

83. Alcaldía Municipal de San Antero. Sistema de Selección de Beneficiarios Para Programas Sociales. Manejos de aplicativos de la secretaria de planeación. Código PT-P15. Versión 2.0.

84. Chica-Fuentes, D. Plan de desarrollo 2016-2019. "por el sentir de un pueblo paz y equidad social". Acuerdo municipal No 006 del 23 de mayo de 2016.

85. Empresa social del estado. Iris López Duran. Sistema de información y atención al usuario SIAU. Nit 812002993-3.

86. Hernández -Sampieri, R, Fernández-Collado, C, Baptista –Lucio, P. Metodología de la investigación. México 2006. 4ª Edición ISBN: 970-10-5753-8. https://investigar1.files.wordpress.com/2010/05/1033525612mtis_sampieri_unidad_1-1.pdf .

87. Alcaldía Municipal de San Antero. Gestión Salud. Aseguramiento al régimen subsidiado en salud. Código GS-AS-PO2. Versión 2.0.

88. Manterola, C, Tamara O. Los Sesgos en Investigación Clínica. Inti. J. Morphol., 33(3):1156-1164, 2015.

89. Colombia. Ministerio de Salud. Consejo Nacional de Salud. Resolución 8430 de octubre 4 de 1993. Artículos 18, 21, 22; 31, 32; 37 y 38. Disponible en el Diario Oficial N° 49427.

90. Colombia. Código Civil. Ley 820 de julio 10 de 2003. Artículos 313 y 314. Disponible en el Diario Oficial N° 46244 de 2003.

91. Mendoza W. Subiría G. El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas. Rev Perú Med Exp Salud. Publica. 2013; 30(3):471-9.

92. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Embarazo en adolescentes. República dominicana.

93. Ministerio de salud pública y asistencia social. Guía de prevención del embarazo en la adolescencia en Guatemala. Creciendo juntos responsablemente. "Prevenir con educación".

94. Martínez de toda tobía. S. El fracaso escolar en el embarazo adolescente. Universidad de la rioja. 2015/2016.

95. Prevención del embarazo en adolescentes. Con perspectiva de género y enfoque de derechos humanos. “Hacia una política nacional”. República dominicana, marzo 2011.

96. Espinoza- Salvado, I. Espinoza-Turcios, E. “Proporción y características clínico-epidemiológicas de adolescentes embarazadas, en las zonas de influencia, atendidas por médicos en servicio social, durante el período agosto 2015-2016. Universidad nacional autónoma de honduras.

97. Delgado- Velázquez, R. Martinez-Posso, M. Aspectos epidemiológicos sobre adolescentes embarazadas en un área del municipio El Salvador, Guantánamo. Rev Inf Cient. 2017; 96. 3:346-354.

98. Bueno-Villar, M. Nieves-Martínez, M. Jurado-Mejía, Y. Factores presentes en el embarazo en adolescente en una institución de salud de Riohacha 2016-2018.

99. Fondo de población de las naciones unidas UNFPA. Fecundidad y maternidad adolescente en el cono sur. Apuntes para la construcción de una agenda común. 2016.

100. Garnica- Rosas, L. Prevalencia y factores asociados al embarazo y su reincidencia en adolescentes colombianas. Universidad del rosario. Julio 2012.

101. Jiménez-Gonzales A. Granados – Cosme M. Embarazo en adolescentes de una comunidad rural de alta marginalidad. Un estudio mixto de caso. Salud pública de México / vol. 59, no. 1, enero-febrero de 2017.

102. Hernández- Ávila, A. Barrera- Rodríguez, E. Castañeda-Porras, O. cc, 2013-2014. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 68 No. 3 Julio-Septiembre 2017 (168-175).

103. Sala situacional maternidad y paternidad temprana (10 a 19 años). Equipo de análisis, condiciones, calidad de vida salud y enfermedad. Subred sur occidente E.S.E 30 de junio de 2018.

104. Análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad. El embarazo en adolescentes en la localidad de Kennedy año 2017, desde una mirada descriptiva. 2018.

