

SERIE DE ESTUDIOS A PROFUNDIDAD ENDS 1990 – 2010

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

Investigadora principal: Elvia Vargas-Trujillo - Universidad de los Andes
Coinvestigador 1: Darwin Cortés - Universidad del Rosario
Coinvestigador 2: Juan Miguel Gallego - Universidad del Rosario
Coinvestigador 3: Darío Maldonado - Universidad del Rosario
Coinvestigadora 4: Marta Carolina Ibarra Ávila - Universidad de los Andes
Asistente de investigación 1: Daniel Pinzón – Universidad del Rosario
Asistente de investigación 2: Martha del Rosario Peña – Universidad de los Andes
Asistente de investigación 3: Deiby Mayaris Cubides Mateus – Universidad del Rosario
Auxiliar de investigación: Stephanie Orozco – Universidad de los Andes

Bogotá, Marzo 2013

Profamilia



Gobierno
de COLOMBIA

PROSPERIDAD
PARA TODOS

Fundacióncorona



Instituto de Ciencia Política
Hernán Echavarría Olózaga

Tabla de contenido

Resumen	3
1. Introducción.....	11
2. Antecedentes del problema	13
2.1. Objetivos de la investigación	17
2.1.1. Objetivo general.....	17
2.1.2. Objetivos Específicos.....	17
3. Marco teórico	17
3.1 Marco conceptual	21
3.1.1. Factores del nivel individual.....	23
3.1.2. Factores del nivel interpersonal.....	26
3.1.3. Factores del nivel contextual	27
4. Metodología	30
4.1. Marco metodológico.....	30
4.2. Fuentes de datos.....	30
4.2.1. Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS 2010	30
4.2.2. Datos de la autoevaluación del Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía – PESCC.....	31
4.2.3. Datos de la autoevaluación de los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes - SSAAJ	32
4.2.4. Otras fuentes de información secundaria sobre la situación socioeconómica y climática de los municipios en los que se aplicó la ENDS 2010	32
4.3. Método de análisis.....	33
4.4. Construcción de indicadores.....	34
5. Resultados	37
5.1. Análisis descriptivos.....	37
5.2. Análisis exploratorios multivariados.....	54
6. Conclusiones	68
7. Recomendaciones.....	73
7.1. Sobre la ENDS.....	73
7.2. Recomendaciones de política	75
7.2.1. Políticas públicas en educación sexual.....	75
7.2.2. Políticas públicas relacionadas con embarazo en la adolescencia (Conpes 147)	
76	
7.2.1. Políticas públicas para la movilización social	77
8. Referencias bibliográficas.....	¡Error! Marcador no definido.
9. ANEXOS.....	86
Anexo 1. Indicadores del estudio obtenidos de la ENDS 2010.....	86

Resumen

Metodología

Con el fin de profundizar en la información sobre educación sexual recabada en la ENDS 2010 por parte de mujeres en edad fértil de 13 a 24 años, se realizó un estudio exploratorio, no experimental, de corte transversal, cuantitativo, correlacional, multivariado. Desde el Enfoque Basado en Derechos Humanos y desde una perspectiva ecológica, se examinaron los factores de nivel individual, interpersonal y contextual que se relacionan con el estatus de salud sexual y reproductiva (ESSR) en la juventud¹.

Se definieron como *indicadores del ESSR* el estatus sexual (tener relaciones sexuales vaginales), la edad de inicio de las relaciones sexuales vaginales, ser madre en la adolescencia (si la edad al nacimiento del primer hijo es menor a 18 años) y la edad al momento del nacimiento del primer hijo. Además se construyó un indicador de inicio de relaciones sexuales antes de recibir educación sexual.

Como *prácticas* determinantes del ESSR se tuvieron en cuenta tres índices:

- a) Actividad sexual segura (incluye comportamientos tales como no haber iniciado relaciones sexuales vaginales, uso de condón en la primera relación sexual vaginal, uso del condón en la última relación sexual vaginal, uso alguna vez y actual de métodos anticonceptivos modernos, actividad sexual libre de efectos de alcohol u otras sustancias);
- b) Autocuidado de la salud (ha consultado el servicio de salud en los últimos doce meses, se ha hecho el examen clínico de seno, se ha hecho el autoexamen de seno, se ha hecho el examen del VIH, se hizo el examen del VIH porque ella solicitó la prueba, se ha hecho la citología).
- c) Ejercicio del derecho a decidir en situaciones relacionadas con el cuidado de la salud, compras grandes y cotidianas del hogar, visitas a amistades y parientes, la preparación de alimentos.

De acuerdo a los planteamientos de McLeroy, Bibeau, Steckler y Glanz (1988), del *nivel individual* se examinaron indicadores de las características psicosociales de las mujeres: los conocimientos (sobre período fértil, métodos anticonceptivos modernos, transmisión perinatal del VIH, transmisión sexual del VIH, síntomas de las ITS en hombres y mujeres, la interrupción legal voluntaria del embarazo), las actitudes (hacia la homosexualidad, hacia

¹ Según OMS/UNFPA/UNICEF (1999), las personas jóvenes son aquellas que tienen entre 10 y 24 años de edad.

las personas que viven con VIH, hacia la VBG, la intención de usar métodos anticonceptivos y de no embarazarse en el futuro cercano) y las percepciones acerca de la calidad y utilidad de los temas sobre los cuales han recibido educación sexual.

Del *nivel interpersonal* se incluyeron los datos referentes a procesos de intercambio formales y no formales de información acerca de la sexualidad: fuentes de información sobre sexualidad (en la familia, el contexto escolar, los servicios de salud, otras fuentes de información en la red social próxima y los medios de comunicación), temas de la sexualidad sobre los que le han dado información (embarazo y parto, anticoncepción, ITS, VIH y sida, violencia y abuso sexual, negociación sexual de la pareja, toma de decisiones, planes de vida, liderazgo, autoestima, género, desigualdad de género, afecto y comunicación, DHSR, vida en pareja, homosexualidad, aborto, anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino y masculino), participación en actividades de educación sexual (alguna vez, durante la educación secundaria, ferias de la sexualidad, en conferencias, talleres y videoconferencias).

Por último, del *nivel contextual* se incluyó la información sobre iniciativas de promoción de los DHSR implementadas en el país: la proporcionada por el Ministerio de Educación Nacional acerca del Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía (PESCC) y la del Ministerio de Salud y de la Protección Social acerca de los Servicios Amigables de Salud para Adolescentes y Jóvenes (SSAAJ), que concierne a los resultados de procesos de autoevaluación de sus respectivas iniciativas en los municipios en donde estaban implementadas a diciembre de 2009.

Además, en el análisis exploratorio se incluyeron las *variables socioeconómicas* de las adolescentes (edad actual, nivel educativo alcanzado, asistencia al establecimiento escolar, estado civil y afiliación a la seguridad social), su familia (presencia de figuras parentales en el hogar, tipo de familia, estatus socioeconómico) y su pareja (índice de asimetría por edad en la primera relación sexual, por edad y nivel educativo en la relación de pareja actual). También se incluyó la información disponible sobre factores socioeconómicos a nivel municipal del contexto donde viven las mujeres (temperatura promedio, resultados promedio en la prueba del Icfes, el IPM, la tasa de mortalidad infantil y la de alfabetismo en el 2005).

Resultados

Los análisis multivariados permitieron conocer que:

- ❖ Es más probable que las mujeres que informan un mayor número de prácticas sexuales sean las que ya han tenido relaciones sexuales o que han sido madres.
- ❖ Las mujeres que tuvieron su primera relación sexual antes de haber tenido acceso a educación sexual informan menos prácticas sexuales que promueven, mantienen o mejoran la salud sexual y reproductiva.

- ❖ Las mujeres que iniciaron más temprano relaciones sexuales vaginales y las que tuvieron su primer hijo siendo más jóvenes tienden a reportar mayor número de prácticas sexuales dirigidas a promover, mantener o mejorar la salud sexual y reproductiva.
- ❖ La probabilidad de reportar más prácticas sexuales dirigidas a promover, mantener o mejorar la salud sexual y reproductiva tiende a ser mayor en las mujeres con más conocimientos y las que perciben que los temas de sexualidad sobre los que han recibido información han sido de mejor calidad y de mayor utilidad.
- ❖ A mayor número de temas sobre los cuales las mujeres han recibido información en actividades de educación sexual, más altas son las puntuaciones en conocimientos sobre sexualidad, más favorables son sus actitudes sexuales y mayor el número de prácticas sexuales dirigidas a promover, mantener o mejorar la salud sexual y reproductiva.
- ❖ La educación sexual en los servicios de salud, así como la que proviene de parte de la red social próxima y de medios de comunicación, se asocia positivamente tanto con conocimientos y actitudes como con prácticas sexuales dirigidas a promover, mantener o mejorar la salud sexual y reproductiva.
- ❖ Las mujeres que informan mayor número de fuentes de educación sexual en el contexto escolar tienen más probabilidad de no haber iniciado actividad sexual vaginal o no tener pareja.
- ❖ La calidad percibida de la educación sexual se relaciona positivamente con conocimientos y actitudes cuando se examinan todas las mujeres, y con prácticas sexuales dirigidas a promover, mantener o mejorar la salud sexual y reproductiva cuando en el análisis solo se considera la muestra de mujeres con pareja.
- ❖ La probabilidad de que los temas de educación sexual sean percibidos como de buena calidad aumenta según el número de temas de los que les han hablado, el número de fuentes de información en el ámbito familiar y la utilidad percibida.
- ❖ La participación en actividades de educación sexual a través de conferencias, talleres o videoconferencias se relaciona positivamente con conocimientos. La participación en talleres se relaciona positivamente con prácticas sexuales dirigidas a promover, mantener o mejorar la salud sexual y reproductiva; la participación en conferencias se asocia positivamente con actitudes.
- ❖ Con respecto a las iniciativas que desde el MSPS y el MEN se adelantan en pro de la garantía de los DHSR, en el estudio se encontró que a mayor nivel de implantación del PESCC en el municipio en que viven las mujeres, más favorable es la percepción de la

calidad de la educación sexual. El nivel de desarrollo de los SSAJ en los municipios donde viven las mujeres, por su parte, no se relaciona significativamente con la calidad percibida de la educación sexual.

- ❖ El número de temas de la sexualidad sobre los cuales les han hablado tiende a ser más alto en las mujeres que viven donde el nivel de desarrollo de los SSAJ es mayor. Las mujeres que viven en municipios en donde se ha logrado un nivel más alto de apropiación del PESCC tienen más probabilidad de reportar un mayor número de prácticas sexuales dirigidas a promover, mantener o mejorar la salud sexual y reproductiva.
- ❖ El PESCC se relaciona con actitudes más favorables hacia asuntos que conciernen a la sexualidad (la homosexualidad, las personas que viven con el VIH y en contra de la VBG).
- ❖ Se encontró una relación inversa entre el PESCC y conocimientos. Esto puede tener dos posibles explicaciones: el carácter transversal del programa y su énfasis en los procesos de cambio actitudinal más que cognoscitivo, por una parte, y, por la otra, que el dominio de conocimientos que examina la ENDS 2010 privilegia la dimensión biológica y reproductiva de la sexualidad.

Recomendaciones

Sobre la ENDS

- Coherentemente con el EBDH que ha asumido el país para abordar la salud sexual y reproductiva y el compromiso que implica la adopción de la perspectiva de género como marco de referencia de las políticas y acciones, es necesario incluir en futuras encuestas datos sobre condiciones de vida, comportamientos, conocimientos, actitudes, intenciones y percepciones de los hombres en los diferentes ámbitos en los cuales se manifiesta la sexualidad: reproducción, anticoncepción, cuidado de los menores a su cargo, inmunización y salud, nupcialidad y comportamiento sexual, preferencias de fecundidad, antecedentes de sus parejas sexuales, prevención de cáncer, ITS incluido el VIH/sida, violencia doméstica, estudio y trabajo, entre otras.
- De acuerdo con la evidencia que arroja este estudio y la ventana de oportunidad que representa la normatividad vigente, particularmente el Conpes 147, contar con información más detallada sobre la percepción de la calidad de la información relacionada con la sexualidad que proviene de diferentes fuentes contribuiría en el diseño y evaluación de las acciones que se implementan en diferentes niveles (individual, interpersonal y contextual) y desde los distintos sectores implicados, al mismo tiempo que facilitaría cumplir con el principio de rendición de cuentas del enfoque basado en derechos humanos.

- Es importante ampliar las preguntas sobre conocimientos e incluir aquellos relacionados con aspectos psicosociales (no biológicos) de la sexualidad para comprender las decisiones relacionadas con la fecundidad en las mujeres y robustecer los insumos con los que cuenta la ENDS con relación a la educación sexual. Adicionalmente, teniendo en cuenta los resultados del presente estudio con respecto a las actitudes, se sugiere incluir escalas de medición diseñadas específicamente para indagar la opinión que tiene la población sobre asuntos como paternidad, maternidad, sexismo, función erótica de la actividad sexual y salud.
- Desde el EBDH se pueden refinar algunas preguntas que incluye la ENDS con el fin de evidenciar diferentes grados de autonomía en las decisiones relacionadas con la sexualidad y garantizar que el instrumento sea culturalmente sensible. Específicamente se sugiere preguntar si el primer embarazo fue planeado en lugar de deseado; incluir una escala para evaluar si la primera relación fue consensuada en lugar de preguntar directamente, de manera que se controle el sesgo de deseabilidad social y se asegure que la población encuestada responde al mismo constructo; no excluir a las mujeres que reportan la práctica de un comportamiento deseado de la indagación sobre las razones para realizarlo pues en las alternativas de respuesta se da cuenta de diferentes dimensiones relacionadas con la garantía de los derechos en términos de disponibilidad, accesibilidad, adaptabilidad y aceptabilidad. En este mismo orden de ideas, se recomienda plantear a las adolescentes menores de 18 años las preguntas concernientes a las acciones de prevención de las ITS y las referidas a la citología.
- En el proceso de recolección de información es necesario verificar la información inconsistente que se recaba durante las entrevistas o que se registra durante el procesamiento de los datos. Por ejemplo, mujeres que dicen no haber tenido relaciones sexuales vaginales pero que reportan la edad a la que lo hicieron por primera vez, así como mujeres que contestan haber tenido su primera relación a una edad mayor de la que tienen al momento de responder la encuesta. En estos casos, además, es preciso establecer el concepto que tienen las mujeres de relación sexual para cerciorarse de que responden a la pregunta coherentemente.
- Con el fin de asegurar la calidad de la información recabada y facilitar el manejo posterior de la información en ejercicios investigativos como el presentado en este informe, se sugiere revisar las preguntas seleccionadas para dar cuenta de los constructos propuestos y para las cuales se obtuvo un bajo nivel de consistencia interna. Para tal fin es necesario explicitar el marco teórico que fundamenta la encuesta y organizar las preguntas en función de los factores objeto de indagación.
- Teniendo en cuenta que la educación sexual hace parte de un proceso de socialización que inicia desde el nacimiento y se manifiesta de diferentes maneras a lo largo de la

vida, es importante que se incluyan en los informes de los resultados de la encuesta los datos correspondientes a las mujeres menores de 15 años. Además, se sugiere incluir explícitamente en los resúmenes, que tienen amplia difusión y que se escriben con el ánimo de facilitar el acceso de diversos públicos, la información referente al porcentaje de mujeres que inician actividad sexual penetrativa a cada edad y la proporción de mujeres que usan el condón en esa primera ocasión.

Sobre políticas públicas en educación sexual

- Para asegurar que las actividades de promoción de los DHSR se implementen en los niveles de influencia apropiados es importante tener en cuenta los hallazgos que arrojan investigaciones como esta en donde se examinan, desde el modelo ecológico, los factores de orden individual, interpersonal y contextual que se relacionan con el ESSR.
- Con base en los resultados del estudio, la evidencia sugiere que las mujeres jóvenes que han iniciado actividad sexual o que ya han tenido un hijo aprovechan más los servicios de salud. En este contexto es importante que la consulta diferenciada para adolescentes y jóvenes incluya, además de la orientación en planificación, conversaciones que permitan identificar las actitudes y los conocimientos asociados a las prácticas sexuales que promueven y mantienen la salud. Además, es primordial que a esta estrategia se vinculen con propuestas específicas, basadas en evidencias, las instituciones privadas del sector salud a las cuales acceden las mujeres afiliadas al sistema de seguridad social contributivo.
- Teniendo en cuenta la evidencia que aporta este estudio en cuanto a la relación de los programas del Estado, particularmente del PESCC con los factores asociados al ESSR (conocimientos, actitudes y prácticas), se sugiere que la mesa intersectorial lidere las acciones de promoción de los derechos humanos sexuales y reproductivos en el municipio. Los hallazgos de este estudio sugieren que las mujeres que viven en municipios en donde se ha alcanzado el nivel más alto de apropiación del PESCC reportan actitudes y prácticas más favorables hacia la salud sexual y reproductiva. En este sentido, las secretarías clasificadas en el nivel de sostenibilidad, el cual implica el trabajo intersectorial para la implementación de las acciones, están en capacidad de liderar procesos que trascienden el ámbito escolar y, por lo tanto, de facilitar una gestión articulada de los recursos disponibles para los propósitos de la promoción de los DHSR que se definan a nivel local. Lo anterior cobra particular relevancia si, además, se consideran los resultados identificados, en donde se relacionan los conocimientos con otras fuentes de información, como la red social primaria y los medios de comunicación.
- Los hallazgos apuntan a la relación entre los indicadores del ESSR y el trabajo intersectorial de cara a la expansión del PESCC. Es importante que se fortalezcan las competencias de los docentes y de las personas prestadoras de servicios de salud para

la realización de acciones coordinadas entre los dos sectores y otros con competencia en el tema.

- Los resultados de este estudio sobre la relación entre los SSAAJ y los conocimientos, por una parte, y el PESCC y las actitudes y prácticas, por otra, revelan la importancia del trabajo articulado en el nivel local para que el país logre avanzar en los objetivos que plantea el Conpes 147. En este orden de ideas, resulta prioritario establecer mecanismos que permitan aprovechar las fortalezas tanto de los SSAAJ como del PESCC. Para tal fin es necesario reconocer las modalidades pedagógicas y las contribuciones disciplinares diversas y complementarias que se desarrollan desde cada sector. De esta manera, por ejemplo, el personal de salud podría apoyar al personal de educación para abordar los asuntos biológicos de la sexualidad en el contexto de las estrategias pedagógicas que permiten analizar críticamente los elementos culturales que inciden en las prácticas sexuales determinantes del ESSR de la población. De acuerdo con el EBDH, el trabajo articulado con el sector educativo facilitaría al personal de los SSAAJ incentivar la participación de las y los jóvenes en las decisiones que les conciernen sobre la prestación de los servicios de salud, en cumplimiento de lo dispuesto en el Decreto 1757 de 1994.
- De acuerdo con los resultados del estudio, aumentar la cobertura del PESCC podría impactar los indicadores del ESSR de las mujeres jóvenes del país. Por consiguiente, se recomienda destinar los recursos necesarios para fortalecer el trabajo intersectorial que lidera el sector educativo en el marco del PESCC y acompañar dicho proceso con el diseño oportuno de evaluaciones de resultado, de tal forma que se cuente con información confiable y útil para la rendición de cuentas correspondiente y la toma de decisiones fundamentada en evidencia.

Sobre políticas acerca del embarazo en la adolescencia (Documento Conpes Social 147)

- Los resultados de este estudio son consistentes con los planteamientos teóricos y las evidencias de estudios previos sobre la relación entre actitudes frente a los asuntos de la sexualidad y prácticas sexuales saludables. Las ciencias sociales, por su parte, han aportado abundante evidencia sobre el papel de los agentes sociales en el proceso de construcción de las actitudes desde edades muy tempranas. Favorecer el cambio cultural que exige el logro de los objetivos planteados en el Conpes 147 supone, por lo tanto, involucrar a los actores sociales que constituyen las fuentes de apoyo, información y modelo para las personas más jóvenes de la sociedad (figuras cuidadoras, personal de educación y salud, responsables de medios de comunicación, etcétera).
- El Conpes 147 plantea que la educación sexual debe iniciarse desde la infancia con el fin de formar a la población para el ejercicio del derecho a la autonomía. El reconocimiento de las niñas y los niños como sujetos de derechos exige, por una parte, empoderar a las figuras cuidadoras para crear entornos propicios para el

desarrollo de la autonomía y, por otra, implementar procesos de movilización social para posicionar el concepto de niñas, niños, adolescentes y jóvenes empoderadas y empoderados para el ejercicio de sus derechos.

- Para los procesos de planificación de las acciones de promoción de los DHR desde los diferentes sectores es necesario tener en cuenta los datos que arroja este estudio sobre el porcentaje de mujeres que ha iniciado actividad sexual por tramo de edad, con el fin de identificar los temas pertinentes para cada momento del desarrollo. De esta manera se favorece que las personas cuenten con las competencias (conocimientos, actitudes y prácticas) requeridas para el ejercicio de los derechos y el mantenimiento de la salud.
- Como señala el apartado de conclusiones, es importante que las estadísticas disponibles sobre ESSR se presenten y usen de manera clara, veraz y específica para evitar el reforzamiento de una norma social percibida que no corresponde a la realidad y que sí se constituye en una fuente de presión indirecta para la iniciación sexual en condiciones desprotegidas. Concretamente, se recomienda divulgar la información que hay para cada tramo de edad, distinguiendo los datos que corresponden a la niñez, la adolescencia y la juventud. En el diseño de las acciones promocionales esta información es relevante para definir contenidos y estrategias basadas en la evidencia y coherentes con las prácticas características de cada edad. Estos datos facilitan, además, la implementación de iniciativas que cumplan con los criterios de adaptabilidad, calidad y aceptabilidad.
- Este estudio, en conjunto con los de otros estudios en el tema de sexualidad disponibles en el país, permite identificar criterios basados en la evidencia para definir la contratación de servicios de promoción de salud sexual y reproductiva en las diversas líneas de acción que requiere la ejecución del Conpes 147. Por esta razón, es de vital importancia acompañar la implementación del Conpes 147 con el fin de asegurar que las decisiones políticas en el nivel local sean consistentes con los acuerdos de Estado y la evidencia científica que soporta las acciones.

Para la movilización social

- Una de las estrategias es formar, con base en evidencia científica, a actores clave de los medios de comunicación social para abordar las temáticas de la sexualidad en la infancia, la niñez, la adolescencia y la juventud, de manera que contribuyan al logro de los objetivos de las iniciativas de promoción de los derechos humanos sexuales y reproductivos.
- Por otra parte, hay que identificar estrategias de comunicación que permitan construir actitudes desfavorables hacia la iniciación sexual en contextos de asimetría de poder y hacia el embarazo en menores de 14 años (cero tolerancia hacia el embarazo temprano).

1. Introducción

La educación de la sexualidad es un tema que en Colombia ha sido motivo de intensos debates desde el año 1993, cuando se estableció su obligatoriedad en el ámbito escolar. La población colombiana, con relativa frecuencia, es testigo de las controversias que suscitan las propuestas pedagógicas que plantean distintas instancias de decisión para abordar contenidos de índole sexual desde la primera infancia.

Las objeciones que se plantean frente a la educación de la sexualidad a partir de los primeros años de escolaridad y la falta de acuerdo en los objetivos, los contenidos y las metodologías pertinentes pueden estar relacionadas con la definición de la sexualidad como genitalidad (Vargas-Trujillo, 2012). Esta conceptualización reduccionista de la sexualidad lleva a creer que la educación en esta área consiste únicamente en proporcionar información sobre reproducción, anticoncepción e infecciones de transmisión sexual con el fin de evitar los riesgos para la salud de las relaciones sexuales penetrativas. Estudios recientes revelan que los modelos de intervención que fundamentan la educación sexual en la presentación de esta información pueden incrementar el reconocimiento de la importancia de algunos temas, pero no logran impactar los comportamientos (Vivo, López-Peña y Saric, 2012).

Adicionalmente, esta interpretación del objetivo y de los contenidos de la educación de la sexualidad explica que la realización de las actividades, generalmente, se circunscriba al grupo de edad definido como vulnerable (la juventud) y sea delegada a unos pocos profesionales en el campo de la salud y docentes de las áreas de ciencias biológicas, ética y valores.