ANEXOS

(Anexo A)

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA MAESTRIA EN SALUD PUBLICA

acreditada INSTITUCIONALMENTE

Montería, 10 de julio de 2019

Doctor
LUIS FERNANDO ATILANO VELLOJIN
Médico General. Universidad del Sinú Bechara Zainúm, sede Montería
Médico de Sala de Trauma y Fracturas de a E.S.E San Jerónimo de Montería.
Número Cel. 3007850097
Montería

Cordial saludo

El Comité de Acreditación y Currículo de Post Grados de la Facultad de Ciencias de la Salud, ha avalado el trabajo de grado del estudiante de tercer semestre de Maestría en Salud Pública Ladys Lucía López Ladeuth cuyo tema de enfoque netamente cuantitativo denominado **DETERMINANTES SOCIALES Y EMBARAZOS EN ADOLESCENTES DE SAN ANTERO, 2019; es** dirigido por la docente Magister Concepción Amador Ahumada.

Para proceder a la fase de toma de información, se ha diseñado un instrumento que corresponde a dos aspectos: cuestionario de entrevista estructurada que se aplicará a quienes cumplen los criterios de inclusión; para proceder a su debida aplicación se requiere de la validación del instrumento (que se anexa) por parte de un panel de expertos en la temática desde la perspectiva asistencial, docente e investigativa; con base en su área de desempeño y experiencia usted ha sido seleccionado como miembro del panel de expertos. En este primer contacto, si usted está en disponibilidad puede realizar sus valiosos aportes, como contribución al enriquecimiento y rigurosidad de esta investigación. La cual consistirá en valorar el instrumento diseñado aportando si así lo considera recomendaciones de mejora y una valoración cuantitativa (de 1 a 5) de la idoneidad del instrumento presentado según formato adjunto. Puede contactar con la estudiante al celular 30059924611

Agradezco de antemano su atención y colaboración

Atentamente,

CONCEPCIÓN AMADOR AHUMADA
Coordinadora Maestría en Salud Pública

Luis Atilano V.
Recibido 15/07/2019.

(Anexo B)

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA

"VIGILADA MINEDUCACIÓN"

acreditada INSTITUCIONALMENTE

INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
MONTERÍA – CÓRDOBA

CUESTIONARIO: DETERMINANTES SOCIALES Y EMBARAZOS EN ADOLESCENTES DE SAN ANTERO CÓRDOBA 2019.

Objetivo: recolectar los datos concernientes de la fuente primaria que permita establecer la caracterización de los determinantes sociodemográficos frente a los determinantes sociales de la salud y los embarazos en adolescentes en el Municipio de San Antero, Córdoba durante los primeros seis meses del presente año.

PARTE I. CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA.

Responda de acuerdo a la pregunta **Fecha**: _____

Marque con una **X**

1. **Tipo de Identidad** RC___ TI___ CC___ NA___

2. **Edad** 10-14 años____ 15-19 años____

3. **Estado civil**
Unión libre____ Viuda ____
Casada___ Soltera___
Divorciada____ otras _____

4. **Región del departamento** Sabana___ Costera ___

5 ¿Quiénes cuidaron de tu crianza siendo niña?

Padres ____ Abuelos ___
Tíos ____ Hermanos ___
Otros ___

6. **Área de residencia**
Urbano____ Albergue___
Rural ____ Condición de desplazamiento ___
Asentamientos suburbanos ____

7. **Situación de convivencia**
Con los padres, hermanos u otros familiares___ Con la pareja e hijos___
Con los cuidadores ___ Con la pareja y su mamá ___
Con la pareja ____ Casa de mis papás ____
Vive sola ____ Otro ___

8. **Tipo de vivienda**
Casa familiar ___ Cuarto en inquilinato ___
Casa familiar del esposo/cónyuge ___ Vivienda indígena ___

Apartamento arrendado ___ Otro___

9. **Ambiente físico**
Acceso al agua potable. Sí___No ___
Acceso a alimentación con calidad (frutas, vegetales, proteínas, Carbohidratos). Sí ____ No___
Acceso a saneamiento básico. Sí ____ No ____
Calidad del aire (queman basuras, cocinan con leña, cercanía a minas, contaminantes) Si___ No___
Acceso al servicio de fluido eléctrico. Sí ___ No___
Acceso a los servicios de alcantarillado. Sí ___ No___

PARTE II. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD ESTRUCTURALES

10. **Estrato socioeconómico** 1 ____ 2 ____ 3____ Otro ___

11. **Etnia predominante** Afrocolombianos ____ Mestizos ____

Indígenas____ ROM____

12. **Redes sociales y comunitarias**

Conoce el programa de amigos saludables. Sí___ No___
Asistió al programa (FAMI - ICBF) después de ser madre adolescente del Municipio. Sí___ No___
Antes de ser madre adolescente, asistía al programa (FAMI-ICBF). Sí___ No ___
Recibió intervenciones educativas sobre salud sexual y reproductiva a través del plan de intervenciones colectivas en comunidad. Sí___ No___
Participó en grupos deportivos o culturales de niña o adolescente. Sí___ No___
Conoce sobre redes de apoyos existentes en la comunidad que enseñen como prevenir el embrazo en adolescentes. Sí___ No___

13. **Situación laboral del cabeza de hogar**

De la madre: Trabajo artístico de la madre ____ Ama de casa____ Peluquería y estética____
Comerciante____ Modista____ Desempleada____ Otros____

Del padre: Trabajo artístico del padre____ Oficios varios ____ Mototaxismo____ Ayudante____
Desempleado____ Otros ___

14. **Nivel de escolaridad según el caso**

Adolescente Gestante. Analfabeta____ Primaria Completo___ Incompleto___ Secundaria Completo____ Incompleto___ Técnico____ Universitario____ Post gradual____

Madre Adolescente Analfabeta____ Primaria Completo ____ Incompleto___ Secundaria Completo____ Incompleto ___ Técnico___ Universitario____ Post gradual____

15. **Aspectos socioculturales**

Sus padres o cuidador le hablaron de educación sexual. Sí___ No ___
En el colegio recibió clases de educación sexual. Sí___ No ___
Conoce sobre métodos de planificación familiar. Sí___ No ___
Utiliza métodos de planificación familiar. Sí___ No ___

Utilizaba métodos de planificación familiar, antes de ser madre adolescente. Sí___ No ___
Asiste a talleres educativos en su comunidad sobre educación sexual. Sí___ No __
Sabe que las IPS educan sobre métodos de planificación familiar al adolescente. Sí___ No __
Existió alguna condición familiar que posiblemente las expuso a tener niños a temprana edad. Sí___ No ___

PARTE III. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD INTERMEDIOS

16. **Aspectos psicosociales**

Nivel educativo con que cuenta la madre de la adolescente. Analfabeta____ Primaria ____
Secundaria____ Técnico____ Universitario____ Post gradual____ Ninguno___
Cuenta la o el cuidador de la adolescente con un bajo nivel de escolaridad. Sí ___ No___
Hija de madre embarazada en etapa adolescente. Sí ___ No ___
Soñó con algunos proyectos de vida antes de su gestación Si ____ No ___
Deserción escolar por embarazos. Sí___ No___
Marginación social. Sí___ No___
Disponen del dinero necesario para su diario vivir. Sí___ No___
Acciones fuera de la ley. Sí___ No___
Víctima de acceso carnal violento o violación sexual. Sí___ No___
Víctima de turismo sexual. Sí___ No___
Otro. Sí___ No___

17. **Régimen de servicio de atención en salud**

Subsidiado ____ Contributivo _____ Vinculado____ Régimen especial ____ Otro ____

18. **Atención en Salud**

En algún momento de su vida ha tenido problemas para recibir la atención en salud. Sí ___ No___
Siente satisfacción por la atención brindada en el servicio de control prenatal. Sí___ No___
Sintió satisfacción por la atención brindada en el servicio de control prenatal Sí ___ No ___

19. **Consecuencias del embarazo.** Dificultad para conseguir empleo ____ Aumento de la pobreza ____ Maltrato ____ Dar al hijo en adopción ____ Abandono de la pareja___ Falta de apoyo por parte de la familia ___ Otro____

- **Antecedentes en Salud Sexual y Reproductiva/ginecobstétricos**

20. **Número de hijos 0**___ 1___ 2___ 3___ más de 3___

21. **Edad de su primera menstruación.** 9 a 12 años ___ 13 a 16 años ___ 17 a 19años ___

22. **Motivos para el inicio de la vida sexual.**

Por falta de afecto. Sí _____ No ____
Presión del grupo de amigos. Sí _____ No ____
Por conveniencia. Sí _____ No ____
Problemas familiares. Sí _____ No _____
Decisión propia. Sí _____ No _____
Pobreza extrema. Sí _____ No ____