Por otro lado, en la actualidad se plantea que la visión preventiva, adulto-céntrica, individualizada, instrumental y fragmentada institucionalmente, que predomina frente a la educación de la sexualidad, no considera la complejidad del fenómeno que se está abordando. Efectivamente, si se asume que el desarrollo de la sexualidad es un proceso que inicia en el nacimiento y continúa hasta la muerte (Vargas-Trujillo, 2007), es evidente que en esa trayectoria participan diferentes agentes sociales presentes en distintos niveles de influencia y contextos de interacción: la familia, la escuela, el grupo de amistades, el vecindario, los servicios de salud, los medios de comunicación, la normatividad, las políticas públicas, entre muchos otros (Eshleman, 1994).

Por consiguiente, en este estudio partimos del supuesto de que la educación de la sexualidad facilita a las personas aprender los conocimientos, creencias, metas, expectativas, valoraciones, percepciones, actitudes, normas y significados asociados con el hecho de ser hombre o ser mujer y, en general, con los asuntos que conciernen a su dimensión sexual. Estas cogniciones, que constituyen los antecedentes inmediatos de las decisiones y prácticas sexuales (Downey, Bonica y Rincón, 1999), se intercambian en el contexto familiar, escolar y social en el que viven las personas (Cotterell, 1996; Kandel,

1978) y son necesarias para el ejercicio real y efectivo de los derechos humanos sexuales y reproductivos.

Coherentemente, la evidencia disponible indica que cuando los procesos de educación de la sexualidad promueven el desarrollo de habilidades para la toma de decisiones y facilitan la reflexión en torno a las actitudes y las creencias, demuestran cambios de comportamiento favorables para el ejercicio de los derechos de salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes (Vivo, López-Peña y Saric, 2012).

En este orden de ideas, las normas internacionales de derechos humanos reconocen que las personas jóvenes “tienen derecho a acceder a información adecuada que sea esencial para su salud y desarrollo así como para su capacidad de tener una participación significativa en la sociedad. Es obligación de los Estados Partes asegurar que se proporciona, y no se les niega, a todas las chicas y chicos adolescentes, tanto dentro como fuera de la escuela, formación precisa y adecuada sobre la forma de proteger su salud y desarrollo y de observar un comportamiento sano” (Convención sobre los Derechos del Niño, Observación General 4, 2003, párr. 26). El Comité sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, por su parte, interpreta que el derecho a la salud “no solo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también [...] el acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva”(Observación General 14, 2000, párr. 11).

Igualmente, la UNESCO (2010) sostiene que “la educación en sexualidad efectiva exige entregara las personas jóvenes información culturalmente relevante, científicamente rigurosa y apropiada [para su edad]. Esta debe incluir oportunidades estructuradas que les permitan explorar sus valores y actitudes, poniendo en práctica competencias esenciales para la toma de decisiones [y] para elegir con fundamento la forma que desea conducir su vida sexual”.

Los planteamientos previos justifican el interés de indagar por las oportunidades que tienen las mujeres jóvenes, en los contextos en los que viven, para acceder a información veraz (fundamentada en evidencia científica), oportuna y de buena calidad acerca de los asuntos que conciernen a su dimensión sexual. También plantean la relevancia de examinar las relaciones de esas oportunidades de acceso a información sobre sexualidad con los conocimientos, las actitudes, las percepciones y las practicas que, según estudios previos, determinan el estatus de salud sexual y reproductiva de las mujeres en la juventud (Flórez y Vargas-Trujillo, 2010; Flórez, Vargas-Trujillo, Henao, González y Soto, 2004; Sarmiento Barrera y Vargas-Trujillo, 2004; Vargas-Trujillo, Henao y González, 2004, 2005; Vargas-Trujillo, Barrera, Burgos Cantor y Daza Mancera, 2006, entre otros).

En el marco de los derechos humanos, además, se insta a las partes implicadas en los procesos de educación de la sexualidad a continuar aportando información sobre las variables individuales, interpersonales y contextuales que se relacionan con las

capacidades de las personas para llevar a cabo prácticas de cuidado que garantizan su bienestar (Hirst, 2008; Kirby, 2007; Mathematica, 2010; UNESCO, 2010; Vivo, López-Peña y Saric, 2012).

En atención a este requerimiento, en este estudio se examinaron las variables que se relacionan con las prácticas sexuales de las mujeres colombianas en edad fértil, de 13 a 24 años, que participaron en la ENDS 2010. Asimismo, se buscó aportar información útil para llenar los vacíos de conocimiento que actualmente se tienen en el país sobre la educación de la sexualidad a la que acceden las mujeres jóvenes y sobre su relación con los factores asociados a la SSR.

Conviene señalar que la definición adoptada de educación de la sexualidad plantea varios desafíos metodológicos al momento de examinar dichas relaciones. Entre estos está aislar el efecto de las acciones que se implementan en los distintos contextos (familiar, escolar, comunitario); definir e identificar la relación de la educación recibida en diferentes contextos con los conocimientos sobre asuntos sexuales; establecer la contribución de la educación en el desarrollo de las actitudes y percepciones que se asocian con las prácticas sexuales, y determinar la relevancia de las iniciativas que se llevan a cabo en el ámbito escolar o en los servicios de salud a partir de su relación con indicadores tradicionales de salud sexual reproductiva.

Por lo anterior, en este estudio la educación de la sexualidad se limita a examinar los datos recabados en la ENDS 2010 sobre a) las fuentes de información que identifican las mujeres en su trayectoria de vida, b) los temas de la sexualidad sobre los cuales han recibido información, c) la participación en actividades educativas, d) las percepciones de las mujeres sobre la calidad y utilidad de los temas sobre los cuales les han hablado.

Esperamos que los resultados, que se obtuvieron a partir del análisis exploratorio de los datos disponibles en la ENDS 2010, contribuyan con evidencia al proceso de planificación y seguimiento de las propuestas de promoción de los Derechos Humanos Sexuales y Reproductivos (DHSR) que se desarrollan en el país.

Para cumplir con esta finalidad, el informe de investigación está organizado en siete apartados. En primer lugar se describen los antecedentes del problema de investigación; luego se presentan los objetivos del estudio a profundidad; en seguida se sintetiza el marco de referencia teórico y conceptual que fundamentó el análisis de la información; posteriormente se detallan la metodología y los resultados, y, por último, se plantean las principales conclusiones y recomendaciones que se derivan de los hallazgos.

2. Antecedentes del problema

A nivel internacional se reconoce el acceso a la educación en sexualidad como un derecho humano (Goldman y Bradley, 2001; Viveros-Vigoya y Gil Hernández, 2006; UNESCO, 2010;

World Health Organization, 2011). Adicionalmente, se plantea que la realización de este derecho requiere la inclusión del tema de la sexualidad en el currículo desde el nivel preescolar (Byers, 2011; De Almeida Reis y Rei Vilar, 2006; Mason, 2010; Yu, 2010). En Colombia este derecho hace parte integral tanto de la Constitución Política de 1991, como de los diferentes pactos, conferencias, convenios y convenciones internacionales ratificados por el Estado.

Asimismo, el rol del sector educativo en la promoción y garantía de los derechos humanos sexuales y reproductivos se destaca a partir de la Resolución 3353 de 1993. Posteriormente, el carácter obligatorio de la educación en sexualidad en las instituciones educativas se ratifica en el Plan Nacional de Educación Sexual (MEN, 1994) y la Ley General de Educación (Ley 115 de 1994 y Decreto reglamentario 1860). Otros referentes normativos de las acciones que se desarrollan actualmente sobre el particular son la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (Ministerio de Protección Social, 2003), el Código de la Infancia y la Adolescencia (Ley 1098 de 2006), el Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010 (Decreto 3039 de 2007) y, más recientemente, el documento Conpes Social 147 (Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2012).

En este contexto, desde el 30 de septiembre del 2008 se ha venido implementando el proceso de expansión del Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía (PESCC), una iniciativa del Ministerio de Educación Nacional y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), que tiene el propósito de contribuir al fortalecimiento del sector educativo en el desarrollo de proyectos pedagógicos de educación para la sexualidad, con un enfoque de construcción de ciudadanía y ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos. A este proceso de expansión le antecedió una fase piloto de dos años, 2006 y 2007, en cinco departamentos del país.

Paralelamente, desde el año 2007, el Ministerio de Salud y de la Protección Social (MSPS), en convenio con el UNFPA, ha impulsado la implementación de los Servicios Amigables de Salud para Adolescentes y Jóvenes (SSAAJ) como modelo para adecuar las respuestas de los servicios a las necesidades de esta población en Colombia.

Estos antecedentes justifican el interés del país por conocer en profundidad las oportunidades de acceso a información sobre sexualidad de las mujeres jóvenes. La ENDS 2010 facilita esta tarea al aportar evidencia sobre las mujeres en edad fértil (de 13 a 24 años) relacionada con las fuentes de información, las actividades en las que han participado, los temas sobre los cuales les han hablado, las percepciones que tienen sobre la calidad y utilidad de esa información. La ENDS también contiene datos relevantes sobre conocimientos, actitudes, prácticas y del estatus de salud sexual y reproductiva que permiten la exploración de relaciones entre distintas variables.

De acuerdo con los análisis preliminares realizados por Profamilia, el 80 % de las mujeres dijo haber participado en actividades de educación sexual, siendo el colegio el lugar que

mencionan con mayor frecuencia cuando se les pregunta sobre el contexto de esas acciones educativas (93 %). La ENDS también muestra que las mujeres que más han participado son las de 15 a 19 años, que la participación aumenta con el nivel educativo y es mayor en las zonas urbanas que en las rurales. Además revela que donde más se ha participado en actividades de educación sexual es en San Andrés y Providencia, Arauca, Bogotá, Caldas y Risaralda y que en donde se ha participado menos en estas actividades es en La Guajira, Amazonas, Cesar, Vaupés y Atlántico. Llama la atención que contrariamente a lo esperado según los lineamientos del PESCC, las mujeres siguen planteando que las actividades sobre educación sexual en las que más han participado fueron conferencias (61 %), mientras que solo el 33 % refiere haber asistido a clases exclusivas de sexualidad y el 23 % a talleres sobre la temática. Las menores de 15 años han asistido más que las demás a clases exclusivas de sexualidad; las que han asistido a conferencias o a videoconferencias, talleres o ferias de sexualidad tienen entre 15 y 24 años; las que menos han asistido son las que están en unión libre y las que tienen menos de educación secundaria.

Por otro lado, para una tercera parte de las mujeres (30 %), la persona que realizó esta actividad fue el profesor de biología o anatomía. Otros agentes sociales identificados por las mujeres como fuente de información son el profesor de educación sexual (19 %); el asesor del hospital o centro de salud (19 %); el profesor de ética (17 %); el psicólogo (9 %); un profesor de otra materia (9 %).

Asimismo, el 62 % de las mujeres menores de 25 años reconocieron haber hablado sobre la sexualidad con personas diferentes a profesores y asesores en el ámbito escolar. Las personas más citadas por las mujeres son el médico (90 %), la madre (67 %), una amiga (28 %), un familiar (27 %) y un amigo o el novio (13 %). Muy pocas mujeres han hablado solamente con el padre y quienes lo mencionan también han hablado con la madre o con otras personas. Los porcentajes de jóvenes que mencionan al médico o a la madre disminuyen con la edad.

Los medios de comunicación siguen siendo una fuente de información sobre el tema de la sexualidad para el 51 % de las menores de 25 años. En primer lugar mencionan la televisión (66 %), seguida por la lectura de revistas o de libros (30 %), Internet (23 %) y la radio (19 %). El 38 % de las mujeres de mayor educación ha aprendido más de estos temas por Internet, comparado con apenas el 6% de las mujeres con primaria. El uso de la televisión y la radio como fuente de información disminuye a medida que aumenta el nivel educativo. Internet y la televisión se usan más en la zona urbana, en tanto que en la zona rural se ha usado más la radio, aunque el 60 % de las mujeres rurales mencionaron la televisión. El Internet lo han usado más las mujeres solteras, las de 15 a 24 años y las de mayor educación.

Cuando se revisan los datos sobre los contenidos de la información recibida se observa que, consistentemente con lo encontrado por Vargas-Trujillo, Henao y González (2004,

2005), el énfasis de las acciones sigue estando en los aspectos biológicos de la sexualidad, en particular los referidos a las consecuencias de las relaciones sexuales: ITS y sida (91 %), anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino (88%), embarazo y parto (88%), violencia y abuso sexual (87%), anticoncepción (86%) y aborto (86%). Además, el tema de la autoestima continua siendo uno de los más frecuentes (81 %) a pesar de la evidencia que indica su baja pertinencia para la promoción de la SSR (Vargas-Trujillo, Gambará y Botella, 2006).

Frente a estos datos descriptivos de la información disponible en la ENDS 2010 surgen las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿El estatus de salud sexual y reproductiva de las mujeres colombianas en edad fértil, de 13 a 24 años, se relaciona con sus prácticas sexuales?
2. ¿Las prácticas sexuales de las mujeres colombianas en edad fértil, de 13 a 24 años, se relacionan con sus conocimientos y actitudes acerca de la sexualidad y sus percepciones sobre la calidad y utilidad de la educación sexual?
3. ¿Los conocimientos, las actitudes y las prácticas sexuales de las mujeres se relacionan con los temas de la sexualidad sobre los cuales les han dado información?
4. ¿La exposición a información sobre sexualidad por parte de diferentes fuentes se relaciona con los conocimientos, las actitudes y las prácticas sexuales de las mujeres jóvenes?
5. ¿Los conocimientos, las actitudes y las prácticas sexuales de las mujeres se relacionan con sus percepciones sobre la calidad y utilidad de la educación sexual recibida?
6. ¿La calidad percibida de la educación sexual se relaciona con los temas de la sexualidad sobre los cuales las mujeres han recibido información, las fuentes de información y la utilidad percibida de esos temas?
7. ¿Los conocimientos, las actitudes y las prácticas sexuales de las mujeres se relacionan con la participación en actividades de educación sexual?
8. ¿La calidad percibida se relaciona con la disponibilidad de iniciativas de promoción de los DHSR (PESCC y SSAAJ) en el municipio en el que viven las mujeres?
9. ¿Las fuentes de información, los temas de la sexualidad sobre los que les han dado información y la participación en actividades de educación sexual se relacionan con la disponibilidad de iniciativas de promoción de los DHSR (PESCC y SSASAJ) en el municipio en el que viven las mujeres?
10. ¿Se relaciona la disponibilidad de iniciativas de promoción de DHSR en el municipio en el que viven las mujeres colombianas en edad fértil, de 13 a 24 años, con sus conocimientos, actitudes y prácticas sexuales?
11. ¿Se mantienen todas estas relaciones cuando se introducen en los análisis variables socioeconómicas de las mujeres, de la familia, de la pareja y del municipio o departamento en el que viven?

Este estudio buscó responder a estos interrogantes a fin de aportar información relevante para la toma de decisiones en políticas públicas, en los procesos de implementación del

Conpes 147, en las acciones de fortalecimiento del PESCC y de los SSAAJ al igual que de las otras iniciativas que se desarrollan en el país de promoción de los DHSR en la juventud.

2.1. Objetivos de la investigación

2.1.1. Objetivo general

Este estudio busca aportar evidencia referente a la situación de la educación sobre sexualidad de las mujeres entre los 13 y los 24 años de edad que participaron en la ENDS 2010 con el fin de facilitar el seguimiento y el mejoramiento de las iniciativas de promoción de los derechos humanos sexuales y reproductivos que se adelantan en el país.

2.1.2. Objetivos Específicos

- a) Describir las relaciones entre las prácticas sexuales de las mujeres de 13 a 24 años y su estatus de salud sexual y reproductiva.
- b) Determinar si las prácticas que se relacionan con el estatus de salud sexual y reproductiva de las mujeres jóvenes se asocian, a su vez, con sus conocimientos y actitudes acerca de la sexualidad y con sus percepciones sobre la educación sexual.
- c) Establecer si la exposición a información sobre sexualidad por parte de diferentes fuentes se relaciona con las percepciones, los conocimientos, las actitudes, las prácticas y el estatus de SSR de las mujeres jóvenes.
- d) Examinar si las percepciones, los conocimientos, las actitudes y las prácticas de las mujeres jóvenes se relacionan con los temas sobre la sexualidad de los que han recibido información y la participación en actividades de educación sexual.
- e) Explorar si la disponibilidad de iniciativas de promoción de los DHSR (PESCC y SSAAJ) en el municipio en el que viven las mujeres jóvenes se relaciona con las fuentes de información, los temas de la sexualidad sobre los cuales les han dado información y la participación en actividades de educación sexual.
- f) Establecer si la disponibilidad de iniciativas de promoción de los DHSR en el municipio en el que viven las mujeres se relaciona con sus percepciones sobre la calidad y utilidad de los servicios de educación sexual.
- g) Explorar la relación entre la disponibilidad de iniciativas de promoción de los DHSR en el municipio o departamento en el que viven las mujeres colombianas en edad fértil, de 13 a 24 años, y sus percepciones, conocimientos, actitudes y prácticas sexuales.
- h) Especificar si las relaciones identificadas se mantienen cuando se introducen en los análisis variables socioeconómicas de las jóvenes, su pareja, su familia y su municipio.

3. Marco teórico

En línea con los planteamientos de diversos autores (Goldman y Bradley, 2001; Gursimsek, 2010; Haffner; 1992; SIECUS, 1999) y particularmente del MEN (2008), en este estudio se define la educación de la sexualidad como el derecho de toda persona (sin distinción por

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

La educación de la sexualidad constituye uno de los múltiples dispositivos del proceso de socialización, que tiene como finalidad facilitar a las personas el desarrollo de las competencias requeridas para el ejercicio real y efectivo de los derechos humanos sexuales y reproductivos (Vargas-Trujillo, 2007; Vargas-Trujillo, et ál.; 2008, 2009, 2010, 2012). Como parte de dicho proceso, por lo tanto, la educación de la sexualidad no solo ocurre en el ámbito escolar, ni es siempre el resultado de un proceso directo, deliberado, consciente, riguroso y sistemático de planificación a cargo de personal docente experto en la materia.

Desde esta perspectiva, la educación de la sexualidad es un proceso que nunca termina, las personas permanecen desde el nacimiento hasta la muerte en un continuo aprendizaje de lo que son, de lo que se espera de ellas y de lo que es deseable hacer en el contexto sociocultural específico en el que nacen y viven (Eshleman, 1994).

A través de ese proceso, las personas aprenden aquello que las distingue, las define y las caracteriza como miembros del grupo al cual pertenecen. Algunos de los aspectos de este aprendizaje son: el lenguaje que utilizan para referirse a los asuntos concernientes a la sexualidad; el significado que dan a determinadas situaciones de índole sexual; las normas y expectativas sobre cómo deben ser y actuar como mujeres o como hombres; la valoración que hacen de las diversas manifestaciones de la sexualidad; el concepto que tienen de lo que son y de lo que deben hacer como personas sexuadas; la connotación que dan a las actividades sexuales; las expectativas que tienen de las relaciones que establecen con personas de ambos sexos; los criterios que usan para tomar decisiones en el ámbito sexual y los argumentos que plantean para justificar esas elecciones (Vargas-Trujillo, 2012).

Las bondades de la educación de la sexualidad en la juventud son ampliamente reconocidas. Contrariamente a lo que se observaba hace dos décadas, en la actualidad rara vez se cuestionan sus efectos benéficos y se plantean argumentos en contra como limitantes para su implementación. Revisiones recientes sobre programas de educación sexual evaluados aportan evidencia de que los programas “bien diseñados” tienen efectos positivos en los comportamientos determinantes del ESSR (Kirby, 2007; UNESCO, 2010; Vivo, et ál., 2012). También se ha encontrado que la participación en programas de educación sexual mejora las habilidades de las personas jóvenes para la toma de decisiones (Dreweke, 2007), al igual que incrementa la confianza en la capacidad personal para manejar situaciones de índole sexual (Yu, 2010). Desafortunadamente, en esos

mismos informes se destaca que son escasas las iniciativas que se implementan y muchas menos las que se evalúan y cumplen con los criterios de calidad que se asocian con efectos positivos.

En otros países que presentan indicadores en SSR similares a los de Colombia se encuentra que uno de los principales obstáculos para la educación sobre sexualidad es que los docentes, quienes en su mayoría han sido socializados con las mismas creencias infundadas que sus estudiantes, no han contado con el entrenamiento que requieren para poder abordar el tema de forma integral y libre de sesgos (Agbemenu y Schlenk, 2011).

En este mismo orden de ideas, un estudio realizado en Canadá por Cohen, Byers, Sears y Weaver (2004) reveló que si bien la mayoría del personal docente está a favor de la educación en salud sexual en el contexto escolar desde los primeros años de primaria, muy pocos están dispuestos a tratar asuntos relacionados con este tema en sus clases porque no se sienten competentes ni cómodos frente a esta labor. Un dato de dicho estudio que llama la atención es que solo el 35 % del personal docente participante reconoce haber recibido entrenamiento específico en esta materia, aunque al 85 % se le ha requerido que aborde el tema en sus clases.

En Australia se encontró que la mayoría del personal docente encargado de la educación sexual procede de diversas disciplinas (Rosenthal et ál., 2000), tiene poca experiencia y entrenamiento en educación sexual y, con frecuencia, se resiste a tratar asuntos sensibles como los concernientes a la homosexualidad (Epstein, O'Flynn y Telford, 2003; Allen, 2005). La revisión realizada por Vivo et ál. (2012) de la información disponible sobre iniciativas para la prevención de comportamientos de riesgo en población joven, identificó las once intervenciones que, basadas en evidencia, mostraron ser efectivas en el largo plazo en la reducción del embarazo durante la adolescencia, un denominador común de esas propuestas fue la presencia de personal docente y de salud capacitado.

En Colombia, Flórez y Vargas-Trujillo (2010), al igual que diversos estudios en el campo de la salud pública, argumentan que las estrategias de información, comunicación y educación (ICE) son muy importantes pero no son suficientes en sí mismas para lograr cambios en los comportamientos de la población. Las autoras plantean que, de acuerdo con la evidencia científica acumulada, las estrategias efectivas para facilitar y promover el ejercicio y garantía de los derechos humanos sexuales y reproductivos en la población joven, además del componente educativo, es pertinente desarrollar acciones multinivel que aborden tanto factores individuales como factores interpersonales y contextuales asociados con las prácticas sexuales de la juventud.

Con más detalle, Flórez y Vargas-Trujillo plantean que, desde una aproximación ecológica, los factores del nivel individual abarcan aspectos como la escolaridad y los conocimientos, las actitudes, las creencias, las percepciones, la búsqueda de apoyo, entre otros. Entre los aspectos que dan cuenta del nivel interpersonal están las características estructurales de

la red social, así como la funcionalidad de las relaciones familiares y del grupo de pares. El nivel contextual, por su parte, incluye las regulaciones y políticas nacionales y locales que facilitan o limitan a las personas el ejercicio de sus derechos y la adopción de comportamientos sexuales saludables.

Por lo tanto, asumir el reto de la educación de la sexualidad desde enfoques ecológicos, además de facilitar la comprensión de un fenómeno complejo de manera integral, es consistente con el enfoque basado en derechos humanos (EBDH) con el cual el país se ha comprometido. Efectivamente, el EBDH se plantea como el fundamento de las acciones en el campo de la educación y la salud sexual y reproductiva desde el Ministerio de Educación Nacional (MEN) y el Ministerio de la Salud y la Protección Social (MSPS), además de ser la aproximación que desde 1997 se promueve por las Naciones Unidas y todos sus organismos (Fernández Aller, 2009).

Desde el EBDH la meta de cualquier acción es lograr la plena realización de los derechos. En ese orden de ideas, la educación de la sexualidad es fundamental para lograr avances en pro del disfrute real y efectivo de los derechos a la información y a la salud en lo concerniente a la sexualidad y la reproducción.

Conforme a los criterios del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), la garantía del derecho a la educación y a la salud en el dominio de la sexualidad y de la reproducción implica cumplir con cinco elementos esenciales (General Comment No. 14, 2000, Normative Content of Article 12): a) *disponibilidad*, que hace referencia a la cantidad y variedad de establecimientos, bienes, servicios y programas ofrecidos para el cumplimiento del derecho; b) *accesibilidad*, definida como la ausencia de barreras geográficas, económicas y culturales para hacer uso de los establecimientos, bienes, servicios y programas en igualdad de condiciones y sin discriminación de ninguna índole; c) *aceptabilidad*, que corresponde al grado en el que los establecimientos, bienes, servicios y programas respetan la cultura de las personas, son sensibles a las particularidades étnicas y de género, son acordes al momento del ciclo vital en el que se encuentran las personas y están diseñados para garantizar criterios éticos de confidencialidad, privacidad y autonomía de sus usuarios; d) *adaptabilidad*, en tanto que los establecimientos, bienes, servicios y programas se configuran de manera flexible, considerando los factores históricos, ambientales y sociales que afectan su utilización, así como los requerimientos que supone la satisfacción de las expectativas de prestadores/as y usuarios/as; e) *calidad*, que indica la medida en la que los establecimientos, bienes, servicios y programas son científicamente apropiados y cuentan con personal competente y habilitado para proveer servicios y tomar decisiones fundamentadas en evidencia.

Sin embargo, tal como lo plantean Vargas-Trujillo, Jaramillo y Trujillo (2012), los datos revelan que los consensos que se traducen en los acuerdos internacionales y en la normativa nacional con respecto a los DHR no necesariamente permean las actuaciones de los equipos profesionales y, menos aún, las de las personas y las comunidades. De un

lado, porque las personas no se asumen como sujetos de derechos en materia de sexualidad y reproducción y, por lo tanto, no han desarrollado la capacidad para hacerlos valer en las instancias en las que deberían hacerlo. De otro lado, porque los profesionales de la educación y de la salud no se identifican como titulares de obligaciones y, en ese sentido, no reconocen el papel que tienen en el proceso de garantizar los DHSR de las personas que atienden.

Por lo anterior, en este estudio asumimos que la información de la ENDS 2010 sobre las percepciones que tienen las mujeres sobre la calidad de la educación sexual a la que han tenido acceso y la que proporcionaron el MEN y el MSPS sobre la disponibilidad de sus iniciativas (PESCC y SSAAJ) puede facilitarnos analizar el derecho a la educación de la sexualidad y su relación con los conocimientos, las actitudes y las prácticas de las mujeres entre los 13 y 24 años de edad.

Teóricamente, el estudio plantea que el ESSR de las personas está determinado por sus prácticas en el campo de la sexualidad y estas, a su vez, están asociadas con sus conocimientos, actitudes y percepciones. Desde esta perspectiva, se asumió que tanto los conocimientos como las actitudes y percepciones se relacionan con las oportunidades que tienen las mujeres de acceder a fuentes de información confiables, de recibir información sobre sexualidad y de participar en actividades de educación sobre el tema. Igualmente, se planteó que la disponibilidad de iniciativas de promoción de los DHSR en los municipios en que viven las mujeres se relaciona con el acceso a un mayor número de fuentes de información y temas acerca de la sexualidad, lo cual se asocia con sus percepciones acerca de la calidad y la utilidad de la información recibida. En últimas, el estudio tuvo en cuenta que la información de la ENDS 2010 puede aportar evidencias de los avances de las iniciativas de promoción de los DHSR que se han emprendido en el país. Sin embargo, es importante resaltar que la conceptualización de la educación de la sexualidad como parte del proceso de socialización, invita a tener cautela en la interpretación de los hallazgos toda vez que las características del estudio dificultan realizar atribuciones de causalidad.

3.1 Marco conceptual

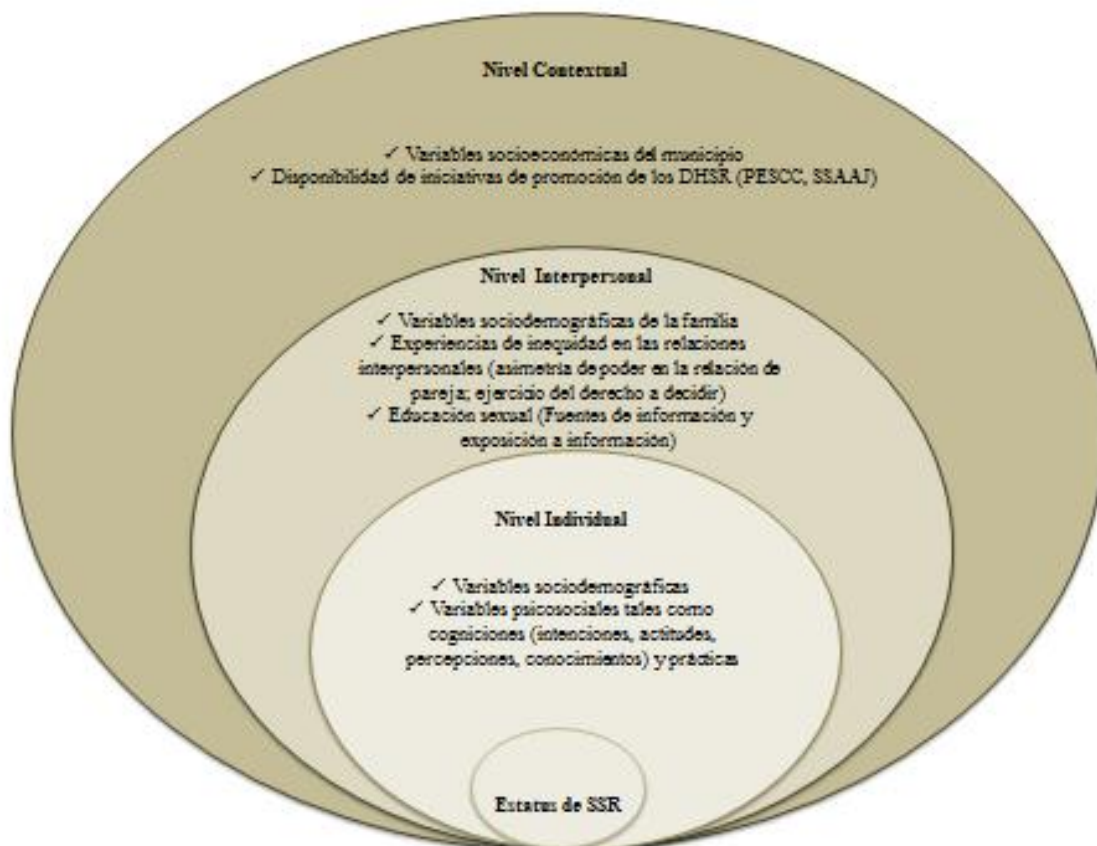
Como ya se ha señalado, este estudio está orientado por los planteamientos de los modelos ecológicos que consideran los comportamientos en salud como el resultado de la interacción compleja de múltiples factores presentes en distintos niveles de influencia: el nivel individual, el interpersonal y el contextual (Bronfenbrenner, 1979; Gutkin, 2012; McLeroy et ál., 1988; Peirson, Boydell, Ferguson y Ferris, 2011; Sallis y Owen, 2006; Watts, Donahue, Eddy y Wallace, 2001).

Como se aprecia en la Figura 1, desde este marco de referencia conceptual, el nivel individual está representado por las variables socioeconómicas y psicosociales de la persona; el nivel interpersonal corresponde a las variables sobre procesos de intercambio formales y no formales de información que ocurren entre la persona y los integrantes de

grupos primarios de referencia como la familia, la pareja, la escuela, los servicios de salud y la red social próxima; el nivel contextual incluye las variables comunitarias, institucionales y políticas que influyen en la vida de las personas aunque no interactúan directamente con ellas.

Concretamente, esta perspectiva teórica plantea que el comportamiento humano es una función de interacciones complejas entre las características individuales y las del ambiente en el que viven. En ese sentido, para dar cuenta de una condición de salud particular, no basta con conocer el comportamiento y los factores individuales que lo determinan aisladamente; en tanto que esos factores siempre se expresan cuando la persona interactúa con su ambiente, el poder explicativo mejora cuando se examina la interacción. Por esta razón se asume que los cambios que se generen en cualquiera de los niveles de influencia tienen impacto en todo el sistema, en la vida de las personas y sus circunstancias (Gutkin, 2012).

Con base en esta aproximación teórica se ha estructurado el marco de referencia conceptual que se sintetiza a continuación en la Figura 1 y que sustenta la selección y definición de las variables del estudio.



Fuente: Elaboración propia Vargas-Trujillo.

Figura 1. Resumen del marco de referencia conceptual que fundamenta el estudio

3.1.1. Factores del nivel individual

Para cumplir con los propósitos de esta investigación, se tuvieron en cuenta los siguientes factores:

a) *Estatus de salud sexual y reproductiva*. Schutt-Aine y Maddaleno (2003) afirman que es poco lo que se conoce sobre la sexualidad saludable de las personas en la juventud. En su opinión, la mayoría de la información sobre esta población se refiere a indicadores de salud reproductiva. Es por ello que en este estudio se incluyeron los indicadores habituales de la condición o estatus de salud sexual reproductiva (ESSR) como punto de partida del análisis, con el fin de contar con información para establecer el contraste con otros estudios sobre la temática.

Los indicadores del ESSR que se consideraron en este análisis exploratorio fueron: a) estatus sexual (ha iniciado actividad sexual vaginal); ii) edad de inicio de actividad sexual; iii) embarazo en la adolescencia (ha estado embarazada); iv) edad al nacimiento del primer hijo nacido vivo; v) inicio de actividad sexual antes de haber comenzado a recibir información sobre sexualidad.

b) *Prácticas sexuales*. En este estudio se consideraron como prácticas sexuales todas las preguntas que hacen referencia a la ejecución de una acción, a la realización de una conducta, al seguimiento de una instrucción, al cumplimiento de una actividad específica. Desde un enfoque promocional, en el análisis se tuvieron en cuenta todas aquellas acciones o comportamientos que favorecen el mantenimiento de la salud y la prevención de consecuencias no deseadas o que pueden afectar el bienestar físico, psicológico o social de la joven. En este orden de ideas, se incluyeron como indicadores de las prácticas sexuales de autocuidado acciones tales como no tener relaciones sexuales, usar métodos anticonceptivos modernos, usar condón en la primera relación sexual, no tener relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol, practicarse el autoexamen de seno y la citología.

Dado que muchas de las prácticas sexuales por las que indaga la ENDS 2010 corresponden a acciones o comportamientos que implican algún riesgo en tanto incrementan la probabilidad de que la mujer enfrente consecuencias no deseadas o situaciones que afectan su bienestar físico, psicológico o social (por ejemplo relaciones sexuales sin uso de métodos anticonceptivos cuando no se desea o no se tiene planeado un embarazo, relaciones sexuales no protegidas con parejas casuales o con más de una pareja en los últimos doce meses, relaciones sexuales bajo efectos del alcohol), para el análisis las respuestas a estas preguntas se recodificaron de tal forma que puntajes altos en el índice de prácticas sexuales correspondan a acciones de autocuidado, protección, mantenimiento o recuperación de la salud.

Además, en este factor se incluyó un índice relacionado con el ejercicio del derecho a decidir considerando los planteamientos de autores como Greenberger (1984) y Steinberg y Silverberg (1986) acerca de que la autonomía de las personas se promueve cuando se les

ofrecen oportunidades para plantear su punto de vista al hacer elecciones que afectan a todas las personas integrantes de la relación, usar sus propios criterios y su capacidad para razonar de manera independiente en situaciones que implican negociar y llegar a un acuerdo y definir el curso que le quiere dar a su propia vida teniendo en consideración tanto sus intereses personales como los de quienes pueden verse afectados por sus elecciones o acciones. Para dar cuenta de esta variable se tuvieron en cuenta las preguntas que hacen referencia a situaciones o contextos relacionales inmediatos en los que a la mujer se le ha permitido o restringido la posibilidad de decidir autónomamente sobre los asuntos que le conciernen: elecciones relacionadas con el cuidado de la salud, las compras, la preparación de alimentos y las visitas a amistades y parientes.

c) *Cogniciones acerca de la sexualidad.* La mayoría de los estudios sobre la eficacia de la educación de la sexualidad en la adolescencia se han concentrado en establecer su impacto en niveles y patrones de actividad sexual, uso de métodos anticonceptivos, embarazos e infecciones de transmisión sexual y han desestimado la importancia de evaluar los cambios que se generan en los procesos mentales que se asocian con los comportamientos o con las prácticas que determinan esas condiciones de salud sexual y reproductiva. En este estudio, además de describir esos indicadores del ESSR, se examinó su relación con las variables cognitivas que proponen las teorías explicativas de los comportamientos en salud más populares en la literatura.

El modelo de creencias en salud (MCS), descrito inicialmente por Hochbaum (1958), la teoría de la acción razonada (TAR) de Ajzen y Fishbein (1980) y su desarrollo posterior, la teoría del comportamiento planeado (TCP) (Ajzen, 1988, 1991), definen diversas cogniciones como determinantes de los comportamientos en salud. Probablemente la cognición más estudiada de los modelos individuales que explican los comportamientos en salud es la actitud, pues refleja la evaluación global, positiva o negativa, que hace la persona sobre el hecho de realizar un comportamiento particular (Armitage y Conner, 2001). Como indicadores de este constructo se incluyeron las preguntas de la ENDS 2010 que indagan por el grado de favorabilidad, aprobación o valoración de la mujer frente a determinados asuntos, lo cual está representado por interrogantes sobre qué piensa, qué opina, si está de acuerdo o qué cree la mujer entrevistada (por ejemplo: ¿Usted está de acuerdo con que una mujer le pida a su esposo/compañero que use condón si sabe que tiene una infección de transmisión sexual?).

Consistentemente con la definición de la psicología social de la actitud como una disposición o predisposición a actuar de una determinada manera ante una situación (Ibáñez Gracia, 2004), en este estudio se incluyeron como indicadores de la actitud las preguntas que indagan por la disposición o intención de la mujer para llevar a cabo en el futuro una determinada acción, el plan que tiene sobre un determinado comportamiento o lo que aspira a realizar en el futuro (por ejemplo: ¿Usted cree que en el futuro usará algún método anticonceptivo para demorar el embarazo o evitar quedar embarazada?).

Estas preguntas son un indicador de qué tan dispuesta está la persona para ejercer una determinada acción (Armitage y Conner, 2001).

De otro lado, existe el supuesto generalizado de que el conocimiento es fundamental para la adopción de prácticas de cuidado. Tal como se ha señalado en apartados anteriores, muchos programas de promoción de la SSR se fundamentan en la idea de que el conocimiento sobre las cuestiones biológicas de la sexualidad (el reconocimiento del período fértil en el ciclo menstrual, por ejemplo), de los riesgos que implica la actividad sexual (el embarazo o las infecciones de transmisión sexual, entre otros) y sobre la manera de prevenirlos (el uso del condón o los métodos anticonceptivos, entre otros) se relaciona con comportamientos “más saludables”. No obstante, los resultados de las investigaciones que se encuentran en la literatura sobre esta variable no son concluyentes, es decir, el tipo de relación entre el conocimiento de la sexualidad y las prácticas sexuales de autocuidado sigue siendo objeto de verificación empírica.

Desde otra línea de investigación se propone que las actitudes favorables hacia la adopción de prácticas de cuidado pueden ser resultado de un incremento en los conocimientos. Con el fin de contribuir a dilucidar este vacío teórico y empírico, en este estudio se incluyeron como indicadores de la variable conocimientos las preguntas que indagan por lo que la mujer sabe o conoce acerca de un asunto o tema particular, así como los interrogantes en los que se pide a la participante que identifique, mencione o describa las particularidades de determinado tema.

Otras variables psicosociales relevantes para los propósitos de este estudio conciernen a las percepciones de las mujeres sobre la calidad y utilidad de los temas sobre los cuales han recibido información y de las fuentes que la han proporcionado. Para el análisis se incluyeron las preguntas de la ENDS 2010 referidas a la percepción de la encuestada sobre la calidad de la información recibida (por ejemplo: ¿Cómo le pareció la calidad de la información recibida sobre género? Teniendo como alternativa de respuesta una escala tipo Likert que incluye las categorías excelente, buena, regular, mala).

d) *Variables socioeconómicas de la mujer joven.* De la ENDS 2010 se incluyó la información relativa a la edad actual de la entrevistada, nivel educativo alcanzado, asistencia a establecimiento escolar, estado civil, afiliación a la seguridad social y tipo de familia. Además se elaboró un indicador del nivel socioeconómico de la mujer basado en las preguntas sobre tenencia de activos que tiene la encuesta (acceso a gas natural, acceso a agua potable, acceso a servicio de recolección de basura, electrodomésticos e inmuebles que posee, entre otras).²

² El indicador se calculó por componentes principales e incluye 21 variables sobre condiciones de la vivienda, tenencia de electrodomésticos y medios de transporte.

3.1.2. Factores del nivel interpersonal

En este estudio el nivel interpersonal está representado por las variables sobre procesos de intercambio, formales y no formales, de información que ocurren entre la persona y los integrantes de grupos primarios de referencia como la familia, la pareja, la escuela, los servicios de salud y la red social próxima. Adicionalmente se incluyeron en el análisis las variables socioeconómicas de la familia y la pareja de la joven. De la familia se incluyó una variable categórica ordenada que mide si la mujer vive con sus dos padres, con uno solo o con ninguno. De la pareja se incluyeron variables sobre la asimetría por edad en la primera relación sexual y en la relación actual, y de asimetría por educación.

a) *Fuentes de información acerca de la sexualidad.* Para lograr los propósitos de la educación de la sexualidad la sociedad dispone de diversos espacios y agentes de socialización. Es a través de la interacción con esos espacios y agentes de socialización que las personas conocemos las pautas de comportamiento esperadas y aprobadas por el grupo social y aquellas que no lo son.

La familia es el primer agente socializador dado que en ella están los agentes sociales con los que la niña y el niño establecen las primeras relaciones significativas. Luego, en la edad escolar, la escuela y en ella el personal docente, el grupo de pares y los recursos pedagógicos disponibles también cumplen un importante papel socializador (Vargas-Trujillo, 2007).

De igual manera son agentes relevantes para este proceso los medios de comunicación, pues a través de ellos la persona amplía sus conocimientos sobre su cultura y el papel que debe cumplir dentro de ella.

En la actualidad, otros agentes de socialización sexual son el personal de salud y los diferentes actores sociales que de una u otra forma transmiten mensajes acerca de la sexualidad (por ejemplo líderes de organizaciones sociales y de grupos religiosos).

Para los propósitos de este estudio se incluyeron como indicadores de la variable fuentes de información las preguntas que indagan sobre quién realizó actividades de educación sexual, quién le habló sobre sexualidad, por cuáles medios ha recibido información sobre sexualidad, si ha oído hablar de planificación familiar en la radio, la televisión, el periódico o si ha recibido información de otras fuentes.

b) *Temas de la sexualidad sobre los que ha recibido información.* En este estudio se incluyeron todas las preguntas de la ENDS que indagan por los temas específicos sobre los cuales la mujer ha recibido información. Adicionalmente se consideraron los interrogantes sobre los métodos anticonceptivos de los cuales ha oído hablar y los que se refieren a embarazo y parto, anticoncepción, ITS y sida, violencia y abuso sexual, negociación sexual de la pareja, toma de decisiones, planes de vida, liderazgo, autoestima, género,

desigualdad de género, afecto y comunicación, DHSR, vida en pareja, homosexualidad, aborto, anatomía y fisiología de los aparatos reproductores femenino y masculino.

c) *Participación en actividades de educación sexual.* Como indicador de la participación de las mujeres en acciones de educación de la sexualidad se tuvieron en cuenta las respuestas de las mujeres entrevistadas en la ENDS 2010 frente a las preguntas sobre si han participado en actividades de educación sexual y el tipo de actividades en las que han participado (por ejemplo, clases exclusivas sobre sexualidad, talleres, conferencias, videoconferencias, ferias de la sexualidad, etcétera.)

d) *Variables socioeconómicas de la familia y la pareja de la mujer joven.* Las variables sobre información socioeconómica de la familia y de la pareja de la mujer joven se dividen en dos grupos.

El primero son variables de la familia e incluye la presencia de las figuras parentales en el hogar, el tipo de familia y un indicador sobre el estatus socioeconómico de la familia.

El segundo grupo, incluye variables sobre las asimetrías entre la mujer y su pareja, teniendo en cuenta que, de acuerdo con la perspectiva de género, el análisis sobre la situación de las mujeres participantes implica examinar las desigualdades que enfrentan en sus relaciones y que las pueden poner en desventaja en los procesos de toma de decisiones o que pueden representar restricciones en el acceso y control de los recursos disponibles (Vargas-Trujillo y Gambará D'Errico, 2008).

En este estudio se construyeron tres índices de la equidad basada en el género para el grupo de mujeres con pareja: i) asimetría por edad en la primera relación sexual; ii) asimetría por edad en la última relación de pareja; iii) asimetría por nivel educativo con la última pareja. Para tal fin se usó la información sobre la edad de la joven y de la pareja en la primera relación sexual, la edad de la mujer al momento de la entrevista y la de su pareja actual, y el nivel educativo de la mujer y de su pareja actual. La pertinencia de estos índices en la evaluación del ESSR se sustenta en la evidencia de que los hombres que abusan del poder, recurriendo a diversos mecanismos para controlar a su pareja, tienden a percibirse como más fuertes, con más estatus y con más recursos en la relación (Blanco, 2004; Dutton y Golant, 1997).

3.1.3. Factores del nivel contextual

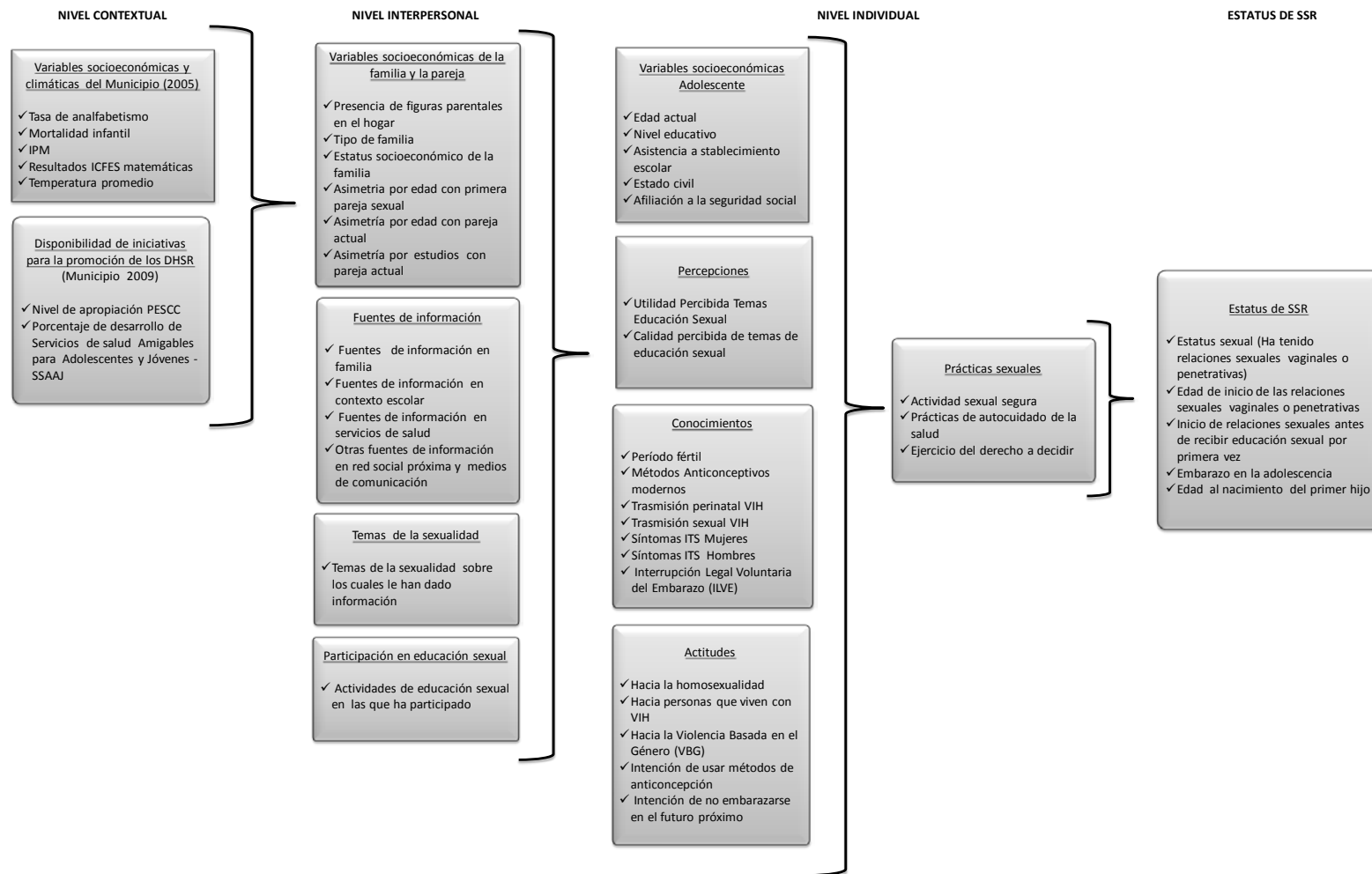
El enfoque basado en derechos humanos y la perspectiva de género son los referentes conceptuales y normativos que, en la actualidad, sustentan las intervenciones que tienen como fin la promoción de los DHSR. Estos marcos de referencia convocan a los interesados en la educación sexual a un cambio de mirada en los procesos de análisis de información, como el que ocupa a estudio, en tanto que los reta a considerar las causas estructurales de las situaciones que interfieren con el disfrute de una sexualidad saludable.