Escasa educación sobre sexualidad y planificación familiar Sí _____ No ____ Falta de acceso a programas de salud sexual y reproductiva. Sí _____ No ____ Falta de oportunidades (laborales – estudio). Sí _____ No _____ Desplazamiento forzado. Sí _____ No _____ Otro___

23. **Edad de su primera relación sexual.** Menos de 12 años ____ 12 a 15 años ____ 16 a 19 años ____

24. **Número de compañeros sexuales hasta la fecha.** 1___2___ 3___ más de 3____ No responde ___

25. **Tiempo de espera para tener su próximo hijo.** 1año ___ 2años ___ 3años ____ más de 3____

26. **Número de gestaciones que ha tenido.** 1___ 2___ 3____ más de 3____

Número de partos 0___ 1___ 2___ 3___ más de 3____

Número de abortos 0___ 1___ 2___ 3___ más de 3____

Número de cesáreas 0___ 1___ 2___ 3___ más de 3____

Número de embarazos fuera del útero 0___1___ 2___ 3___ más de 3____

27. **Planifica.** Sí ___ No___ 28. **Método de Planificación Familiar.** Oral ___ Inyectable___ Implante Subdermico___ DIU___ Condón___ Esterilización femenina____

28. **Antecedentes de enfermedades ginecobstétricas comunes entre las adolescentes embarazadas, sus madres o cuidadoras.**

Abortos. Sí _____ No ____ Anemia. Sí _____ No ____
Hipertensión inducida por el embarazo (*preclamsia*). Sí _____ No ____ Infección de transmisión sexual (ITS). Sí _____ No ____ Diabetes gestacional. Sí _____ No ____
Placenta previa. Sí _____ No ____ Ruptura prematura de membrana. Sí _____ No ____
Desprendimiento de placenta Si ___ No____ Desproporción cefalopélvica. Sí _____ No ___
Hemorragia del segundo y tercer trimestre. Sí _____ No Amenaza de Parto prematuro. Sí _____ No ___
Retardo del crecimiento intrauterino. Sí _____ No ____ Oligoamnios-Polihidramnios. Sí _____ No ___
Sospecha de feto malformado o cromosómicamente anormal. Sí _____ No___ Embarazo múltiple. Sí _____ No ___ Infección urinaria recurrente o un solo episodio de pielonefritis. Sí _____ No ____
Presentación podálica o transversa. Sí _____ No _____ Feto macrosómico. Sí _____ No _____
No sabe _____ Otros _____

29. **Enfermedades producto de la Malnutrición Materna**. Anemia___ Diabetes gestacional___ Preeclampsia___Síndrome de mala absorción___ Otras___

Gracias por participar. Modelo de encuesta basado en la literatura consultada acerca de los determinantes sociales estructurales e intermedios de la salud.

(Anexo C)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado (a). Madre, padre o cuidador; de la gestante o madre adolescente.

La actual investigación es realizada por Ladys Lucía López Ladeuth, Enfermera Jefe, egresada de la Universidad Simón Bolívar de Barranquilla, quien adelanta este trabajo para optar el título de Magister en Salud Pública en la Universidad de Córdoba.

Cordialmente, se invita a participar en la investigación dirigida a las adolescentes de 10 a 19 años, a través de su aprobación que lleva como nombre: "DETERMINANTES SOCIALES Y EMBARAZOS EN ADOLESCENTES DE SAN ANTERO; CÓRDOBA, 2019. La cual tiene como objetivo general "Establecer la relación entre los determinantes sociales de la salud y los embarazos en adolescentes en el Municipio de San Antero, Córdoba, durante el primer trimestre de 2019.

He recibido de manera voluntaria información de que las madres y gestantes adolescentes a entrevistar, decidirán participar del mismo sin ninguna remuneración de tipo económica, ni de otro orden, asumiendo que no acarreará gastos al momento de ser diligenciada la encuesta. Según el artículo 11 de la ley 3480, la presente investigación es denominada sin riesgo porque se emplean técnicas y métodos documentales, además que no realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, sicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio.

Por otro lado se asesoró que toda adolescente mayor de 14 años que tiene pareja y convive con él, solo requiere su propia opinión para el diligenciamiento del cuestionario; en tanto que si conviven con sus padres, sin importar la edad se requiere consentimiento de los padres y opinión de la adolescente.