Es por ello que en el análisis incluimos, por una parte, preguntas que dan cuenta de la disponibilidad de iniciativas para la promoción de los DHSR y, por otra, datos referentes al contexto socioeconómico del municipio o departamento en que viven las mujeres entrevistadas.

a) *Disponibilidad de iniciativas para la promoción de los DHSR.* Definida como la oferta de infraestructura, establecimientos, recursos, insumos, programas, proyectos, bienes y servicios públicos dispuestos en forma continua y en cantidad suficiente para el cumplimiento del derecho a la educación en sexualidad y a la salud sexual y reproductiva. Como indicador de esta variable se incluyeron los datos proporcionados por el Ministerio de Educación Nacional acerca del PESCC y del Ministerio de Salud y Protección Social sobre los SSAAJ. Esos datos corresponden al grado de avance o desarrollo que tienen sus iniciativas en los municipios en los que estaban disponibles hasta diciembre de 2009.

En la Figura 2 se sintetiza el modelo conceptual que orientó el proceso de análisis del estudio. Como se describió anteriormente, a partir de los supuestos de los modelos ecológicos que consideran los comportamientos en salud como el resultado de la interacción compleja de múltiples factores presentes en distintos niveles de influencia (Sallis y Owen, 2006), se organizaron los factores objeto de análisis de acuerdo con el nivel individual, interpersonal y contextual a que corresponden.

b) *Variables socioeconómicas.* Tasa de analfabetismo, mortalidad infantil, índice de pobreza multidimensional, resultados del Icfes en matemáticas y la temperatura promedio del municipio.



Fuente: Elaboración propia Vargas Trujillo, Ibarra, Cortés, Gallego y Maldonado (2012)

Figura 2. Modelo conceptual que orientó el proceso de análisis del estudio.

4. Metodología

4.1. Marco metodológico

Teniendo en cuenta el alcance exploratorio del estudio, para responder a las preguntas planteadas se utilizó un diseño no experimental, de corte transversal, cuantitativo, correlacional, multivariado.

En lo referente al análisis cuantitativo, se utilizaron técnicas econométricas que buscan encontrar las correlaciones entre las variables dependientes y los potenciales controles para cada uno de los niveles analizados.

4.2. Fuentes de datos

En este estudio se usaron datos secundarios de diferentes fuentes. Las bases de datos proporcionadas por Profamilia con información de la ENDS 2010; los datos proporcionados por el Ministerio de Educación Nacional acerca del PESCC y los del Ministerio de Salud y Protección Social sobre los SSAJ, que dan cuenta del grado de avance o desarrollo que tienen sus iniciativas en los municipios o departamentos en los que se estaban implementando a diciembre de 2009; datos sobre la situación socioeconómica y climática de los municipios del país disponibles en el DANE, el Departamento Nacional de Planeación, el Icfes y el IDEAM.

4.2.1. Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS 2010

El estudio utilizó la información secundaria disponible en las bases de datos de la ENDS 2010³ para mujeres en edad fértil, de 13 a 24 años de edad. La ENDS 2010 hace parte del conjunto de encuestas que Profamilia⁴ ha venido desarrollando en Colombia desde 1990. La ENDS 2010 es un estudio de cobertura nacional con representatividad urbana y rural para seis regiones (Caribe, Oriental, Central, Bogotá, Pacífica, y Amazonía-Orinoquía), dieciséis subregiones y para cada uno de los departamentos de Colombia en forma independiente.

Para los propósitos de este estudio, las bases de datos de la ENDS 2010 contienen información sobre: a) las viviendas y los hogares en lo referente a su infraestructura, composición y características específicas de cada uno de sus miembros; b) las mujeres en edad fértil, de 13 a 24 años de edad, su esposo o compañero (si lo tienen) y de cada uno de sus hijos menores de cinco años; c) la citología cervicouterina y mamografía en mujeres de 18 a 24 años de edad que hubieran tenido actividad sexual.

³ La información que se describe sobre la ENDS 2010 fue recuperada el 23 de febrero de 2013 de http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=5&Itemid=31

⁴ Profamilia es una entidad privada, sin ánimo de lucro, afiliada a la Federación Internacional de Planificación Familiar.

El universo de estudio estuvo constituido por el 99 % de la población civil residente en hogares particulares de las zonas urbana y rural del país. Se excluyó, por los costos elevados, a la población rural dispersa de los departamentos de la Amazonía y Orinoquía. La muestra para la ENDS 2010 es probabilística, de conglomerados, estratificada y polietápica. La selección en cada una de las etapas fue estrictamente aleatoria. Para la selección de la muestra se dividió el país en seis regiones (Caribe, Oriental, Bogotá, Central, Pacífica y Orinoquía-Amazonía) y dieciséis subregiones. La muestra comprendió cerca de 50 000 hogares ubicados en las zonas urbanas y rurales de 258 municipios.

En un período de un año (noviembre 2009 a noviembre 2010) se entrevistaron efectivamente 51 447 hogares. En la base de datos disponible para este estudio exploratorio se obtuvo información de 21 065 mujeres en edad fértil, de 13 a 24 años de edad.

4.2.2. Datos de la autoevaluación del Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía – PESCC⁵

La clasificación sobre el nivel de implantación del PESCC proviene del juicio sobre el nivel de apropiación de las entidades departamentales o municipales, según el caso, que arroja una herramienta unificada de autoevaluación que diligencian los equipos de las secretarías de educación y que se aplica al 100 % de los procesos que acompaña el MEN. Para este estudio se obtuvieron los datos de todos los procesos acompañados hasta diciembre de 2009. Esta herramienta permite clasificar el nivel de implantación del PESCC en las siguientes categorías:

INTRODUCCIÓN: Caracteriza a aquellas secretarías de educación que están iniciando la implementación del programa y a aquellas que presentan algunos inconvenientes relacionados con voluntad política, asignación de recursos y/o rotación del equipo intersectorial.

APROPIACIÓN: Describe las secretarías de educación que garantizan unas condiciones mínimas de implementación (recursos financieros y/o técnicos, voluntad política por parte de los secretarios de educación y salud, focalización de establecimientos educativos, entre otros).

SOSTENIBILIDAD: Representa a aquellas secretarías de educación que han generado articulación intersectorial, están en proceso de expansión interna, empiezan a documentar buenas prácticas y a posicionar los enfoques del programa en la entidad territorial.

⁵ Fuente: Comunicación electrónica. Ministerio de Educación Nacional, 8 de marzo, 2012.

4.2.3. Datos de la autoevaluación de los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes - SSAAJ⁶

La clasificación sobre la implantación de los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes proviene del juicio sobre el nivel de desarrollo el programa producto de la evaluación sumativa realizada al 73 % de los SSAAJ en el año 2009. En esta evaluación se integraron dos fuentes de información cuantitativa por medio de dos formularios unificados de autoevaluación, diligenciados por parte de la persona coordinadora de los SSAAJ en cada institución de salud y de las y los adolescentes y jóvenes usuarios participantes en la evaluación. A partir de la información obtenida en estas herramientas se clasificaron los servicios en diferentes niveles de desarrollo de acuerdo con los siguientes criterios:

ALTO: Porcentaje obtenido mayor a 75 %.

MEDIO: Porcentaje obtenido entre 50 % y 75 %.

BAJO: Porcentaje obtenido entre 25 % y 49 %.

INCIPIENTE: Porcentaje obtenido menor a 25 %.

Si bien dicha autoevaluación incluyó un componente cualitativo que profundiza y complementa el componente cuantitativo, por la naturaleza de la información no fue incluido en este estudio exploratorio.

4.2.4. Otras fuentes de información secundaria sobre la situación socioeconómica y climática de los municipios en los que se aplicó la ENDS 2010

En los análisis de regresión se incluyeron las siguientes variables a nivel municipal: la tasa de analfabetismo entre los adultos mayores de 15 años y la tasa de mortalidad infantil, cuya fuente es el DANE. Estos indicadores se calculan a nivel municipal, basados en información del censo. El índice de pobreza multidimensional del Departamento Nacional de Planeación fue calculado a nivel municipal con base en el censo de población del 2005. El resultado promedio municipal en la prueba de matemáticas del examen SABER 11 del Icfes y la temperatura anual promedio de cada municipio reportada por el IDEAM.

Estos registros administrativos, al igual que los datos del PESCC y de los SSAAJ, fueron vinculados a cada una de las observaciones utilizadas a través del municipio de residencia de la persona que respondía la encuesta. Es importante anotar que todas las implicaciones que tengan estos datos externos a la ENDS2010 afectarían el comportamiento de las jóvenes, al igual que incidirían en los indicadores utilizados en el estudio como variables dependientes a través de un efecto promedio del municipio.

⁶ Fuente: Comunicación electrónica Ministerio de Salud y Protección Social, 13 de febrero, 2012.

4.3. Método de análisis

Para cumplir con los objetivos del estudio, el equipo de investigación desarrolló los siguientes procesos:

1. **Definición conceptual** de los indicadores del estudio a partir del marco de referencia teórico en el que se fundamenta el modelo de análisis.
2. **Definición operacional** de los indicadores definidos a partir de la identificación de las variables de la ENDS 2010 que dan cuenta de cada uno de ellos.
3. **Análisis de fiabilidad.** Para conocer la consistencia interna de las variables seleccionadas para cada uno de los indicadores se analizó la homogeneidad de los ítems y se calculó el alfa de Cronbach.
4. **Análisis de componentes principales.** Se usaron las mejores variables, según el análisis de fiabilidad, en un análisis de componentes principales para reducir el número de indicadores que dan cuenta de cada una de las dimensiones de análisis propuestas para cada nivel.
5. **Análisis econométricos.** Según la naturaleza de los datos disponibles, se realizaron análisis de regresión lineal ordinaria⁷. El objetivo de estos análisis fue examinar las relaciones entre los factores de los distintos niveles del modelo. Para tal fin se incluyeron, progresivamente, los factores de cada nivel de análisis, comenzando por los del nivel individual, continuando con los del nivel interpersonal y terminando con los del nivel contextual. De esta forma se buscaba identificar la contribución de cada dimensión a la explicación de las diferentes variables dependientes. En la sección de resultados solo se reportan las regresiones que tienen las variables de control de todos los niveles. Teniendo en cuenta el marco conceptual se estimaron los siguientes modelos econométricos:

$$SSR_{ij} = \alpha * PRACTICAS_{ij} + X_{ij}\delta + Z_j\omega + \mu_{ij}$$

donde SSR_{ij} representa una de las cinco variables de estatus de salud sexual y reproductiva, ESSR (Ver Figura 2: Marco conceptual), de la mujer, i en el municipio j X agrupa todos los controles a nivel individual y del hogar, y Z los controles a nivel de

⁷ Los modelos de regresión que se presentan en el análisis econométrico hacen referencia a modelos de regresión lineal. Los resultados de los coeficientes allí expresados se pueden interpretar como probabilidades. Aunque la literatura reconoce que los modelos lineales no recogen el comportamiento de una probabilidad en las colas de la distribución, es importante anotar que en promedio sí puede interpretarse como un efecto de probabilidad. También es primordial aclarar que en este análisis exploratorio el mayor interés es encontrar la significancia estadística de las relaciones y modelos expresados, más que la magnitud de la relación. Adicionalmente, todos los modelos de regresión lineal fueron corridos también como modelos Probit y la significancia estadística se mantuvo en la mayoría de los ejercicios (resultados no presentados en el informe por razones de espacio).

municipio. μ_{ij} es el término de componentes no observados de la joven i en el municipio j . En estas regresiones, la variable PRÁCTICAS es la variable de interés.⁸

En segundo lugar se corrieron las siguientes regresiones:

$$Y_{ij} = \alpha * FUENTES_{ij} + \beta * TEMAS_{ij} + \theta * PARTICIPACION_{ij} + \gamma * PERCEPCION_{ij} \\ + X_{ij}\delta + Z_j\omega + \mu_{ij}$$

Donde Y_{ij} puede representar las PRÁCTICAS o los CONOCIMIENTOS o las ACTITUDES o la CALIDAD PERCIBIDA de la mujer i en el municipio j . Estas variables se calcularon por componentes principales usando las variables de la encuesta relacionadas en el Anexo 1. Las variables FUENTES, TEMAS, PARTICIPACIÓN y PERCEPCIÓN de la mujer i en el municipio j incluyen todas las variables incluidas en Fuentes de información, Temas de la sexualidad, Participación en educación sexual y Percepciones, respectivamente, que están incluidas en la Figura 2.⁹ Los demás términos de la ecuación tienen la misma interpretación que los de la ecuación anterior. Las estimaciones para cada una de las tres variables Y_{ij} se hicieron con regresiones estimadas por separado.

Posteriormente se corrieron las siguientes regresiones

$$Y_{ij} = \alpha * PESCC_j + \beta * SSAAJ_j + X_{ij}\delta + Z_j\omega + \mu_{ij}$$

Donde Y_{ij} pueden ser las mismas variables de la ecuación anterior o una de las FUENTES de educación sexual (ver Figura 2). Las variables $PESCC_j$ y $SSAAJ_j$ son variables categóricas ordenadas que miden el nivel de implementación de los programas de educación sexual del MEN y de servicios amigables del MSPS en el municipio j , respectivamente. Las otras variables tienen la misma interpretación de antes.

Se hicieron los mismos ejercicios para la submuestra de mujeres con pareja. En estos ejercicios se incluyeron, además de las variables ya mencionadas, las variables de asimetría con la pareja.

4.4. Construcción de indicadores

⁸ La variable PRÁCTICAS corresponde al primer componente principal construido con los índices de actividad sexual segura, autocuidado de la salud y ejercicio del derecho a decidir (Ver Anexo X). Todos los indicadores estimados por componentes principales se calcularon usando el comando *pca* de STATA. En Jackson (2003) se pueden consultar los detalles técnicos del procedimiento.

⁹ Obviamente, en las regresiones de calidad percibida se excluyó esa variable de los controles.

Con base en la información disponible en la ENDS 2010, se definieron tres conjuntos de indicadores del nivel individual para ser explicados :i)el constituido por indicadores del estatus de salud sexual y reproductiva(estatus sexual, edad de inicio de actividad sexual, haber iniciado actividad sexual antes de recibir educación sexual, edad al nacimiento del primer hijo, embarazo en la adolescencia); ii) el conformado por los índices de las prácticas sexuales que, de acuerdo con el marco conceptual, son determinantes próximos del ESSR (actividad sexual segura, comportamientos de autocuidado en salud, ejercicio del derecho a decidir); iii) el correspondiente a percepciones acerca de la utilidad y calidad percibida de los temas de educación sexual, conocimientos (sobre el periodo fértil, métodos anticonceptivos modernos, transmisión perinatal y sexual del VIH, síntomas de ITS en mujeres y hombres, ILVE) y actitudes (hacia la homosexualidad, hacia personas que viven con el VIH, hacia la VBG, la intención de no embarazarse en el futuro, la intención de usar métodos anticonceptivos).

Sobre el nivel interpersonal se analizaron i) las fuentes de información sobre sexualidad (en el contexto familiar, escolar, en servicios de salud y otras fuentes en la red social próxima y en los medios de comunicación); ii) los temas de la sexualidad sobre los cuales les han dado información; iii) la participación en actividades de educación sexual; iv) las condiciones socioeconómicas de la familia. Adicionalmente, para las mujeres con pareja se construyeron tres índices de asimetría: por edad en la primera relación sexual, por edad y por educación en la relación de pareja actual.

Del nivel contextual se examinó la información secundaria proporcionada tanto por el MEN, acerca del grado de apropiación del PESCC en el 100 % de las entidades municipales en las que se había implementado el programa a diciembre 2009, como la del MSPS sobre el nivel de desarrollo del programa de SSAAJ en el 73 % de los servicios disponibles a diciembre 2009 a nivel nacional. Las otras fuentes secundarias utilizadas proporcionan información sobre las condiciones socioeconómicas y climáticas de los municipios en los que se aplicó la ENDS 2010. Como se mencionó anteriormente, se incluyó la tasa de analfabetismo, el índice de pobreza multidimensional, la mortalidad infantil, el resultado de matemáticas en el examen SABER 11 y la temperatura promedio del municipio.

Con el fin de establecer si los indicadores construidos para los propósitos de este estudio exploratorio son fiables, se realizó el análisis de consistencia interna calculando el alfa de Cronbach (1951) para cada uno de ellos. Previamente a estos análisis se agruparon conceptualmente las variables contenidas en la base de datos de la ENDS 2010. De acuerdo con un enfoque promocional, se verificó que la codificación de las variables agrupadas correspondiera a atributos psicosociales saludables. Con esta finalidad se invirtió la codificación de aquellas variables que no cumplían con dicha característica y, cuando fue necesario, se recodificaron las variables que tenían múltiples opciones de respuesta. De esta manera se logró que puntuaciones altas representen más conocimientos, actitudes más favorables, mayor número de actividades sexuales seguras y de comportamientos de autocuidado, entre otras.

El alfa de Cronbach es una media ponderada de las correlaciones entre las variables (o ítems) que forman parte de la escala. Por lo tanto, a partir de los resultados del análisis de fiabilidad, se asume que el conjunto de variables con niveles de consistencia más altos miden un mismo constructo, atributo, factor o indicador. En la Tabla 1 se especifican los valores alfa superiores a 0,4, aunque lo deseable es que sea superior a 0,7.

Tabla 1. Índices de consistencia interna de los indicadores construidos para los propósitos del estudio exploratorio.

Indicador	Número total de elementos	ALFA
Temas de la sexualidad sobre los que ha recibido información	17	0,921
Calidad percibida en temas de educación sexual	17	0,90
Calidad percibida en temas de planificación familiar	11	0,894
Conocimientos sobre ILVE	3	0,876
Ejercicio del derecho a decidir	5	0,859
Conocimiento de métodos anticonceptivos modernos	13	0,824
Actitud contra la VBG	4	0,757
Participación en educación sexual	5	0,715
Conocimientos transmisión perinatal del VIH	5	0,669
Conoce síntomas ITS mujeres	9	0,675
Conoce síntomas ITS hombres	7	0,627
Actitud hacia la homosexualidad	3	0,610
Usó alguna vez métodos anticonceptivos modernos	8	0,609
Actitud hacia personas que viven con el VIH	4	0,545
Conocimientos periodo fértil	2	0,476
Prácticas de autocuidado de la salud	6	0,431
Educación sexual en familia	3	0,403

En la Tabla 2 se presentan los otros índices que se construyeron para el estudio exploratorio. Estos índices se calcularon a partir de la sumatoria de las respuestas afirmativas a cada variable. En el caso de las variables de asimetría por edad, estas son el resultado de restar a la edad de la pareja sexual, o de la pareja actual, la edad de la mujer en el momento que corresponda, esto es, cuando tuvo su primera relación sexual o la edad al momento de ser entrevistada. La asimetría por estudios se calculó usando la información sobre los años de estudio de la entrevistada y su última pareja.

Tabla 2. Índices construidos para los propósitos del estudio exploratorio.

Índices	Número total de elementos
Educación sexual en el contexto escolar	6
Educación sexual en el servicio de salud	7
Otras fuentes de educación sexual en la red social y los medios de comunicación	5
No intención embarazo	2
Intención de uso de métodos anticonceptivos	2
Conocimientos sobre transmisión sexual VIH	3
Utilidad percibida de temas de educación sexual	1
Actividad sexual segura	34 ¹⁰
Asimetría por edad en primera relación sexual	2
Asimetría por edad en la relación de pareja actual	2
Asimetría por nivel educativo en la relación de pareja actual	2

5. Resultados

Los hallazgos del estudio exploratorio se presentan organizados en dos apartados: en el primero se sintetizan los principales resultados de los análisis descriptivos y, en el segundo, se narran los resultados de los análisis multivariados que se realizaron para responder a cada una de los interrogantes de la investigación.

5.1. Análisis descriptivos

El estudio analizó los datos de 21065 mujeres colombianas de 13 a 24 años de edad (Media = 18,13; DT = 3,4) entrevistadas en la ENDS 2010. En la Tabla 3 se presentan los descriptivos de los indicadores del estatus de salud sexual examinados.

¹⁰ Este índice recoge todas las preguntas sobre comportamientos de autocuidado o protección que la mujer dice haber llevado a cabo y que permiten mantener la salud sexual y reproductiva (no tener relaciones sexuales vaginales, usar el condón, hacer algo para evitar ITS, usar algo para evitar embarazos no planeados, entre otros). Para construir el índice se recodificaron la mayoría de las variables de la ENDS 2010 y se compone de tal manera que puntuaciones altas corresponden a un mayor número de comportamientos de autocuidado que favorecen la protección, el mantenimiento o la recuperación de la SSR.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos de los indicadores del estatus de salud sexual y reproductiva.

Indicadores	N	Mínimo	Máximo	Media	DT
Edad a la primera relación sexual	12130	8	24	15,88	2,021
Edad al nacimiento del primer hijo	6130	11	24	17,48	2,272
Edad a la que recibió educación sexual por primera vez	18172	10	24	13,46	2,200
Actividad sexual segura	21065	0	13*	2,10	2,264

(*) Este es el valor máximo reportado en la muestra de mujeres aunque el número de comportamientos posibles es mucho mayor

Con respecto al estatus sexual, del total de mujeres participantes el 58,3 % reconoció haber tenido relaciones sexuales vaginales; en la Figura 3 se aprecia que el 2,36 % de las mujeres que reportaron ser sexualmente activas tenía menos de 14 años de edad; 27,93 % se encontraba entre los 14 y los 18 años de edad y la mayoría (69,71 %) ya estaba en la etapa más avanzada de la adolescencia (entre los 18 y los 24 años de edad)¹¹.

¹¹La definición de las nociones de adolescencia y juventud implica considerar procesos de orden biológico, psicológico, social y cultural. En este estudio se definieron estos tramos de edad teniendo en cuenta que: a) La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000) define al grupo adolescente como la población entre 10 y 19 años, y como jóvenes el grupo comprendido entre 15 y 24 años; b) los teóricos del desarrollo describen la adolescencia según tres tramos de edad, adolescencia temprana (10 a 13 años), adolescencia media o intermedia (14 a 17 años) y adolescencia avanzada o tardía (desde los 18 hasta los primeros años de la década de los 20) (Smetana, Campione-Barr y Metzger, 2006); c) la Ley 1098 de 2006 establece que “se entiende [...] por adolescente las personas entre 12 y 18 años de edad” (art. 3); d) La Ley 375 de 1997, o Ley de la Juventud, establece que “para los fines de participación y derechos sociales se entiende por joven la persona entre 14 y 26 años de edad” (art. 3); e) La Ley 1236 de 2008 en el Capítulo II define como *actos sexuales abusivos* cualquier acto sexual con menores de catorce años.