También se explica que si la adolescente se encuesta durante el periodo de puerperio y en otras áreas del centro hospitalario en atención ginecobstétricas y que cumplan con los criterios incluidos dentro de la investigación y aplique para el diligenciamiento del cuestionario y no interfiera con la salud de la madre ni la del recién nacido; al igual que en la etapa del amamantamiento, se hará efectivo su aplicabilidad.

Para la aplicabilidad de la encuesta en comunidad; el diseño incluye la confidencialidad de la entrevista en un área personal elegida por la entrevistada que sirva de protección a las jóvenes de manera que la información garantice la validez de los resultados.

Por lo anterior se informará a la Alcaldía Municipal y a la Secretaría de Salud Municipal de San Antero sobre los aspectos del proyecto para lograr su aprobación en etapa de recolección de la población seleccionada por la investigadora y en conjunto con los Líderes Comunales de los barrios, veredas y corregimientos del Municipio.

Consciente de participar en este estudio, se invita voluntariamente a responder cada una de las preguntas constatadas en el formato; pero se hace salvedad, de que está en su libre albedrío de retirarse del cuestionario en cualquier momento si una de las preguntas le parece incomoda, debe hacerlo saber a la investigadora y está en todo su derecho de no responderla ; por tal motivo este cuestionario se eliminará de la base de datos que respalda la obtención de los resultados, no causando ninguna clase de consecuencia de carácter legal, personal, social y económica. Debido a que la investigación cuenta con el respaldo emitido por el comité de la Universidad de Córdoba.

Por tanto YO. _____ Identificado (a) con cedula de ciudadanía N° _____ de _____ manifiesto que he comprendido y analizado uno de los objetivos, riesgos y procedimientos estipulados en este documento, por lo que siento seguridad y autorizo que la adolescente participe en esta investigación. Con mi firma dejo constancia de la participación voluntaria de la madre o gestante adolescente; para seguir con el proceso de la entrevista debido a la información suficiente y clara acerca de los alcances de la misma.

_____
Firma

_____ _____
Testigo 1 Testigo 2

(Anexo D)

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA MAESTRIA EN SALUD PUBLICA

acreditada INSTITUCIONALMENTE

Montería, agosto 30 de 2019

Doctora
AMALFI BARROSO LÓPEZ
Secretaria de Salud Municipal de San Antero
San Antero (Córdoba)
Presente

Cordial saludo

El Comité de Acreditación y Currículo de Post Grados de la Facultad de Ciencias de la Salud, ha avalado el inicio de la fase de ejecución del trabajo de grado de la estudiante de IV semestre de la Maestría en Salud Pública de la Universidad de Córdoba Ladys Lucía López Ladeuth, quien se encuentra interesada en realizar su proyecto de investigación cuantitativo denominado **DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y EMBARAZOS EN ADOLESCENTES, SAN ANTERO. 2019**; la presente comunicación se oficializa con el propósito de obtener el aval para el acceso a las potenciales participantes residentes en el casco urbano y rural (incluidas las comunidades e instituciones de servicio de salud); la estudiante requiere contactar con las adolescentes gestantes o madres adolescentes para obtener la información mediante encuesta estructurada.

Conocedora de su interés por apoyar a la academia y sus procesos, agradezco a usted permitirnos el aval para realizar esta actividad. Con la autorización de la directora de trabajo de grado Magister Concepción Amador Ahumada y con la disposición de los avales del Comité de Ética de la Investigación y del Comité de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud se ha autorizado a la maestrante (cédula 1.072.525.232) para iniciar fase de muestreo, para el lleno de los requisitos pertinentes del proceso investigativo también requerimos de su aval; para tal fin se anexa resumen ejecutivo del proyecto para el lleno de las formalidades éticas en cuanto al consentimiento informado de la institución que usted lidera.