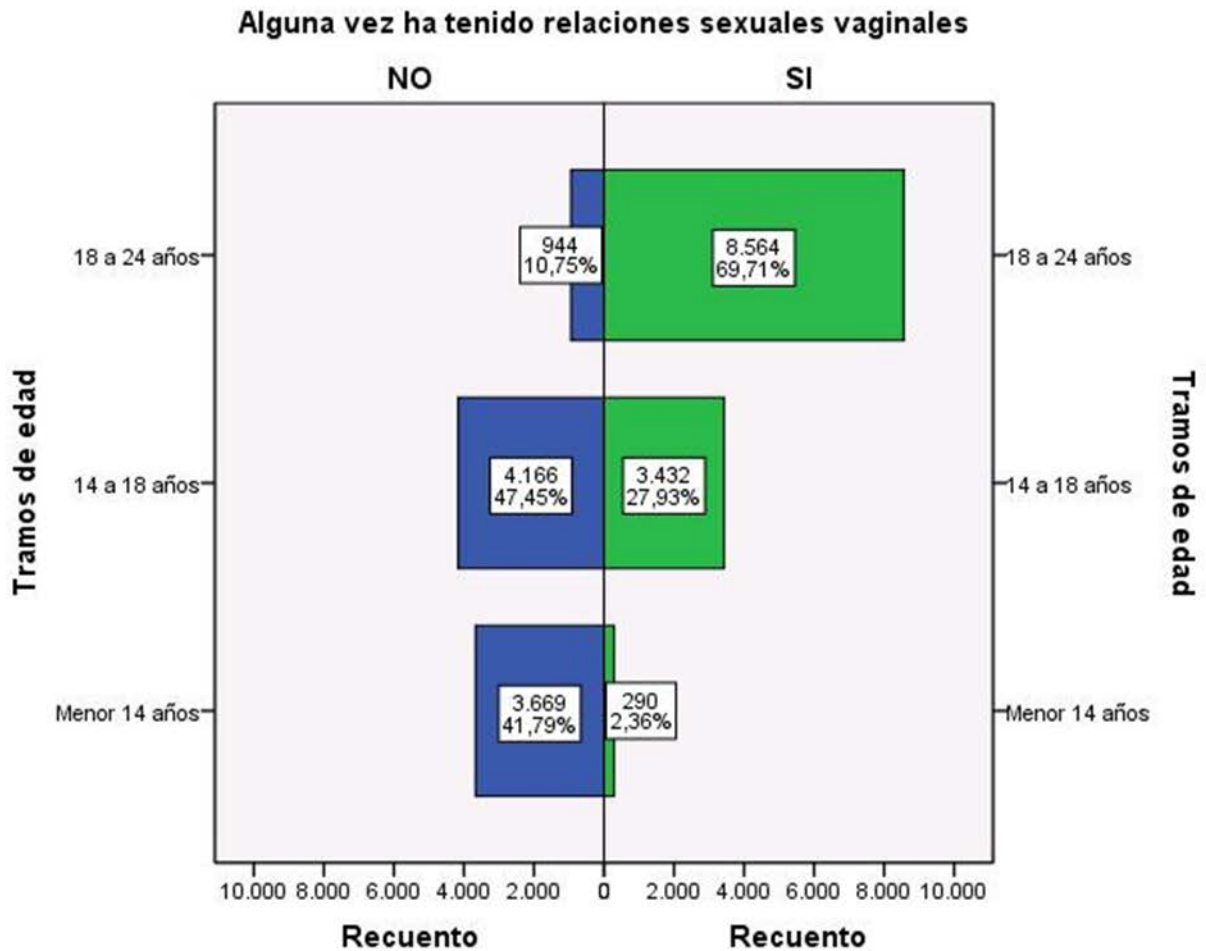


Figura 3. Porcentaje de mujeres que han tenido relaciones sexuales vaginales por tramo de edad de la adolescencia.

En la Figura 4 se presenta el porcentaje de mujeres que dijo haber comenzado a tener relaciones sexuales a cada edad. Los datos muestran que del total de mujeres sexualmente activas, la mayoría (69,19 %) tuvieron su iniciación sexual entre los 15 y los 18 años.

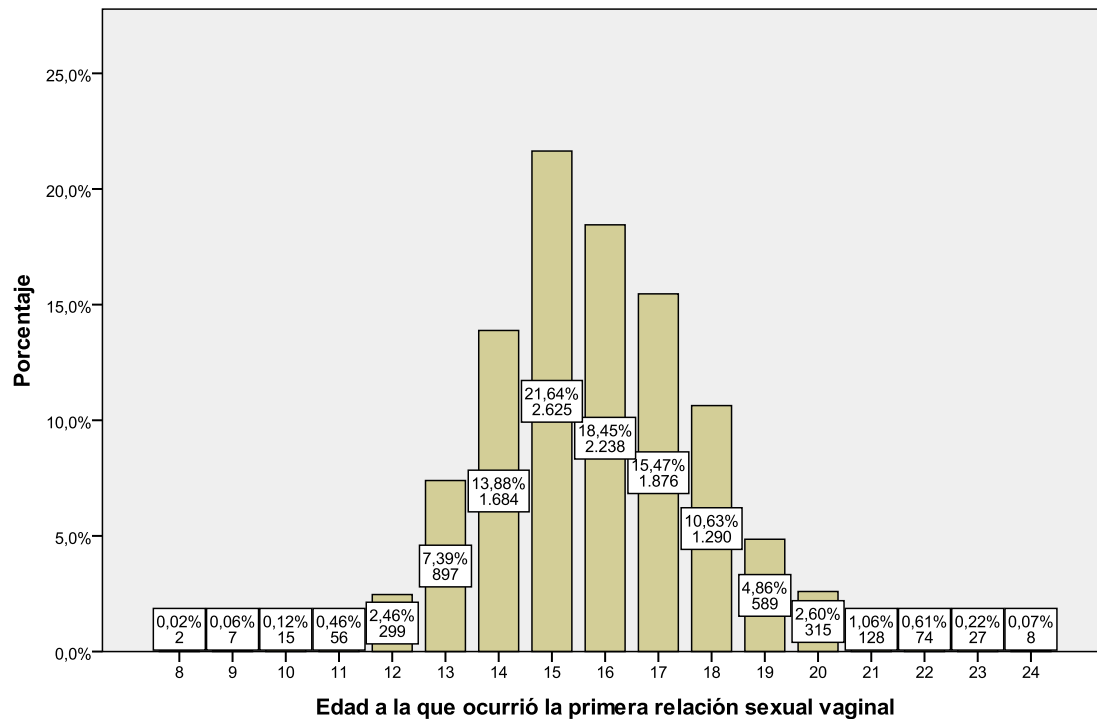


Figura 4. Distribución por edad del inicio de la actividad sexual penetrativa.

Cabe señalar que la mayoría de las mujeres activas sexualmente tuvieron su primera relación sexual antes de recibir educación en temas de sexualidad por primera vez (ver Tabla 4).

Tabla 4. Porcentaje de mujeres que iniciaron actividad sexual antes de recibir educación sexual.

Inicio de actividad sexual antes de recibir educación sexual

	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado
NO	2796	27	27
SI	7565	73	100
Total	10361	100	

Otro dato relevante que permite describir las circunstancias en las que ocurrió la iniciación sexual de las mujeres participantes en la ENDS 2010 es el de la edad de la pareja en esa ocasión. Se encontró que esta oscila entre los 10 y los 63 años (Media = 20,80; DT = 4,835). Para determinar la asimetría por edad en la relación se calculó la diferencia entre la edad de la pareja y la de la mujer en el primer coito. En la Figura 5 se observa que mientras el 63,9 % tuvo su primera relación sexual vaginal o penetrativa con una pareja

que le llevaba máximo 5 años de diferencia, el 2,7 % de las mujeres la tuvo con parejas 1 a 7 años menores que ellas y el 30,7 % con parejas mayores (entre 6 y 49 años de diferencia).

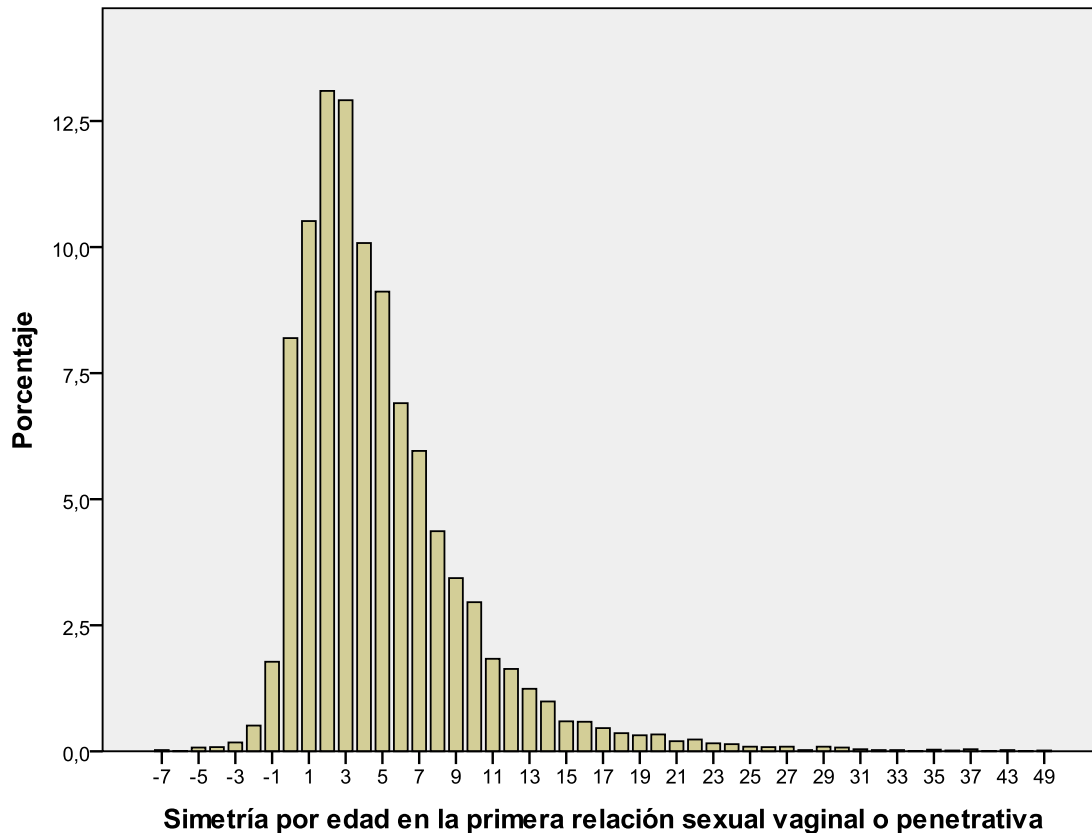


Figura 5. Diferencia de edad entre la mujer y su pareja en la primera relación sexual vaginal.

De otro lado, se encontró que el 29% del total de mujeres tuvo su primer hijo antes de los 24 años (Media = 17,48; DT = 2,272). Si bien la mayoría de los nacimientos ocurre después de los 16 años de edad, un 19,5% de las mujeres dijo haber tenido su primer hijo entre los 11 y los 15 años (Ver Figura 6).

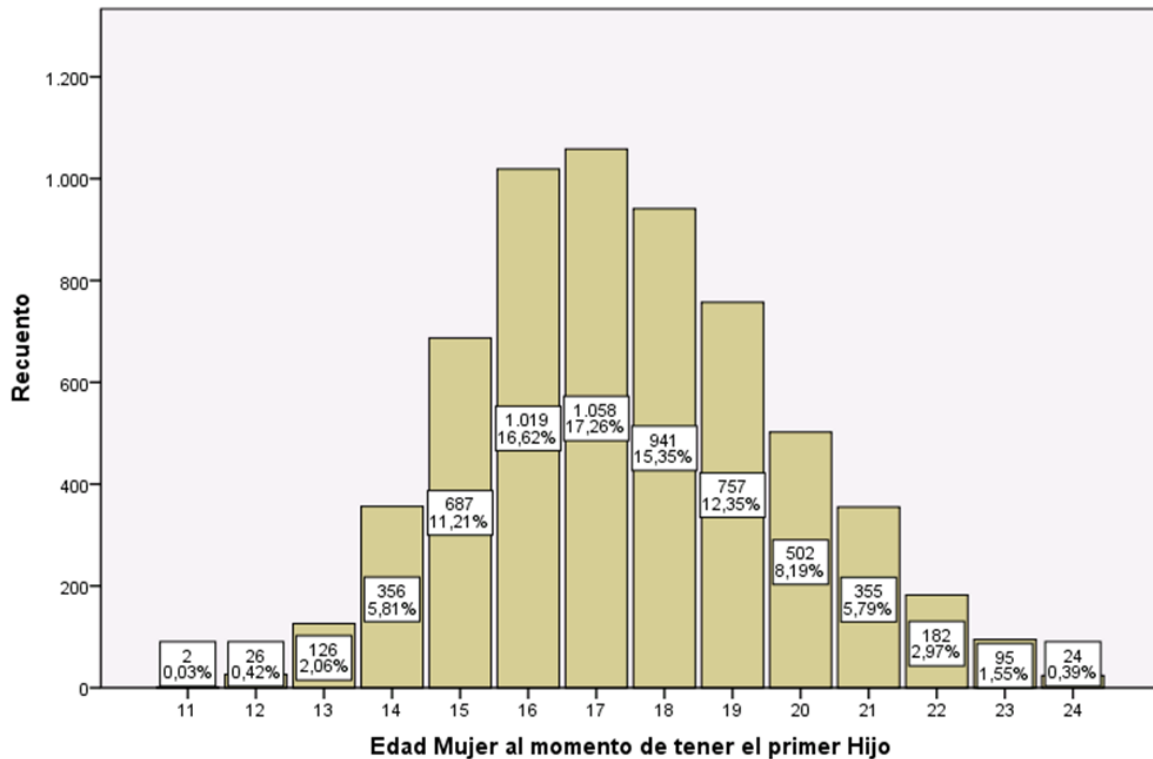


Figura 6. Distribución de las mujeres que han sido madres según la edad al momento de tener el primer hijo

Con respecto a la edad a la que ocurrió la primera unión, se encontró que solo 82 mujeres reportaron este dato durante la entrevista. Para este grupo la edad promedio fue de 15,5 años (Mínimo = 10, Máximo = 23, DT = 2,246).

En la Tabla 5 se encuentran los estadísticos descriptivos de las otras variables de interés para el estudio. Sobre los indicadores construidos para dar cuenta de los factores psicosociales del nivel individual (conocimientos, actitudes, percepciones), los resultados indican que la media de las puntuaciones obtenidas por las mujeres tiende a ser baja o moderada. El indicador de la actitud en contra de la violencia basada en el género es el único frente al cual la media de las puntuaciones es alta (Media = 3,97; DT = 0,264).

Es importante señalar que algunas de las preguntas de las ENDS 2010 que son relevantes para dar cuenta de los indicadores definidos, no se les plantean a todas las mujeres entrevistadas. Por ejemplo, las preguntas sobre la percepción de la calidad de un servicio o las razones para llevar a cabo determinada práctica solo se plantean a las mujeres que dicen *no* haber realizado la acción, la actividad o el comportamiento, por ejemplo la citología o el uso de métodos modernos de planificación. Desde el enfoque basado en derechos humanos y el enfoque promocional conocer esta información, tanto de las mujeres que no reportan la práctica como de quienes sí la informan, permitiría analizar

más detalladamente las condiciones de orden individual, interpersonal y contextual que favorecen la garantía de los DHSR.

Tabla 5. Estadísticos descriptivos indicadores del nivel individual.

Indicadores	N	Mínimo	Máximo	Media	DT
Edad a la primera relación sexual	12130	8	24	15,88	2,021
Edad al nacimiento del primer hijo	6130	11	24	17,48	2,272
Edad a la que recibió educación sexual por primera vez	18172	10	24	13,46	2,200
Actividad sexual segura	21065	0	13 ¹²	2,10	2,264
Prácticas de autocuidado de la salud	21065	0	6	1,69	1,473
Ejercicio del derecho a decidir	21065	1	25	11,33	6,487
Conocimiento métodos anticonceptivos	21065	0	13	9,10	2,772
Conocimiento síntomas ITS hombres	21065	0	7	0,69	1,152
Conocimiento síntomas ITS Mujeres	21065	0	9	0,87	1,380
Conocimiento sobre ILVE	21065	0	3	1,95	1,281
Conocimiento periodo fértil	21065	0	2	1,03	0,690
Conocimiento transmisión perinatal VIH	19987	0	5	3,05	1,424
Conocimiento transmisión sexual VIH	19913	0	3	2,33	0,813
Calidad percibida de temas de educación sexual	18185	1	68	35,53	14,254
Utilidad percibida de temas de educación sexual	18293	0	2	1,84	0,414
Actitud hacia personas que viven con VIH	19971	0	4	2,02	1,238
Actitud contra la VBG	21055	0	4	3,97	0,264
Actitud hacia la homosexualidad	21065	0	3	1,32	1,079
No intención de embarazo	21065	0	2	1,06	0,530

¹²Este es el valor máximo reportado en la muestra de mujeres, aunque el número de comportamientos posibles es mucho mayor.

Intención de uso métodos anticonceptivos	21065	0	1	0,93	0,250
Asimetría por edad en primera relación sexual	11934	-7	49	4,89	4,775
Asimetría por edad con pareja actual	5164	-7	49	6,55	6,432
Asimetría por nivel educativo	6091	-3	4	-0,08	0,801

En cuanto a los indicadores del nivel interpersonal, en la Tabla 6 se aprecia que de un total de diecisiete temas sobre sexualidad acerca de los cuales se indaga en la ENDS 2010, las mujeres han estado expuestas a alrededor de 11 (Media = 10,66; DT = 4,978). También se destaca la media tan baja de fuentes de información sexual en cada uno de los ámbitos sobre los cuales se indaga en la encuesta.

Tabla 6. Estadísticos descriptivos de los indicadores del nivel interpersonal analizados en el estudio exploratorio.

Indicadores	N	Mínimo	Máximo	Media	DT
Temas de la sexualidad sobre los que ha recibido información	21065	0	17	10,66	4,978
Educación sexual en el contexto escolar	21065	0	6	0,70	0,820
Educación sexual en servicios de salud	21065	0	7	0,55	0,770
Educación sexual en familia	21065	0	3	0,62	0,775
Otras fuentes de educación sexual en red social próxima y medios de comunicación	21065	0	4	0,25	0,557
Actividades de educación sexual en las que ha participado	21065	0	5	2,34	1,490

Del nivel contextual, primero se presentan los datos recabados de la información proporcionada por el MEN y el MSPS. En la Tabla 7 se listan los departamentos que proporcionaron datos sobre iniciativas de promoción de los DHSR a cargo de instancias gubernamentales.

Tabla 7. Departamentos que cuentan con datos de las tres fuentes secundarias usadas para los propósitos del estudio.

Departamentos	ENDS 2010	PESCC*	SSAAJ**	Departamentos	ENDS 2010	PESCC*	SSAAJ*
Amazonas	X			Guajira	X		
Antioquia	X	X	X	Huila	X	X	X
Arauca	X	X		Magdalena	X	X	
Atlántico	X	X	X	Meta	X	X	X
Bolívar	X	X	X	Nariño	X	X	X
Boyacá	X	X	X	Norte de Santander	X	X	
Caldas	X	X		Putumayo	X	X	
Caquetá	X	X		Quindío	X	X	X
Casanare	X		X	Risaralda	X	X	X
Cauca	X	X	X	San Andrés y Providencia	X	X	
Cesar	X	X	X	Santander	X	X	X
Chocó	X	X	X	Sucre	X	X	
Córdoba	X			Tolima	X	X	X
Cundinamarca	X			Valle del Cauca	X	X	
Guainía	X			Vaupés	X	X	
Guaviare	X			Vichada	X	X	
Bogotá D.C.	X		X				

Nota:

*Información proporcionada por el MEN sobre los departamentos en los cuales se estaba implementando el PESCC a diciembre de 2009.

** Información proporcionada por la Dirección de Salud Pública del MSPS sobre los departamentos en los cuales se habían implementado los SSAAJ a diciembre de 2009 y que participaron en la evaluación sumativa.

La información proporcionada por el MEN permitió establecer que, a diciembre de 2009, de un total de 1098 municipios del país, tan solo en el 24,5 % se estaban implementando acciones del PESCC. En la Tabla 8 se observa el nivel de implantación del programa a nivel nacional.

Tabla 8. Distribución y nivel de implantación del PESCC en todos los municipios del país.

Nivel de implantación PESCC	Municipios		
	Frecuencia	%	% Acumulado
	0	829	75.5
1	87	7.92	83.42
2	87	7.92	91.35
3	95	8.65	100
Total	1,098	100	

Fuente: Ministerio de Educación Nacional.

0 = No se ha implementado, 1= Introducción, 2 = Apropiación, 3 = Sostenibilidad

En cuanto a los SSAAJ, en la Tabla 9 se aprecia que a diciembre de 2009 solo se contaba con información de 11,2 % de los municipios que respondieron a la autoevaluación. La información disponible muestra que la mayoría de los SSAAJ evaluados se encuentran en un nivel medio y alto de desarrollo.

Tabla 9. Distribución y nivel de implantación de los SSAAJ en todos los municipios del país.

Nivel de Implantación SSAAJ	Municipios		
	Frecuencia	%	% Acumulado
	0	975	88.8
1	9	0.82	89.62
2	18	1.64	91.26
3	56	5.1	96.36
4	40	3.64	100
Total	1,098	100	

Fuente: Ministerio de Seguridad y Protección Social.

0 = No se ha implementado, 1 = Inicial, 2 = Bajo, 3 = Medio, 4 = Alto

En la Tabla 10, por su parte, se observa la distribución conjunta de estas iniciativas a nivel nacional.

Tabla 10. Distribución conjunta del PESCC y de los SSAAJ en los municipios del país.

		Nivel de implantación PESCC				Total
		0	1	2	3	
Nivel de implantación SSAAJ	0	745	73	79	78	975
	1	8	0	0	1	9
	2	12	1	1	4	18
	3	37	6	6	7	56
	4	27	7	1	5	40
Total		829	87	87	95	1,098

Fuente: Ministerio de Educación Nacional y Ministerio de Seguridad y Protección Social.
 PESCC: 0 = No se ha implementado, 1= Introducción, 2 = Apropiación, 3 = Sostenibilidad
 SSAAJ: 0 = No se ha implementado, 1= Inicial, 2 = Bajo, 3 = Medio, 4 = Alto

Por otro lado, en las tablas 11y 12se observa la distribución de los municipios en los que se aplicó la ENDS según el nivel de implantación del PESCC y del SSAAJ. En general, se encuentra que la mayoría de las encuestas se aplicaron en municipios con niveles bajos de implantación de los programas estatales de promoción de los DHSR, lo cual corresponde a la distribución de estas iniciativas en el país.

Tabla 11. Distribución de los municipios en los que se aplicó la ENDS 2010 según nivel de implantación del PESCC.

Nivel de implantación PESCC	Municipios		
	Frecuencia	%	% Acumulado
	0	164	63.57
1	29	11.24	74.81
2	38	14.73	89.53
3	27	10.47	100
Total	258	100	

Fuente: Ministerio de Educación Nacional y Profamilia.

PESCC: 0 = No se ha implementado, 1= Introducción, 2 = Apropiación, 3 = Sostenibilidad

Tabla 12. Distribución de los municipios en los que se aplicó la ENDS 2010 según nivel de implantación de los SSAAJ.

Nivel de implantación SSAAJ	Municipios		
	Frecuencia	%	% Acumulado
	0	215	83.33
1	3	1.16	84.5
2	4	1.55	86.05
3	19	7.36	93.41
4	17	6.59	100
Total	258	100	

Fuente: Ministerio de Seguridad y Protección Social y Profamilia.

SSAAJ: 0 = No se ha implementado, 1 = Inicial, 2 = Bajo, 3 = Medio, 4 = Alto

En la Tabla 13 se observa la distribución de los municipios participantes en la ENDS 2010 teniendo en cuenta el nivel de implantación de las dos iniciativas de promoción de los DHSR que se incluyeron en este análisis exploratorio.

Tabla 13. Distribución de los municipios de la ENDS según el nivel de implantación del PESCC y de los SSAAJ.

		Nivel de implantación PESCC				Total
		0	1	2	3	
Nivel de implantación SSAAJ	0	142	21	31	21	215
	1	3	0	0	0	3
	2	2	0	1	1	4
	3	9	4	5	1	19
	4	8	4	1	4	17
Total		164	29	38	27	258

Fuente: Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Seguridad y Protección Social y Profamilia.

PESCC: 0 = No se ha implementado, 1= Introducción, 2 = Apropiación, 3 = Sostenibilidad
 SSAAJ: 0 = No se ha implementado, 1 = Inicial, 2 = Bajo, 3 = Medio, 4 = Alto

De otro lado, en las tablas 14, 15 y 16 se presenta la distribución de las mujeres entrevistadas de 13 a 24 años en función del nivel de implantación de las iniciativas en los municipios donde viven. En general, los datos indican que la muestra es adecuada para realizar los cálculos exploratorios de interés para los propósitos de esta investigación.

Tabla 14. Distribución de las mujeres en edad fértil, de 13 a 24 años, participantes en la ENDS 2010 según el nivel de implantación del PESCC.

Mujeres participantes en la ENDS 2010 de 13 a 24 años de edad			
Nivel de implantación PESCC		Frecuencia	%
			% Acumulado
	0	10,370	49.23
	1	3,729	17.7
	2	4,036	19.16
	3	2,930	13.91
	Total	21,065	100

Fuente: Ministerio de Educación Nacional y Profamilia.

PESCC: 0 = No se ha implementado, 1 = Introducción, 2 = Apropriación, 3 = Sostenibilidad

Tabla 15. Distribución de las mujeres en edad fértil, de 13 a 24 años, participantes en la ENDS 2010 según el nivel de implantación de los SSAAJ.

Mujeres participantes en la ENDS 2010 de 13 a 24 años de edad			
Nivel de implantación SSAAJ		Frecuencia	%
			% Acumulado
	0	14,923	70.84
	1	105	0.5
	2	246	1.17
	3	3,372	16.01
	4	2,419	11.48
	Total	21,065	100

Fuente: Ministerio de Seguridad y Protección Social y Profamilia.

SSAAJ: 0 = No se ha implementado, 1 = Inicial, 2 = Bajo, 3 = Medio, 4 = Alto

Tabla 16. Distribución de las mujeres en edad fértil, de 13 a 24 años, participantes en la ENDS 2010 según el nivel de implantación tanto del PESCC como de los SSAAJ.

		Nivel de implantación PESCC				Total
		0	1	2	3	
Nivel de implantación SSAAJ	0	8,094	2,946	2,519	1,364	14,923
	1	105	0	0	0	105
	2	131	0	83	32	246
	3	1,670	395	1,032	275	3,372
	4	370	388	402	1,259	2,419
Total		10,370	3,729	4,036	2,930	21,065

Fuente: Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Seguridad y Protección Social y Profamilia.

PESCC: 0 = No se ha implementado, 1 = Introducción, 2 = Apropiación, 3 = Sostenibilidad

SSAAJ: 0 = No se ha implementado, 1 = Inicial, 2 = Bajo, 3 = Medio, 4 = Alto

Finalmente, en las tablas 17y 18 se presentan los estadísticos descriptivos de los indicadores socioeconómicos que provienen de diversas fuentes secundarias sobre los municipios del país y, particularmente, de los municipios participantes en la ENDS 2010.

Tabla 17. Estadísticos descriptivos de los indicadores socioeconómicos disponibles para el total de los municipios del país.

Variable	Obs	Mean	Std.Dev.	Min	Max
Población2005	1069	42978.2	251462.1	553	7185889
altura	1059	1208.026	1167.696	2	25221
temperatura	1059	21.52139	4.98274	3.9	28.9
lluvia	1059	1890.506	1055.724	160	9200
areakm	1086	861.7334	2966.894	17.53096	65395.12
totalataques2005/pop	1069	0.0000204	0.0000603	0	0.0006121
desplazados2005/pop	1069	0.0095269	0.0198667	0	0.2484319
tmortalidadinfantil2005	1098	36.40058	14.58488	9.46	116.69
analfabetismo2005	1098	0.1250884	0.0645899	0.0120968	0.6150705
ipm2005	1098	0.7010383	0.1577439	0.15	1
matematicas2005	1086	42.88341	1.957292	28.525	52.51375
Bienestar	1086	0.0028007	1.531645	-8.292039	4.414702

Fuente: DANE, IGAC, Vicepresidencia, Departamento Nacional de Planeación, CERAC, Icfes.

Tabla 18. Estadísticos descriptivos de los indicadores socioeconómicos disponibles para los municipios del país participantes en la ENDS 2010.

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Población2005	257	127326.9	503782.4	2354	7185889
altura	252	938.6627	877.2271	2	3046
temperatura	252	22.83492	4.671902	10.8	28.8
lluvia	252	1932.516	1177.388	160	7750
areakm	254	1647.352	4983.843	17.53096	65395.12
totalataques2005/pop	257	0.0000184	0.0000423	0	0.000264
desplazados2005/pop	257	0.0090597	0.0164852	0	0.1225145
tmortalidadinfantil2005	258	33.83667	15.67556	9.46	116.69
analfabetismo2005	258	0.1135529	0.0733205	0.0143046	0.6150705
ipm2005	258	0.6485659	0.1976631	0.15	0.99
matematicas2005	254	43.0926	1.553789	36.6113	49.18374
Bienestar	254	0.4358802	1.831079	-8.292039	4.414702

Fuente: DANE, IGAC, Vicepresidencia, Departamento Nacional de Planeación, CERAC, Icfes.

5.2. Análisis exploratorios multivariados

En este apartado se presentan los resultados de los análisis econométricos realizados para responder a cada una de las preguntas del estudio sobre las relaciones entre los factores del nivel individual, interpersonal y contextual que, de acuerdo con la literatura y el marco de referencia teórico, están asociadas al ESSR. Con fines de facilitar la lectura de este apartado, en las tablas siguientes se presentan los coeficientes de mayor interés para responder a los interrogantes planteados. En el Anexo X se incluyen los coeficientes de todas las variables examinadas.

Antes de continuar con la lectura, se recomienda interpretar los hallazgos con cautela, teniendo en cuenta que el diseño del estudio no admite inferencias de causalidad, para tal fin se requiere un esfuerzo de mayor envergadura de cara a establecer el diseño de tipo no-experimental que, a través de técnicas instrumentales o de otro tipo, facilite la evaluación de impacto de las iniciativas de educación sexual implementadas en el país.

1. ¿El estatus de salud sexual y reproductiva de las mujeres colombianas en edad fértil, de 13 a 24 años, se relaciona con sus prácticas sexuales?

Antes de responder la pregunta conviene recordar que el índice de prácticas sexuales construido para los propósitos de este estudio corresponde a comportamientos, actividades o acciones implementadas por las mujeres que contribuyen a promover, mantener o recuperar su salud sexual. De igual manera, en la Tabla 19 se observa que el número de prácticas sexuales que informan las mujeres está relacionado positivamente con haber tenido actividad sexual penetrativa y haber sido madre en la adolescencia. Eso significa que es más probable que las mujeres que informan un mayor número de prácticas sexuales sean las que ya han tenido relaciones sexuales o que son madres. Además, se encontró una relación inversa entre prácticas sexuales y los otros indicadores de estatus de salud sexual. Este resultado sugiere, por una parte, que las mujeres que iniciaron más temprano relaciones sexuales vaginales y las que tuvieron su primer hijo siendo más jóvenes tienden a reportar mayor número de prácticas sexuales. Por otra, se encuentra que las que tuvieron su primera relación sexual antes de haber tenido acceso a educación sexual informan menos prácticas sexuales que favorecen la salud sexual y reproductiva.

Tabla 19. Modelos de regresión para los indicadores del estatus de salud sexual y reproductiva en función de las prácticas sexuales para todas las mujeres de 13 a 24 años de edad.

Modelos de regresión para todas las mujeres					
Variables	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5
	Tener relaciones sexuales	Edad inicio relaciones sexuales vaginales	Inicio de relaciones sexuales antes de recibir educación sexual	Madre en la adolescencia	Edad de la mujer al nacimiento del primer hijo
Prácticas sexuales	0.210*** (0.00349)	-0.231*** (0.0234)	-0.0161*** (0.00620)	0.0605*** (0.00357)	-0.0744** (0.0375)
Constante	-0.0343 (0.0942)	4.703*** (0.815)	0.486** (0.231)	0.177* (0.0990)	2.285 (1.533)
Observaciones	20,307	11,770	10,055	20,307	5,802
R-cuadrado	0.631	0.315	0.064	0.309	0.324

Errores Estándar en paréntesis

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

De otro lado, cuando se examinan los modelos de regresión únicamente para las mujeres que tenían una relación de pareja al momento de responder la encuesta, se encuentra que la asociación entre las prácticas sexuales seguras y los indicadores del estatus de salud sexual solo es significativa para la edad de inicio de relaciones sexuales y para ser madre en la adolescencia (Ver Tabla 20). Estos resultados indican que las mujeres que tienen pareja tienen más probabilidad de reportar un mayor número de prácticas sexuales entre más temprano hayan iniciado actividad sexual o si ya son madres.

Tabla 20. Modelos de regresión para los indicadores del estatus de salud sexual y reproductiva en función de las prácticas sexuales de las mujeres de 13 a 24 años de edad con pareja.

Modelos de regresión para mujeres con pareja				
Variables	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4
	Edad inicio relaciones sexuales vaginales	Inicio de relaciones sexuales antes de recibir educación sexual	Madre en la adolescencia	Edad de la mujer al nacimiento del primer hijo
Prácticas sexuales	-0.125*** (0.0401)	-0.00125 (0.0114)	0.0635*** (0.0104)	-0.0252 (0.0553)
Constante	9.262*** (1.427)	0.410 (0.404)	1.176*** (0.358)	6.098*** (1.912)
Observaciones	4,629	3,625	4,630	3,527
R-cuadrado	0.220	0.064	0.175	0.298

Errores Estándar en paréntesis

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

En conjunto, los resultados de las tablas 19y 20 deben ser interpretados como una relación entre indicadores del estatus de salud sexual y reproductiva (variable criterio, dependiente, predicha o explicada) y prácticas sexuales(variable explicativa, independiente o predictora). Los coeficientes de las relaciones identificadas sugieren que las mujeres con mayor número de prácticas sexuales son aquellas que tienen una pareja estable. Sin embargo, es importante anotar que existe un sesgo de selección en esta relación porque el mayor número de prácticas sexuales puede estar asociado con el grupo de mujeres que, habiendo iniciado más temprano y habiendo sido madres en la adolescencia, tienen mayor experiencia sexual a lo largo de su vida y, por lo tanto, han tenido mayor oportunidad de llevar a la acción conductas para promover, mantener o recuperar su salud sexual.

También es importante hacer otra salvedad con respecto al indicador de prácticas sexuales: el supuesto que sustenta este indicador es que es deseable tener mayor número de prácticas de autocuidado. Sin embargo, es importante tener en cuenta que algunas mujeres que no han iniciado relaciones sexuales o que habiéndolas tenido no son madres, pueden reportar solo un indicador (no tener relaciones sexuales vaginales) o dos indicadores eficientes (por ejemplo, usar condón y métodos anticonceptivos modernos), lo cual les permiten mantener su salud sexual y reproductiva.

2. ¿Las prácticas sexuales de las mujeres colombianas en edad fértil, de 13 a 24 años, se relacionan con sus conocimientos, actitudes y percepciones?

Se examinó la relación de las prácticas sexuales con los tres indicadores psicosociales del nivel individual que teóricamente se plantean como determinantes del comportamiento. Como se observa en la Tabla 21, cuando se introducen simultáneamente los conocimientos y las actitudes, la probabilidad de reportar más prácticas sexuales tiende a ser mayor en las mujeres con más conocimientos y las que perciben que los temas de la educación sexual que han recibido han sido de mejor calidad y de mayor utilidad. Estos resultados son similares cuando se examina el grupo total y el grupo de mujeres con pareja.

Tabla 21. Modelos de regresión para prácticas sexuales de todas las mujeres y de las mujeres de 13 a 24 años con pareja en función de conocimientos, actitudes y percepciones.

Modelos de regresión para prácticas		
Variables	Modelo 1 Todas las mujeres	Modelo 2 Mujeres con pareja
Conocimientos	0.0945*** (0.00632)	0.0972*** (0.0134)
Calidad percibida temas educación sexual	0.0624*** (0.00703)	0.0806*** (0.0175)
Utilidad percibida temas educación sexual	0.00231*** (0.000631)	0.00651*** (0.00122)
Actitudes	-0.000767 (0.0196)	0.0201 (0.0461)
Constante	-1.876*** (0.384)	-1.680*** (0.621)
Observaciones	17,370	3,587
R-Cuadrado	0.673	0.319

Errores Estándar en paréntesis

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

3. *¿Los conocimientos, las actitudes y las prácticas sexuales de las mujeres se relacionan con los temas de la sexualidad sobre los que les han dado información?*

En la Tabla 22 se aprecia que, conforme a lo planteado teóricamente, a mayor el número de temas de la sexualidad sobre los cuales las mujeres han recibido información, más altas son las puntuaciones en conocimientos (sobre interrupción legal voluntaria del embarazo [ILVE], métodos anticonceptivos, transmisión perinatal del VIH, síntomas de infecciones de transmisión sexual en hombres y mujeres), más favorables las actitudes sexuales (a favor de la homosexualidad, de las personas que viven con VIH, del uso de métodos anticonceptivos y en contra de tener un embarazo en un futuro próximo y de la violencia basada en el género) y mayor es el reporte del número de prácticas sexuales.

4. *¿La exposición a información sobre sexualidad por parte de diferentes fuentes se relaciona con los conocimientos, las actitudes y las prácticas de las mujeres jóvenes?*

En cuanto a las fuentes de educación sexual, en la Tabla 22 también se aprecia que la dirección de la relación varía según el ámbito en el que ésta ocurra. Mientras la educación sexual en los servicios de salud y por parte de otras fuentes disponibles en la red social

próxima y los medios de comunicación se asocia positivamente tanto con conocimientos y actitudes como con prácticas, la educación sexual en el contexto escolar se asocia negativamente con prácticas sexuales.

En la Tabla 23, por su parte, se observa que en la regresión para el grupo de mujeres con pareja la relación entre estas variables pasa a ser positiva y deja de ser significativa. Esto sugiere que las mujeres que informan mayor número de fuentes de educación sexual en el contexto escolar tienen más probabilidad de no haber iniciado actividad sexual vaginal o no tener pareja, lo que puede explicar que informen un menor número de prácticas sexuales.

En conjunto, estos resultados sugieren que las mujeres que obtienen más información por parte de los servicios de salud, de las fuentes de información disponibles en la red social próxima o los medios de comunicación son las que tienen mayor experiencia en el ámbito sexual, mientras que el acceso a fuentes de información en el contexto escolar se facilita a las que aún no han iniciado actividad sexual, no son madres o no se han enfrentado a situaciones relacionadas con su SSR.

En estudios a futuro conviene examinar el momento en el que se está accediendo a la información por parte de las distintas fuentes y si este ocurre antes o después de la exposición a situaciones que implican algún riesgo.

5. *¿Los conocimientos, las actitudes y las prácticas sexuales de las mujeres se relacionan con sus percepciones sobre la calidad y la utilidad de la educación sexual que han recibido?* Los resultados de las regresiones que se sintetizan en las tablas 22 y 23 muestran que la calidad percibida de la educación sexual se relaciona positivamente con conocimientos y actitudes cuando se examinan todas las mujeres y con prácticas cuando en el análisis solo se considera la muestra de mujeres con pareja. La utilidad percibida, por su parte, se relaciona únicamente con conocimientos en la muestra total de mujeres; esta relación desaparece en la muestra de mujeres con pareja.

Tabla 22. Modelos de regresión para conocimientos, actitudes y prácticas en función de los indicadores de educación sexual disponibles para todas las mujeres de 13 a 24 años de edad.

Variables	Modelos de regresión para todas las mujeres		
	Modelo 1 Conocimientos	Modelo 2 Actitudes	Modelo 3 Prácticas
Temas de la sexualidad sobre los que ha recibido información	0.0465*** (0.0100)	0.0259*** (0.00842)	0.0127** (0.00648)
Educación sexual en el contexto escolar	0.0414*** (0.0157)	-0.0244* (0.0129)	-0.0194** (0.00979)
Educación sexual en Servicios de Salud	0.170*** (0.0176)	0.0409*** (0.0135)	0.120*** (0.0117)
Educación sexual en familia	0.0928*** (0.0162)	0.0470*** (0.0132)	-0.000501 (0.0102)
Otras fuentes de educación sexual	0.161*** (0.0230)	0.0411** (0.0162)	0.0689*** (0.0143)
Calidad percibida temas educación sexual	0.0153*** (0.00252)	0.00392* (0.00208)	0.00183 (0.00165)
Utilidad percibida temas educación sexual	0.0586* (0.0302)	-0.0220 (0.0300)	0.00614 (0.0194)
Constante	-2.948*** (0.553)	0.396 (0.605)	-2.136*** (0.344)
Observaciones	17,380	17,370	17,699
R-Cuadrado	0.362	0.116	0.670

Errores Estándar en paréntesis

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Tabla 23. Modelos de regresión para conocimientos, actitudes y prácticas en función de los indicadores de educación sexual disponibles para las mujeres de 13 a 24 años de edad con pareja.

Variables	Modelos de regresión para mujeres con pareja		
	Modelo 1 Conocimientos	Modelo 2 Actitudes	Modelo 3 Prácticas
Temas de la sexualidad sobre los que ha recibido información	0.0757*** (0.0247)	0.0421** (0.0184)	-0.00452 (0.0157)
Educación sexual en el contexto escolar	-0.0391 (0.0391)	-0.0679** (0.0308)	0.0371 (0.0230)
Educación sexual en Servicios de Salud	0.108*** (0.0368)	-0.00526 (0.0277)	0.104*** (0.0207)
Educación sexual en familia	0.0921** (0.0380)	0.0147 (0.0293)	0.0328 (0.0245)
Otras fuentes de educación sexual	0.137*** (0.0512)	0.00892 (0.0370)	0.0467 (0.0334)
Calidad percibida temas educación sexual	7.30e-05 (0.00653)	-0.00530 (0.00476)	0.00846** (0.00412)
Utilidad percibida temas educación sexual	0.0179 (0.0668)	0.0419 (0.0665)	0.0228 (0.0479)
Constante	-0.143 (1.032)	1.064 (0.910)	-1.576** (0.631)
Observaciones	3,589	3,587	3,624
R-Cuadrado	0.244	0.095	0.306

Errores Estándar en paréntesis

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

6. ¿La calidad percibida de la educación sexual se relaciona con los temas de la sexualidad sobre los cuales las mujeres han recibido información, las fuentes de información y la utilidad percibida de esos temas?

En las tablas 24 y 25 se encuentra que, tanto para la muestra total de mujeres participantes en la encuesta como para el grupo con pareja, la probabilidad de que los temas de educación sexual sean percibidos de buena calidad aumenta según el número de temas de los que les han hablado, el número de fuentes de información en el ámbito familiar y la utilidad percibida, mientras que si la información proviene del contexto escolar la probabilidad se reduce. Para el caso de todas las mujeres, la calidad percibida también tiende a ser negativa cuando la información proviene de otras fuentes en la red social próxima y los medios de comunicación.

Tabla 24. Modelo de regresión para calidad percibida de la educación sexual en función de temas, fuentes y utilidad percibida de la información sobre sexualidad en todas las mujeres de 13 a 24 años de edad.

Modelo de regresión para todas las mujeres	
Variables	Modelo 1 Calidad percibida temas educación sexual
Temas de la sexualidad sobre los que ha recibido información	3.637*** (0.0145)
Educación sexual en el contexto escolar	-0.177*** (0.0593)
Educación sexual en servicios de Salud	0.0823 (0.0634)
Educación sexual en familia	0.293*** (0.0619)
Otras fuentes de educación sexual	-0.234*** (0.0847)
Utilidad percibida temas educación sexual	1.723*** (0.110)
Constante	-12.91*** (2.692)
Observaciones	17,699
R-Cuadrado	0.889

Errores Estándar en paréntesis

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Tabla 25. Modelo de regresión para calidad percibida de la educación sexual en función de temas, fuentes y utilidad percibida de la información sobre sexualidad en las mujeres de 13 a 24 años de edad con pareja.

Modelo de regresión para mujeres con pareja	
Variables	Modelo 1 Calidad percibida temas educación sexual
Temas de la sexualidad sobre los que ha recibido información	3.641*** (0.0261)
Educación sexual en el contexto escolar	-0.311** (0.128)
Educación sexual en servicios de Salud	0.104 (0.119)
Educación sexual en familia	0.288** (0.145)
Otras fuentes de educación sexual	-0.279 (0.172)
Utilidad percibida temas educación sexual	1.527*** (0.192)
Constante	-17.50*** (3.686)
Observaciones	3,624
R-Cuadrado	0.916

Errores Estándar en paréntesis

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

De otro lado, al examinar la calidad percibida de la educación sexual, en función de las actividades en las que han participado todas las mujeres, se encontró que los talleres y las videoconferencias aumentan la probabilidad de que la valoración sea positiva (ver Tabla 26). En la Tabla 27 se observa que esta relación deja de ser significativa cuando se analiza el grupo de mujeres con pareja.

Tabla 26. Modelo de regresión para calidad percibida de la educación sexual según actividades en las que han participado todas las mujeres.

Modelo de regresión para todas las mujeres	
Variables	Modelo 1 Calidad percibida temas educación
Participó en educación sexual en una institución escolar de secundaria	0.190 (0.221)
Participó en conferencias	0.0332 (0.102)
Participó en talleres	0.392*** (0.107)
Participó en video conferencias	0.703*** (0.127)
Alguna vez ha participado en actividades sobre educación sexual	-0.403 (0.246)
Constante	-12.91*** (2.692)
Observaciones	17,699
R-Cuadrado	0.889
Errores Estándar en paréntesis	
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1	

Tabla 27. Modelo de regresión para calidad percibida de la educación sexual según actividades en las que han participado las mujeres con pareja.

Modelo de regresión para mujeres con pareja	
Variables	Modelo 1 Calidad percibida temas educación
Participó en educación sexual en una institución escolar de secundaria	-0.111 (0.323)
Participó en conferencias	-0.286 (0.207)
Participó en talleres	0.0712 (0.222)
Participó en video conferencias	0.413 (0.269)
Alguna vez ha participado en actividades sobre educación sexual	-0.171 (0.389)
Constante	-17.50*** -3.686
Observaciones	3,624
R-Cuadrado	0.916
Errores Estándar en paréntesis	
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1	

7. *¿Los conocimientos, las actitudes y las prácticas se relacionan con la participación en actividades de educación sexual?*

Tal como se presenta en la Tabla 28, se encontró que para todas las mujeres de 13 a 24 años edad el haber participado en conferencias, talleres o videoconferencias se relaciona positivamente con los conocimientos. También se estableció que la participación en talleres se relaciona positivamente con prácticas sexuales y que la participación en conferencias se asocia positivamente con actitudes pero no con prácticas. En las tablas que se encuentran en el Anexo 1 se observa que estas relaciones se mantienen cuando se introducen las variables socioeconómicas de control de la mujer, de su familia y del municipio en el cual reside.

Tabla 28. Modelos de regresión lineal para conocimientos, actitudes y prácticas de todas las mujeres de 13 a 24 años de edad en función de la participación en actividades de educación sexual.

Variables	Modelos de regresión para todas las mujeres		
	Modelo 1 Conocimientos	Modelo 2 Actitudes	Modelo 3 Prácticas
Participó en educación sexual en una institución escolar de secundaria	0.0253 (0.0596)	-0.0241 (0.0477)	-0.0567 (0.0412)
Participó en conferencias	0.184*** (0.0263)	0.0999*** (0.0224)	0.00536 (0.0172)
Participó en talleres	0.131*** (0.0287)	-0.00844 (0.0236)	0.0380** (0.0182)
Participó en video conferencias	0.155*** (0.0355)	0.0452 (0.0278)	0.0257 (0.0212)
Alguna vez ha participado en actividades sobre educación sexual	-0.104 (0.0667)	-0.00873 (0.0565)	0.0125 (0.0455)
Constante	-2.948*** (0.553)	0.396 (0.605)	-2.136*** (0.344)
Observaciones	17,380	17,370	17,699
R-Cuadrado	0.362	0.116	0.670

Errores Estándar en paréntesis
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

De otro lado, cuando se examinaron estas relaciones para el grupo de mujeres con pareja, se encontró que haber participado en talleres y conferencias solo se relaciona positiva y significativamente con conocimientos (Tabla 29). Esto es, las mujeres actualmente unidas tienen más probabilidad de reportar mayores conocimientos en sexualidad si han participado en procesos de educación sexual a través de conferencias o talleres.