Agradezco de antemano su atención y colaboración

Atentamente,

CONCEPCIÓN AMADOR AHUMADA
Coordinadora Maestría en Salud Pública

Celular 3012742172

DSS	INDICADOR	VARIABLES
Estructural	Estrato socioeconómico	Estrato 1, 2 y 3
	Etnia	Afrocolombianos Mestizos Indígena ROM
	Redes sociales y comunitarias	Conoce el servicio de amigos saludables Asistió al programa (FAMI-ICBF) después de ser madre adolescente Municipio Antes de ser madre adolescente, asistía al programa (FAMI-ICBF) Recibió intervenciones educativas sobre SSR a través del PIC Participo en grupos deportivos y culturales de niña o adolescente Conoce sobre redes de apoyo existentes en la comunidad que enseñen como prevenir el embarazo en adolescente
	Situación laboral del cabeza de hogar	De la madre: Trabajo artístico de la madre Ama de casa Peluquería y estética Comerciante Modista Desempleada Otros Del padre: Trabajo artístico del padre Oficios varios Mototaxismo Ayudante Desempleado Otros
	Nivel de escolaridad según el caso: **Adolescente gestante** **Madre adolescente**	Analfabeta Primaria: completa e incompleta Secundaria: completa e incompleta Técnico Universitario Post gradual
	Estado Sociocultural **Conocimientos, actitudes y prácticas ante los métodos anticonceptivos.**	Sus padres o cuidador le hablaron de educación sexual. En el colegio recibió clases de educación sexual. Conoce sobre métodos de planificación familiar. Utiliza métodos de planificación familiar Asiste a talleres educativos en su comunidad, sobre educación sexual. Utilizaba métodos de planificación familiar Sabe que las IPS educan sobre métodos de planificación familiar al adolescente.

		Existió alguna condición familiar que posiblemente las expuso a tener niños a temprana edad.
Intermedio	Estado psicosocial	Nivel educativo con que cuenta la madre de la adolescente Cuentan la o el cuidador de la adolescente con un bajo nivel de escolaridad Hija de madre embarazada en etapa adolescente Soñó con algunos proyectos antes de su gestación Deserción escolar por embarazos Marginación social Disponen del dinero necesario para su diario vivir Acciones fuera de la ley Víctima de acceso carnal violento o violación sexual víctima de turismo sexual Otros
	Régimen de servicio de atención en salud	Subsidiado Contributivo Vinculado Régimen especial Otros
	Atención en Salud	En algún momento de su vida ha tenido problemas para recibir la atención en salud. Siente satisfacción por la atención brindada en el servicio de control prenatal. Sintió satisfacción por la atención brindada en el servicio de control prenatal
	Consecuencias del embarazo	Dificultad para conseguir empleo Aumento de la pobreza Maltrato Dar al hijo en adopción Abandono de la pareja Falta de apoyo por la familia Otros
	Número de hijos	0,1,2,3 más de 3
	Edad de su primera menstruación	9 a 12 años ,13 a 16 años y 17 a 19años
	Motivos para el inicio de la vida sexual	Falta de afecto Presión del grupo de amigos Problemas familiares Por conveniencia Decisión propia Escasa educación sobre sexualidad y planificación familiar Falta de acceso a programas de salud sexual y reproductiva Pobreza extrema Falta de oportunidades (laborales estudio) Desplazamiento forzado

		Otro Ninguno
	Edad de su primera relación sexual	Menos de 12 años ,12 a 15 años y 16 a 19 años
	Número de compañeros sexuales hasta la fecha	1, 2, 3 ,más de 3
	Tiempo de espera para tener su próximo hijo	1año, 2años, 3años, más de 3 años
	Número de gestaciones que ha tenido	1, 2, 3 más de 3 gestaciones
	Número de partos	0,1, 2, 3 más de 3 partos
	Número de abortos	0, 1, 2, 3 más de 3 abortos
	Número de cesáreas	0, 1, 2, 3 más de 3 cesáreas
	Número de embarazos fuera del útero	0,1, 2, 3 y más de 3 embarazos ectópicos
	Planifica	Si – No
	Método de Planificación Familiar	Oral Inyectable Implante Subdermico DIU Condón Esterilización femenina Ninguno
	Antecedentes de enfermedades ginecobstétricas comunes entre las adolescentes embarazadas, sus madres o cuidadoras	Abortos Anemia Hipertensión inducida por el embarazo (*preclamsia*) Infección de transmisión sexual (ITS) Diabetes gestacional Placenta previa Desprendimiento de placenta Ruptura prematura de membranas Desproporción cefalopélvica Hemorragia del segundo y tercer trimestre Amenaza de Parto prematuro Retardo del crecimiento intrauterino Oligoamnios-Polihidramnios Sospecha de feto malformado o cromosómicamente anormal Embarazo múltiple Infección urinaria recurrente o un solo episodio de pielonefritis Presentación podálica o transversa Feto macrosómico Ninguno No sabe Otros
	Malnutrición Materna Adolescentes	Anemia Diabetes gestacional Preeclampsia Síndrome de mala absorción Ninguna otras