Tabla 29. Modelos de regresión lineal para conocimientos, actitudes y prácticas en función de las actividades de educación sexual en las cuales han participado las mujeres de 13 a 24 años de edad con pareja.

Variables	Modelos de regresión para mujeres con pareja		
	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
	Conocimientos	Actitudes	Prácticas
Participó en educación sexual en una institución escolar de secundaria	0.114 (0.0951)	-0.0221 (0.0820)	0.0112 (0.0570)
Participó en conferencias	0.185*** (0.0598)	0.0630 (0.0465)	-0.0448 (0.0371)
Participó en talleres	0.121* (0.0669)	-0.000223 (0.0515)	-0.0369 (0.0410)
Participó en video conferencias	0.130 (0.0831)	0.0323 (0.0599)	-0.0265 (0.0453)
Alguna vez ha participado en actividades sobre educación sexual	-0.137 (0.109)	0.0951 (0.101)	0.0403 (0.0677)
Constante	-0.143 (1.032)	1.064 (0.910)	-1.576** (0.631)
Observaciones	3,589	3,587	3,624
R-Cuadrado	0.244	0.095	0.306

Errores Estándar en paréntesis
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

8. ¿La calidad percibida se relaciona con la disponibilidad de iniciativas de promoción de los DHSR (PESCC y SSASAJ) en el municipio en el que viven las mujeres?

Como se observa en la Tabla 30, los análisis realizados para todas las mujeres de 13 a 24 años de edad que participaron en la encuesta indican que a mayor nivel de implantación del PESCC en el municipio en que viven, más favorable es la percepción de la calidad de la educación sexual. Por su parte, el porcentaje de desarrollo de los SSAAJ en los municipios no se relaciona significativamente con la calidad percibida.

Tabla 30. Modelo de regresión para calidad percibida de los temas de educación sexual en función de la disponibilidad de PESCC y SSAAJ en los municipios donde viven todas las mujeres y las mujeres de 13 a 24 años de edad con pareja.

Modelo de regresión para calidad percibida de los temas de educación sexual		
Variables	Modelo 1	Modelo 1
	Todas las mujeres	Mujeres con pareja
PESCC	0.465*** (0.120)	0.743** (0.295)
SSAAJ	0.0299 (0.0828)	0.215 (0.201)
Constante	1.202 (5.506)	18.20 (11.99)
Observaciones	17,229	3,573
R-Cuadrado	0.202	0.168

Errores Estándar en paréntesis

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

9. *¿Las fuentes de información, los temas de la sexualidad sobre los que les han dado información y haber participado en actividades de educación sexual se relacionan con la disponibilidad de iniciativas de promoción de los DHSR (PESCC y SSAAJ) en el municipio en el que viven las mujeres?*

Los resultados de los análisis que se sintetizan en la Tabla 31 indican que es más probable que ocurra la participación en actividades de educación sexual si las mujeres viven en municipios donde el porcentaje de desarrollo de los SSAAJ es más bajo. Asimismo, es más probable que el número de temas de la sexualidad sobre los que les han hablado sea mayor en las mujeres que viven en los lugares donde el nivel de desarrollo de los SSAAJ está más avanzado.

El número de temas de la sexualidad sobre los cuales las mujeres dicen haber recibido información tiende a disminuir conforme se incrementa el nivel de implantación del PESCC en los municipios. Este resultado, que parece ser contraintuitivo en tanto que a mayor nivel de implantación se supone mayor acceso a educación sexual, es evidencia consistente con el abordaje transversal que propone el PESCC. El resultado sugiere que es menos probable que las mujeres que viven en los municipios donde el PESCC ha alcanzado mayores niveles de apropiación puedan dar cuenta de “temas” sobre los cuales les han hablado de manera explícita. Lo contrario ocurre frente a los SSAAJ, donde es más probable que las mujeres puedan distinguir los temas que corresponden a los asuntos de la sexualidad que se privilegian en la ENDS.

Tabla 31. Modelos de regresión para fuentes de información, temas de la sexualidad y participación en actividades de educación sexual según disponibilidad de iniciativas de promoción de los DHSR (PESCC y SSAAJ) en los municipios en los que viven las mujeres de 13 a 24 años de edad.

Variables	Modelos de regresión para todas las mujeres			
	Modelo 1 Educación sexual en contexto escolar	Modelo 2 Educación sexual en servicios de salud	Modelo 3 Participación en educación sexual	Modelo 4 Temas sobre los que le han hablado
PESCC	0.00457 (0.00787)	0.00590 (0.00726)	-0.000521 (0.00266)	-0.0308*** (0.0111)
SSAAJ	0.00822 (0.00561)	-0.00156 (0.00517)	-0.00663*** (0.00198)	0.0296*** (0.00785)
Constante	-1.236*** (0.390)	-0.105 (0.293)	0.429 (0.363)	3.755*** (0.742)
Observaciones	17,131	17,131	17,131	17,131
R-Cuadrado	0.067	0.103	0.138	0.893

Errores Estándar en paréntesis
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

10. *¿La disponibilidad de iniciativas de promoción de los DHSR en los municipios en los que viven las mujeres colombianas en edad fértil, de 13 a 24 años, se relaciona con sus conocimientos, sus actitudes y sus prácticas sexuales?*

Al examinar en la muestra total de mujeres de 13 a 24 años de edad la relación de la disponibilidad de iniciativas de promoción de los DHSR con conocimientos y actitudes, se encontró que el nivel de implantación del PESCC en las entidades municipales se relaciona positivamente con actitudes y negativamente con conocimientos (Tabla 32). En la Tabla 33 se aprecia que estas relaciones dejan de ser significativas en el subgrupo de mujeres con pareja.

Tabla 32. Modelos de regresión para conocimientos y actitudes en función de la disponibilidad de PESCC y SSAAJ en los municipios donde viven todas las mujeres de 13 a 24 años de edad.

Modelos de regresión para todas las mujeres

Variables	Modelo 1	Modelo 2
	Conocimientos	Actitudes
PESCC	-0.0246** (0.0116)	0.0178* (0.00984)
SSAAJ	0.00678 (0.00820)	-0.0104 (0.00694)
Constante	-2.984*** (0.545)	0.370 (0.616)
Observaciones	16,915	16,905
R-Cuadrado	0.337	0.112

Errores Estándar en paréntesis
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Tabla 33. Modelo de regresión para conocimientos y actitudes en función de la disponibilidad de PESCC y SSAAJ en los municipios donde vive el grupo de mujeres de 13 a 24 años de edad con pareja.

Modelos de regresión para mujeres con pareja

Variables	Modelo 1	Modelo 2
	Conocimientos	Actitudes
PESCC	-0,0166 (0,0258)	0,0280 (0,0219)
SSAAJ	0,0219 (0,0186)	-0,00196 (0,0146)
Constante	0,358 (1,049)	1,298 (0,913)
Observaciones	3,538	3,536
R-Cuadrado	0,219	0,089

Errores Estándar en paréntesis
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Por otro lado, en la Tabla 34 se presenta el modelo que se obtuvo para prácticas sexuales en función de la disponibilidad de iniciativas de promoción de los DHSR en los municipios donde viven las mujeres. Se observa que, para todas las mujeres, la probabilidad de que reporten un mayor número de prácticas sexuales aumenta conforme se incrementa el nivel de implantación del PESCC en los municipios.

Tabla 34. Modelo de regresión para prácticas sexuales en función de la disponibilidad de iniciativas de promoción de los DHSR en los municipios donde viven las mujeres de 13 a 24 años de edad.

Modelos de regresión para todas las mujeres	
Variables	Modelo 1 Prácticas
PESCC	0.0137* (0.00721)
SSAAJ	-0.00793 (0.00509)
Constante	-1.539*** (0.261)
Observaciones	19,821
R-Cuadrado	0.665
Errores Estándar en paréntesis	
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1	

Por último, conviene reiterar que todas las relaciones identificadas que se describieron en los apartados precedentes se mantienen cuando se introducen en los análisis como control las variables socioeconómicas de los niveles individual, interpersonal y contextual. Como ya se ha mencionado, los resultados de estos análisis se incluyen en el Anexo 1.

6. Conclusiones

Este estudio exploratorio ha tenido como finalidad profundizar en la información sobre educación sexual disponible en la ENDS 2010 en relación con las mujeres en edad fértil de 13 a 24 años. Para cumplir con los objetivos planteados el estudio se fundamentó en el enfoque basado en derechos humanos (EBDH) y en el modelo ecológico de los comportamientos en salud. De acuerdo con estas dos aproximaciones, los análisis se realizaron considerando factores de tres niveles de influencia: el nivel individual, el nivel interpersonal y el nivel contextual.

Como resultado de los análisis multivariados, el estudio permite concluir que la disponibilidad de iniciativas de promoción de los derechos humanos sexuales y reproductivos en los municipios donde viven las mujeres se relaciona con sus prácticas sexuales. Efectivamente, los resultados indican que las mujeres que viven en municipios en donde se ha logrado un mayor nivel de apropiación del programa de educación para la sexualidad que coordina el MEN tienen más probabilidad de reportar un mayor número de prácticas de autocuidado que contribuyen a la protección, mantenimiento o recuperación de la SSR. El PESCC, además, se relaciona con actitudes más favorables hacia asuntos que conciernen a la sexualidad (la homosexualidad, las personas que viven con el VIH, el uso de métodos anticonceptivos modernos y en contra del embarazo en un futuro cercano y de la violencia basada en el género).

Estos hallazgos son consistentes con el énfasis del programa en la transformación de los factores culturales que obstaculizan el ejercicio real y efectivo de los DHSR. Adicionalmente, este tipo de evidencia apoya la relevancia de reconocer en el diseño de acciones y en el análisis de las mismas la triada de actores implicados en los cambios de comportamiento de las mujeres jóvenes en edad fértil, así como en la garantía de sus DHSR: titulares de derechos (las mujeres en la niñez, la adolescencia y la juventud), titulares de responsabilidades (las figuras cuidadoras) y titulares de obligaciones (personal de diferentes sectores gubernamentales, particularmente educación y salud).

De otro lado, se encontró una relación inversa entre el PESCC y los conocimientos acerca de la sexualidad que indaga la ENDS 2010. Si bien este hallazgo requiere de un análisis más detallado y a profundidad en el futuro, también lleva a plantear dos alternativas de explicación: la primera concierne al carácter transversal del programa y su énfasis en los procesos de cambio actitudinal más que cognoscitivo; la segunda se refiere al dominio de conocimientos que examina la ENDS 2010, que privilegia la dimensión biológica y reproductiva de la sexualidad.

No obstante, conviene resaltar que si bien el PESCC no se asocia con conocimientos, los resultados que indican una relación significativa con actitudes y con prácticas aportan evidencia en contra del énfasis que se hace a la adquisición de conocimientos en los procesos de intervención dirigidos a la adopción de los comportamientos determinantes del estatus de salud. Los hallazgos de este estudio apoyan el planteamiento de los modelos de la cognición social (Ajzen y Fishbein, 1980; Bandura, 1997; Conner y Sparks, 1996) sobre la importancia de las actitudes en la promoción de comportamientos saludables. De cara al futuro es necesario examinar el papel mediador o moderador que tienen estas variables en la explicación de las prácticas de autocuidado.

Dado que las asociaciones expuestas no fueron significativas en el grupo de mujeres con pareja, se sugiere revisar las iniciativas de promoción de los DHSR disponibles con el fin de lograr incidir en las cogniciones y conductas de este grupo poblacional.

De otro lado, se encontró que tanto el PESCC como los SSAAJ se relacionan con el acceso a educación sexual, aunque la dirección de las relaciones llaman la atención y convocan a continuar realizando estudios evaluativos sobre las características de las iniciativas que se llevan a cabo. Específicamente, se encontró que a mayor nivel de implantación del PESCC en los municipios donde viven las mujeres, menor es el número de temas que mencionan cuando se les pregunta sobre la información que han recibido. Este resultado es consistente con lo expuesto previamente acerca del énfasis del programa del MEN en procesos transversales dirigidos a promover cambios actitudinales y de comportamiento, más que en proporcionar información explícita sobre la temática.

Un resultado que apoya esta conclusión, y que merece particular atención, es el que indica que las mujeres que viven en municipios con mayor nivel de implantación del PESCC tienden a reportar una mayor calidad percibida de los temas de educación acerca de la sexualidad.

Con respecto a los SSAAJ, se encontró que las mujeres que viven en municipios en donde esta iniciativa ha alcanzado mayor desarrollo, reportan menor participación en actividades de educación sexual, aunque refieren un mayor número de temas sobre los cuales les han hablado. Este resultado sugiere que en el contexto de los SSAAJ las mujeres tienen mayor probabilidad de recibir información sobre diversos temas acerca de la sexualidad. De cara al futuro conviene averiguar en qué contexto se da esa información: a juzgar por los resultados de este estudio, la información puede estar circunscrita a la que se ofrece en la consulta y no a aquellos espacios de intervención grupal que las personas tienden a clasificar como “educativos”.

En cuanto a la participación en actividades de educación sexual y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas, son interesantes los resultados que apoyan la importancia de prestar atención a las metodologías que se usan para promover cambios en estos factores psicosociales. Tal como lo advierten los expertos en pedagogía, los resultados indican que las mujeres que reconocen haber participado en talleres, conferencias y videoconferencias obtienen puntuaciones más altas en conocimientos. Asimismo, mientras las que dicen haber participado en talleres informan mayor número de prácticas sexuales que promueven la SSR, las que reportaron haber participado en conferencias refieren actitudes más favorables. Cabe señalar que cuando se analizan los datos separadamente para las mujeres con pareja, la asistencia a talleres y conferencias solo se relaciona con conocimientos.

Este hallazgo, al igual que otros referidos arriba con respecto a las mujeres con pareja, plantea la necesidad de contar con información sobre el otro integrante de la diada relacional con el fin de explorar los cambios en los procesos de toma de decisiones con respecto al comportamiento sexual. Conviene tener en cuenta que, desde la perspectiva de género, no basta con indagar sobre el ESSR, conocimientos, actitudes, percepciones y prácticas de las mujeres unidas, también es importante tener en consideración la

información sobre sus compañeros. Para tal fin es fundamental ajustar las estrategias de indagación e intervención sobre las características de la población de hombres que conforman pareja con mujeres jóvenes, tal como lo exige el EBDH, que invita a que las acciones en pro de la garantía de los DHR se caractericen por estar adaptadas a las características socioculturales de la población.

Consistentemente con estos resultados se encontró que la calidad percibida de la educación sexual tiende a ser más favorable en las mujeres que han participado en talleres o videoconferencias. En conjunto, los hallazgos destacan la importancia de combinar estas metodologías didácticas en los procesos educativos que tienen como finalidad la promoción de prácticas saludables, al mismo tiempo que recomiendan la adquisición de conocimientos y la construcción de actitudes favorables al ejercicio de los DHR. Para tal fin es necesario, como se planteó en el marco teórico (Hirst, 2008; Kirby, 2007; Vivo, López-Peña y Saric, 2012, entre otros), contar con personas capacitadas para dar información y, sobre todo, para acompañar verdaderos procesos de aprendizaje, característica presente en los programas que se han identificado como efectivos en generar cambios en los indicadores de SSR.

En este mismo orden de ideas, los resultados muestran que la calidad percibida de los temas sobre los cuales las mujeres dicen haber recibido información tiende a ser más favorable en la medida en que se incrementa el número de asuntos sobre los cuales les han hablado. También se encontró que la valoración tiende a ser más favorable cuando se dispone de más fuentes de información en el ámbito familiar, si se examina el grupo total de mujeres, o en los servicios de salud, cuando se analiza solo el grupo de mujeres con pareja.

Contrariamente a lo esperado, se encontró que un mayor número de fuentes de información en el contexto escolar incrementa la probabilidad de que la calidad percibida de los temas sobre los cuales se ha recibido información sea menos favorable. Teniendo en cuenta los hallazgos que se describieron antes sobre la relación positiva y significativa entre nivel de implantación del PESCC y calidad percibida, puede plantearse como hipótesis frente a esta asociación inversa que no basta con que en el contexto escolar se hable del tema, es necesario también prestar atención al qué se habla, cómo se habla, quién aborda el asunto y desde qué perspectiva. Dada la relevancia que tienen las personas que se encuentran en el ámbito escolar como fuentes primarias de referencias para la construcción de la sexualidad, en estudios posteriores conviene profundizar en lo que las mujeres identifican como educación sexual y la distinción que hacen de las actividades en las que dicen haber participado.

Los análisis de regresión en los cuales se incluyeron como variables explicadas los conocimientos, las actitudes y las prácticas y como variables explicativas los temas acerca de la sexualidad sobre los cuales han recibido información, las fuentes de información la calidad y la utilidad percibida apoyan el planteamiento anterior. En general, se encontró

que disponer de un mayor número de fuentes de información en todos los ámbitos incrementa la probabilidad de que las mujeres obtengan puntuaciones más altas en conocimientos. A diferencia de lo que ocurre con las fuentes de información en otros contextos, el número de fuentes de información en el ámbito escolar se relaciona negativamente tanto con actitudes como con prácticas. Esto es, un mayor número de fuentes de información en el colegio, incrementa la probabilidad de que las mujeres expresen actitudes menos favorables al ejercicio de los DHSR, aunque al mismo tiempo informan un menor número de prácticas sexuales. En el caso de las mujeres con pareja, se encontró que el mayor número de fuentes de información en este ámbito se asocia con una puntuación más baja en conocimientos y con actitudes más desfavorables. Estudios cualitativos pueden dar luz para comprender estas asociaciones.

Otro hallazgo relevante para los propósitos de este estudio es el que concierne a la relación entre los conocimientos, las actitudes y las percepciones con las prácticas sexuales. De acuerdo con los planteamientos de los modelos de la cognición social en los que se fundamenta el análisis llevado a cabo, se encontró que las mujeres que reportan un mayor número de prácticas sexuales tienen mayor probabilidad de obtener puntuaciones más altas en conocimientos y a valorar más positivamente tanto la calidad como la utilidad de los temas sobre los cuales han recibido información. Estudios posteriores deberán profundizar en los resultados que indican una relación positiva entre actitudes y prácticas cuando se analizan separadamente, pero no cuando se introducen simultáneamente con los conocimientos.

Por último, los resultados sobre la relación que existe entre prácticas sexuales y los indicadores del estatus de salud sexual y reproductiva son consistentes con los de estudios previos sobre el tema. Si bien el carácter no experimental, transversal y exploratorio del estudio impide hacer atribuciones de causalidad, los datos muestran que las mujeres que inician relaciones sexuales vaginales o penetrativas antes de haber recibido educación sexual tienen mayor probabilidad de informar menos prácticas sexuales que fomentan, mantienen o mejoran la SSR.

Las relaciones, aparentemente contradictorias, que se encuentran entre inicio temprano de actividad sexual, ser madre en la adolescencia y menor edad al nacimiento del primer hijo con un mayor número de prácticas sexuales, se explican por la temporalidad de los eventos sobre los cuales se indaga en el proceso de recolección de información. Es decir, todas las mujeres están haciendo referencia a sucesos que ocurrieron en el pasado y, por lo tanto, se debe tener cautela con las interpretaciones de los hallazgos. Estudios posteriores deberán establecer si estos resultados obedecen al esfuerzo de las políticas públicas de carácter preventivo (no promocional) que se focalizan en reducir el impacto negativo que tiene en las adolescentes la iniciación de actividad sexual o la maternidad a temprana edad. La relación de un mayor número de prácticas sexuales con indicadores de ESSR menos favorables también puede ser el resultado de un artificio metodológico, en

tanto que la ENDS 2010 profundiza en la información cuando la mujer refiere situaciones de salud de mayor riesgo o menos favorables.

7. Recomendaciones

Atendiendo al compromiso adquirido con los Ministerios de Educación y de Salud y Protección Social, los cuales proporcionaron información para cumplir con los propósitos de este estudio, y coherentemente con los protocolos de investigaciones que se basan en métodos mixtos, se realizó una reunión con las personas encargadas de los programas de SSAJ y PESCC con el objetivo de compartir, discutir y validar los resultados expuestos en este informe.

Durante dicha reunión, el equipo investigador y las representantes del MEN y del MSPS participantes identificaron recomendaciones de política pública. También plantearon algunas sugerencias para contribuir al mejoramiento metodológico de la ENDS en aras de facilitar el fortalecimiento de aquellos aspectos que permiten dar cuenta de la educación sexual tal como se ha planteado en el marco teórico de este estudio, así como en los lineamientos de políticas públicas, el Conpes 147 y los convenios internacionales.

7.1. Sobre la ENDS

- En línea con el EBDH que ha asumido el país para abordar la SSR y el compromiso que implica la adopción de la perspectiva de género como marco de referencia de las políticas y acciones, es necesario incluir en futuras encuestas datos sobre condiciones de vida, comportamientos, conocimientos, actitudes, intenciones y percepciones de los hombres en los diferentes ámbitos en los cuales se manifiesta la sexualidad: reproducción, anticoncepción, cuidado de los menores a su cargo, inmunización y salud, nupcialidad y comportamiento sexual, preferencias de fecundidad, antecedentes de sus parejas sexuales, prevención de cáncer, ITS incluido el VIH/sida, violencia doméstica, estudio, trabajo.
- De acuerdo con la evidencia que arroja este estudio y la ventana de oportunidad que representa la normatividad vigente, particularmente el Conpes 147, contar con información más detallada sobre la percepción de la calidad de la información relacionada con la sexualidad que proviene de diferentes fuentes contribuiría en el diseño y evaluación de las acciones que se implementan en diferentes niveles (individual, interpersonal y contextual) y desde los distintos sectores implicados, al mismo tiempo que facilitaría cumplir con el principio de rendición de cuentas del enfoque basado en derechos humanos.
- Para comprender decisiones relacionadas con la fecundidad en las mujeres y para robustecer los insumos con los que cuenta la ENDS con relación a la educación sexual, es importante ampliar las preguntas sobre conocimientos e incluir aquellos

relacionados con aspectos psicosociales (no biológicos) de la sexualidad. Adicionalmente, teniendo en cuenta los resultados del presente estudio con respecto a las actitudes, se sugiere incluir escalas de medición diseñadas específicamente para indagar la opinión que tiene la población sobre asuntos como paternidad, maternidad, sexismo, función erótica y salud.

- Desde el EBDH se pueden refinar algunas preguntas con el fin de evidenciar diferentes grados de autonomía en las decisiones relacionadas con la sexualidad que incluye la ENDS y garantizar que el instrumento sea culturalmente sensible. Específicamente se sugiere preguntar sobre si el primer embarazo fue planeado en lugar de deseado; incluir una escala para evaluar si la primera relación fue consensuada en lugar de preguntar directamente, de manera que se controle el sesgo de deseabilidad social y se asegure que la población encuestada responde al mismo constructo; no excluir a las mujeres que reportan la práctica de un comportamiento deseado de la indagación sobre las razones para realizarlo, pues en las alternativas de respuesta se da cuenta de diferentes dimensiones relacionadas con la garantía de los derechos en términos de disponibilidad, accesibilidad, adaptabilidad y aceptabilidad. En este mismo orden de ideas, se recomienda plantear a las adolescentes menores de 18 años las preguntas concernientes a las acciones de prevención de las ITS y las referidas a la citología.
- En el proceso de recolección de información es necesario verificar la información inconsistente que se recaba durante las entrevistas o que se registra durante el procesamiento de los datos, por ejemplo, mujeres que dicen no haber tenido relaciones sexuales vaginales pero que reportan la edad a la que lo hicieron por primera vez, así como mujeres que contestan haber tenido su primera relación a una edad mayor de la que tienen al momento de responder la encuesta. En estos casos, además, es preciso establecer el concepto que tienen las mujeres de relación sexual para cerciorarse de que responden a la pregunta coherentemente.
- Con el fin de asegurar la calidad de la información recabada y facilitar el manejo posterior de la información en ejercicios investigativos como el presentado en este informe, se sugiere revisar las preguntas seleccionadas para las cuales se obtuvo un bajo nivel de consistencia interna y dar cuenta de los constructos propuestos. Para tal fin es necesario explicitar el marco teórico que fundamenta la encuesta y organizar las preguntas en función de los factores objeto de indagación.
- Teniendo en cuenta que la educación sexual hace parte de un proceso de socialización que inicia desde el nacimiento y se manifiesta de diferentes maneras a lo largo de la vida, es importante que se incluyan en los informes de los resultados de la encuesta los datos correspondientes a las mujeres menores de 15 años. Además se sugiere incluir explícitamente la información referente al porcentaje de mujeres que inician actividad sexual penetrativa a cada edad y sobre la proporción de mujeres que usan el

condón en esa primera ocasión en los resúmenes que tienen amplia difusión y que se escriben con el ánimo de facilitar el acceso de diversos públicos.

7.2. Recomendaciones de política

7.2.1. Políticas públicas en educación sexual

- Para asegurar que las actividades de promoción de los DHSR se implementen en los niveles de influencia apropiados es importante tener en cuenta los hallazgos que arrojan investigaciones como esta en donde se examinan, desde el modelo ecológico, los factores de orden individual, interpersonal y contextual que se relacionan con el ESSR.
- Con base en los resultados del estudio, la evidencia sugiere que las mujeres jóvenes que han iniciado actividad sexual o que ya han tenido un hijo aprovechan más los servicios de salud, en este contexto es importante que la consulta diferenciada para adolescentes y jóvenes incluya, además de la orientación en planificación, conversaciones que permitan identificar las actitudes y los conocimientos asociados a las prácticas sexuales que promueven y mantienen la salud, y que a esta estrategia se vinculen con propuestas específicas, y basadas en evidencia, las instituciones privadas del sector salud a las cuales acceden las mujeres afiliadas al sistema de seguridad social contributivo.
- Teniendo en cuenta la evidencia que aporta este estudio en cuanto a la relación de los programas del Estado, particularmente del PESCC, con los factores asociados al ESSR (conocimientos, actitudes y prácticas), se sugiere que la mesa intersectorial lidere las acciones de promoción de los derechos humanos sexuales y reproductivos en el municipio. Los hallazgos de este estudio sugieren que las mujeres que viven en municipios en donde se han alcanzado el nivel más alto de apropiación del PESCC reportan actitudes y prácticas más favorables a la SSR. En este sentido, las secretarías clasificadas en el nivel de sostenibilidad, el cual implica el trabajo intersectorial para la implementación de las acciones, están en capacidad de liderar procesos que trascienden el ámbito escolar y, por lo tanto, de facilitar una gestión articulada de los recursos disponibles para los propósitos que se definan a nivel local para la promoción de los DHSR. Lo anterior cobra particular relevancia si, además, se consideran los resultados identificados en donde se relacionan los conocimientos con otras fuentes de información, como la red social primaria y los medios de comunicación.
- Los hallazgos apuntan a la relación entre los indicadores del ESSR y el trabajo intersectorial. De cara a la expansión del PESCC es importante que se fortalezcan las competencias de las y los docentes y de las personas prestadoras de servicios de salud para la realización de acciones coordinadas entre los dos sectores y otros con competencia en el tema.

- Los resultados de este estudio sobre la relación entre los SSAAJ con conocimientos, por una parte, y el PESCC con actitudes y prácticas, por otra, revelan la importancia del trabajo articulado en el nivel local para que el país logre avanzar en los objetivos que plantea el Conpes 147. En este orden de ideas, resulta prioritario establecer mecanismos que permitan aprovechar las fortalezas tanto de los SSAAJ como del PESCC. Para tal fin es necesario reconocer las modalidades pedagógicas y las contribuciones disciplinares diversas y complementarias que se desarrollan desde cada sector. De esta manera, por ejemplo, el personal de salud podría apoyar al personal de educación para abordar los asuntos biológicos de la sexualidad en el contexto de las estrategias pedagógicas que permiten analizar críticamente los elementos culturales que inciden en las prácticas sexuales determinantes del ESSR de la población. Coherentemente con el EBDH, el trabajo articulado con el sector educativo facilitaría al personal de los SSAAJ incentivar la participación de las y los jóvenes en las decisiones que les conciernen sobre la prestación de los servicios de salud, en cumplimiento de lo dispuesto en el Decreto 1757 de 1994.
- De acuerdo con los resultados del estudio, aumentar la cobertura del PESCC podría impactar los indicadores del ESSR de las mujeres jóvenes del país. Por consiguiente, se recomienda destinar los recursos necesarios para fortalecer el trabajo intersectorial que lidera el sector educativo en el marco del PESCC y acompañar dicho proceso con el diseño oportuno de evaluaciones de resultado, de tal forma que haya información confiable y útil para la rendición de cuentas correspondiente y la toma de decisiones fundamentada en evidencia.

7.2.2. Políticas públicas relacionadas con embarazo en la adolescencia (Conpes 147)

- Los resultados de este estudio son consistentes con los planteamientos teóricos y las evidencias de estudios previos sobre la relación entre las actitudes frente a los asuntos de la sexualidad y las prácticas sexuales saludables. Las ciencias sociales, por su parte, han aportado abundante evidencia sobre el papel de los agentes sociales en el proceso de construcción de las actitudes desde edades muy tempranas. Favorecer el cambio cultural que exige el logro de los objetivos planteados en el Conpes 147 supone, por lo tanto, involucrar a los actores sociales que constituyen las fuentes de apoyo, información y modelo para las personas más jóvenes de la sociedad (figuras cuidadoras, personal de educación y salud, responsables de medios de comunicación, etcétera).
- El Conpes 147 plantea que la educación sexual debe iniciarse desde la infancia con el fin de formar a la población para el ejercicio del derecho a la autonomía. El reconocimiento de las niñas y los niños como sujetos de derechos exige, por una parte, empoderar a las figuras cuidadoras para crear entornos propicios para el

desarrollo de la autonomía y, por otra, implementar procesos de movilización social para posicionar el concepto de niñas, niños, adolescentes y jóvenes empoderadas y empoderados para el ejercicio de sus derechos.

- En los procesos de planificación de las acciones de promoción de los DHSR desde los diferentes sectores hay que tener en cuenta los datos que arroja este estudio sobre el porcentaje de mujeres que han iniciado actividad sexual por tramo de edad, con el fin de identificar los temas pertinentes para cada momento del desarrollo. Así se favorece que las personas cuenten con las competencias (conocimientos, actitudes y prácticas) requeridas para el ejercicio de los derechos y el mantenimiento de la salud.
- Como se señaló en el apartado de conclusiones, es importante que las estadísticas disponibles sobre ESSR se presenten y usen de manera clara, veraz y específica para evitar el reforzamiento de una norma social percibida que no corresponde a la realidad y que sí se constituye en una fuente de presión indirecta para la iniciación sexual en condiciones desprotegidas. Concretamente, se recomienda divulgar la información que se tiene para cada tramo de edad, distinguiendo los datos que corresponden a la niñez, la adolescencia y la juventud. En el diseño de las acciones promocionales esta información es relevante para definir contenidos y estrategias basadas en la evidencia y coherentes con las prácticas características de cada edad. Estos datos facilitan, además, la implementación de iniciativas que cumplan con los criterios del EBDH de adaptabilidad, calidad y aceptabilidad.
- Este estudio, en conjunto con los de otros estudios en el tema de sexualidad disponibles en el país, permiten identificar criterios basados en la evidencia para definir la contratación de servicios de promoción de salud sexual y reproductiva en las diversas líneas de acción que requiere la ejecución del Conpes 147.
- Es de gran importancia acompañar la implementación del Conpes 147 con el fin de asegurar que las decisiones políticas en el nivel local sean consistentes con los acuerdos de Estado y la evidencia científica que soporta las acciones.

7.2.1. Políticas públicas para la movilización social

- Dada la relación identificada entre conocimientos y las otras fuentes de información provenientes de la red social próxima y los medios de comunicación, se sugiere formar, con base en evidencia científica, a actores clave de los medios de comunicación para abordar temáticas de la sexualidad en la infancia, la niñez, la adolescencia y la juventud de manera que contribuyan al logro de los objetivos de las iniciativas de promoción de los derechos humanos sexuales y reproductivos.
- Es necesario identificar estrategias de comunicación que permitan construir actitudes en contra de la iniciación sexual en contextos de asimetría de poder y que pueden

estar asociadas con el embarazo en menores de 14 años (cero tolerancia hacia el embarazo temprano).

Bibliografía

Agbemenu, K. y Schlenk, E. A. (2011). An Integrative Review of Comprehensive Sex Education for Adolescent Girls in Kenya. En: *Journal of Nursing Scholarship*, 43, pp. 54–63.

Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Nueva Jersey: Prentice-Hall.

Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. Chicago: Dorsey Press.

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. En: *Organizational behavior and human decision processes*, 50, pp. 179 – 211. Nueva York: Academic Press.

Allen, L. (2005). *Sexual Subjects: Young People, Sexuality and Education*. Nueva York: Palgrave Macmillan.

Armitage, C.J. y Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behaviour: A meta-analytic review. En: *The British Journal of Social Psychology*, 40, p. 471. Leicester: British Psychological Society.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Nueva York: W. H. Freeman and Company.

Blanco, P. (2004). La violencia de pareja y la salud de las mujeres. En: *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl. 1), pp. 182-190.

Downey, G., Bonica, Ch. y Rincón, C. (1999). Rejection sensitivity and adolescent romantic relationships. En W. Furman, B. B.

Borja Segade, C. y García Varela, P. (2009). Aportes del EBDH a la cooperación para el desarrollo. En: C. Fernández Aller (Coord.). *Marco teórico para la aplicación del enfoque basado en derechos humanos en la cooperación para el desarrollo* (Capítulo 4). Colección Investigación y Debate. Madrid: Los Libros de la Catarata.

Brey, P. (2008). The Technological Construction of Social Power. En: *Social Epistemology*, 22, 1, pp. 71–95. Londres: Taylor & Francis.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge: Harvard University Press.

Bradford Brown, B. y Feiring, C. (Eds.) (1999). *The Development of Romantic Relationships in Adolescence*. New York: Cambridge University Press.

Byers, S. E. (2011). Beyond the Birds and the Bees and Was It Good for You?: Thirty Years of Research on Sexual Communication. *Canadian Psychology*, 52(1), pp. 20–28.

Cohen, J. N., Byers, E. S., Sears, H. A., y Weaver, A. D. (2004). Sexual health education: Attitudes, knowledge, and comfort of teachers in New Brunswick schools. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 13, pp. 1-15.

Conner, M. y Sparks, P. (1996). The theory of planned behaviour and health behaviours. En: Conner, M., Sheeran, P., Norman, P. y Armitage C. J. (2000). Temporal stability as a moderator of relationships in the theory of planned behaviour. *British Journal of Social Psychology*, 39, pp. 469-493.

Cotterell, J. (1996). *Social Networks and Social Influences in Adolescence*. London: Routledge.

De Almeida Reis, M.H. y Rei Vilar, D.G. (2006). Validity of a scale to measure teachers' attitudes towards sex education. En: *Sex Education*, 6(2), pp. 185–192.

Downey, G., Bonica, C., y Rincón, C. (1999). Rejection sensitivity and adolescent romantic relationships. En: W. Furman y B. B. Brown (Eds.). *The development of romantic relationships in adolescence. Cambridge studies in social and emotional development* (pp. 148-174). Nueva York: Cambridge University Press.

Dreweke, J. (2007). *Review of key findings of "Emerging Answers 2007" report on sex education programs*. Nueva York: Guttmacher Institute.

Dutton, D.G. y Golant, S.K. (1997). *The Batterer: A Psychological Profile*. Nueva York: BasicBooks.

Epstein, D., O'Flynn, S. y Telford, D. (2003). *Silenced sexualities in schools and universities*. Staffordshire: Trentham Books.

Eshleman, J. R. (1994). *The Family*. Boston: Allyn and Bacon.

Fernández Aller, C. (Coord.) (2009). *Marco teórico para la aplicación del enfoque basado en derechos humanos en la cooperación para el desarrollo*. Madrid: Catarata.

Fernández Aller, C. y Vargas-Trujillo, E. (2012). El Enfoque Basado en Derechos Humanos. En: E. Vargas-Trujillo y H. Gambara D'Errico (Coords.). *Evaluación del grado de sensibilidad frente al Enfoque de Derechos Humanos y la Perspectiva de Género* (capítulo 3). Madrid: Ediciones Catarata.

Flórez, C.E. y Vargas-Trujillo, E. (2010). La fecundidad adolescente en Colombia: Una aproximación ecológica. XV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población ALAP, La Habana, Cuba, Noviembre 16-19.

Flórez, C.E., Vargas-Trujillo, E., Henao, J., González, C., Soto, V. y Kassem, D. (2004). *Fecundidad adolescente en Colombia: incidencia, tendencias y determinantes. Un enfoque de historia de vida*, Documento CEDE. Bogotá: Universidad de los Andes, Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico, Facultad de Economía.

Gaventa, J. (2005). Reflections on the uses of the “Power Cube”. Approach for analyzing the Spaces, Places and Dynamics of Civil Society Participation and Engagement. CFP evaluation series 2003-2006, 4.

Goldman, J. y Bradley, G. L. (2001). Sexuality education across the lifecycle in the new millennium. En: *Sex Education*, 1(3), 197-217. Taylor& Francis.

Greenberger, E. (1984). Defining psychosocial maturity in adolescence. En: P. Karoly y J. J. Steffans (Editores.). *Adolescent Behavior Disorders: Foundations and Temporary Concerns*.

Gursimsek, I. (2010). Sexual Education and Teacher Candidates’ Attitudes Towards Sexuality. En: *Australian Journal of Guidance y Counseling*, 20, 1, pp. 81–90.

Gutkin, T.B. (2012). Ecological Psychology: Replacing the Medical Model Paradigm for School-Based Psychological and Psychoeducational Services. En: *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 22, 1-2.

Haffner, D.W. (1992). Sexuality education in policy and practice. En: J.T. Sears (Editor). *Sexuality and the curriculum: The politics and practices of sexuality education* (pp. vii–viii). Nueva York: Teachers College Press.

Hirst, J. (2008). Developing sexual competence? Exploring strategies for the provision of effective sexualities and relationships education, *Sex Education: Sexuality, Society and Learning*, 8:4, pp. 399-413

Hochbaum, G. M. (1958). *Public Participation in Medical Screening Programs: A Sociopsychological Study*. Washington, D.C.: US Government Printing Office.

Ibáñez García, T (coord.) (2004). *Introducción a la psicología social*. Barcelona: Editorial UOC.

Jackson, J.E. (2003). *A User’s Guide to Principal Components*. Nueva York: Springer.

Kandel, D. (1978). Homophily, selection, and socialization in adolescent friendships. En: *American Journal of Sociology*, 84, pp. 427-436. Chicago: University of Chicago Press.

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

Mason, S. (2010). Braving it out! An illuminative evaluation of the provision of sex and relationship education in two primary schools in England. En: *Sex Education*, 10, 2, pp. 157–169.

Mathematica Policy Research (2010). Teen Pregnancy Prevention Initiative.

McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A. y Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. En: *Health Education Quarterly*, 15, pp. 351–377.

Ministerio de Educación Nacional, MEN (2009). *Proyecto Educación para la Sexualidad y la Construcción de Ciudadanía*. Bogotá: Autor.

Ministerio de Educación Nacional, MEN (1994) *Plan Nacional de Educación Sexual*. Bogotá: Autor.

Ministerio de Educación Nacional, MEN (2008). *Programa Nacional de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía*. Módulo 1. La dimensión de la sexualidad en la educación de nuestros niños, niñas, adolescentes y jóvenes. Disponible en <http://www.mineduacion.gov.co/1621/article-171601.html>

Ministerio de la Protección Social (2003). *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Bogotá: Autor.

Ministerio de la Protección Social (2007). *Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010 (Decreto 3039 de 2007)*. Bogotá: Autor.

Peirson, L. J., Boydell, K. M., Ferguson, B.H. y Ferris, L.E. (2011). An Ecological Process Model of Systems Change. En: *American Journal of Community Psychology*, 47 (3-4), pp. 307-321.

Profamilia (2010). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Disponible en http://www.profamilia.org.co/images/stories/prensa/Principales_indicadores.pdf

República de Colombia (1994). *Decreto reglamentario 1860*. Disponible en <http://www.col.ops->

[oms.org/juventudes/Situacion/LEGISLACION/EDUCACION/ED186094.HTM](http://www.col.ops-oms.org/juventudes/Situacion/LEGISLACION/EDUCACION/ED186094.HTM)

República de Colombia (1994). *Ley General de Educación (Ley 115 de 1994)*. Disponible en http://www.mineduacion.gov.co/1621/articles-85906_archivo_pdf.pdf

República de Colombia (2006). *Código de la Infancia y la Adolescencia (Ley 1098 de 2006)*. Bogotá: Autor.

Rosenthal, D., Haste, B., Mitchell, A., y Ollis, D. (2000). Teaching About Hepatitis C: A National Survey of Secondary Teachers. Australian Research Centre in Sex, Health and Society.

Sallis, J. F., y Owen, N. (2002). Ecological models of health behavior. En: K. Glanz, F. M. Lewis, and B. K. Rimer (Eds.). *Health Behaviour and Health Education: Theory, Research, and Practice* (3ª edición). San Francisco: Jossey-Bass.

Sarmiento, E., Barrera., F. y Vargas-Trujillo, E. (2004) Relación de las actitudes personales y la norma social con la actividad sexual de los adolescentes. En:*Revista de Estudios Sociales*, 17, pp. 56-66.

Schutt-Aine, J. y Maddaleno, M. (2003). *Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas*. Washington, D.C.: OPS,. SIECUS (Sex Information and Education Council of the US). (1999). Issues and answers facts sheet on sexuality education. En: *SIECUS Report*, 27(6), pp. 39–33.

Smetana, J.G., Campione-Barr, N. y Metzger, A. (2006). Adolescent development in interpersonal and societal contexts. En: *Annual Review of Psychology*, 57, pp. 255-284.
Steinberg, L. y Silverberg, S. B. (1986). The vicissitudes of autonomy in early adolescence. *Child Development*, 57, pp. 841-851.

UNESCO (2010). *Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad. Un enfoque basado en evidencia orientado a escuelas, docentes y educadores de la salud*. Francia: Autor.

Naciones Unidas (2003). Observación General No. 4, Comité de los Derechos Niño, La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño. ONU.. Doc. CRC/GC/2003/4. Disponible en <http://www.unicef.org/ceecis/crcgencommes.pdf>

United Nations, Committee on Economic, Social and Cultural Rights (2000). General Comment No. 14. The right to the highest attainable standard of health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). Disponible en [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.En](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En)

Vargas-Trujillo, E. (2007). *Sexualidad... mucho más que sexo. Una guía para mantener una sexualidad saludable*. Bogotá: Cesó y Departamento de Psicología, Universidad de los Andes,

Vargas-Trujillo, E. (2012). La educación de la sexualidad: Un derecho humano. Manuscrito no publicado. Bogotá: Grupo Familia y Sexualidad, Departamento de Psicología, Universidad de los Andes.

Vargas-Trujillo, E., Barrera, F., Burgos Cantor, M.C. y Daza Mancera, B.C. (2006). La intención de los jóvenes de tener relaciones sexuales en la adolescencia: el papel de la televisión, la relación con los padres y las cogniciones. En:*Universitas Psychologica*, 5,1, pp. 69-84.

Vargas-Trujillo, E. y Gambará D'Errico, H. (2008). *Evaluación de programas de intervención social: una guía con enfoque de género*. Bogotá: CESO y Departamento de Psicología, Universidad de los Andes/Agencia Española de Cooperación Internacional, AECI.

Vargas-Trujillo, E., Gambará D'Errico, H. y Botella, J. (2006). Autoestima e inicio de actividad sexual en la adolescencia: un estudio meta-analítico. En: *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 3, pp. 665-695. Vargas-Trujillo, E., Gambará D'Errico, H. y Balanta, P. (2008). "Yo decido mi vida". Informe final del proyecto PCI "A/012016/07: Toma de decisiones sexuales en la adolescencia: diseño y evaluación de un programa de formación desde las perspectivas de género y derechos", presentado a la AECID por la Universidad Autónoma de Madrid (España) y la Universidad de los Andes (Colombia).

Vargas-Trujillo, E., Gambará D'Errico, H., Balanta, P. e Ibarra C. (2010). "Yo decido mi vida y la de mi municipio". Informe final del proyecto PCI "A/025112/09: Diseño y evaluación de un programa de formación para titulares de deberes de las entidades de gobierno municipal con enfoque de derechos y perspectiva de género", presentado a la AECID por la Universidad Autónoma de Madrid (España) y la Universidad de los Andes (Colombia).

Vargas-Trujillo, E., Gambará D'Errico, H., Balanta, P., Ibarra C., y Rojas, A.M. (2009). "Yo decido promover la sexualidad saludable". Informe final del proyecto PCI "A/019691/08: Toma de decisiones sexuales en la adolescencia: diseño y evaluación de un programa de formación desde las perspectivas de género y derechos (Fase 2)", presentado a la AECID por la Universidad Autónoma de Madrid (España) y la Universidad de los Andes (Colombia).

Vargas-Trujillo, E., Gambará D'Errico, H., Ibarra C. y Dávila, M.E. (2012). "Yo decido mi vida y la de mi municipio". Informe final del proyecto PCI "A/032947/10: Diseño y evaluación de un programa de formación para titulares de deberes de las entidades de gobierno municipal con enfoque de derechos y perspectiva de género", presentado a la AECID por la Universidad Autónoma de Madrid (España) y la Universidad de los Andes (Colombia).

Vargas-Trujillo, E., Gambará D'Errico, H., del Río, A. M., Balanta, P. e Ibarra, C. (2010). *Guía para la evaluación de iniciativas para el desarrollo. Derechos Humanos y género*. Colección Investigación y Debate. Madrid: Los Libros de la Catarata.

Vargas-Trujillo, E., Jaramillo, I.C. y Trujillo, E. (2012). *Médicos y Derechos. El papel de la formación médica en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos*. Colección Estudios del Cijus. Bogotá: Ediciones Uniandes.

Vargas-Trujillo, E., Henao, J. y González, C. (2005). *Fecundidad adolescente en Colombia: incidencia, tendencias y determinantes. Un enfoque de historia de vida*. Documento CESO No. 95, Bogotá: Centro de Estudios Socioculturales e Internacionales, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de los Andes.

Viveros Vigoya, M. y Gil Hernández, F. (2006). Educators, advisors, therapists? Youth, sexuality, and social intervention. En: *Cadernos De Saúde Pública*, 22, 1, pp. 201–208

Vivo, S., López-Peña, P. y Saric, D. (2012). *Salud Sexual y Reproductiva para Jóvenes: Revisión de evidencia para la prevención*. Washington, D.C.: BID.

Watts, G. F., Donahue, R. E., Eddy, J. M., y Wallace, E. V. (2001). Use of an Ecological Approach to Worksite Health Promotion. En: *American Journal of Health Studies*, 17(3), p. 144.

Weiss (2006). Professional development. The Evaluation Exchange XI, p. 1.

Yu, J. (2010). Sex education beyond school: implications for practice and research. En: *Sex Education*, 10, 2, pp. 187–199.

9. ANEXOS

Anexo 1. Indicadores del estudio obtenidos de la ENDS 2010

Nivel individual: Condiciones socioeconómicas de la mujer participante		
#	Indicadores	VARIABLES base de datos ENDS2010
1	Edad actual de la entrevistada	V012
2	Nivel educativo alcanzado	S106
3	Asistencia a establecimiento escolar	HV110
4	Estado civil	HV115
5	Afiliación a la seguridad social	SH38
Nivel individual: Estatus de salud sexual y reproductiva		
6	Estatus sexual (ha tenido o no relaciones sexuales vaginales o penetrativas)	P610
7	Edad de la mujer al nacimiento del primer hijo	V012 – Edad primer hijo (EPH)
8	Edad inicio relaciones sexuales vaginales	V525
#	Indicadores	VARIABLES base de datos ENDS2010
9	Madre en la adolescencia	Alguna vez embarazada antes de los 18 años
10	Inicio de relaciones sexuales antes de recibir educación sexual por primera vez	S626, V525
Nivel individual: Conocimientos		
11	Interrupción legal voluntaria del embarazo (ILVE)	S658C, S658A, S658B
12	Métodos anticonceptivos modernos	V304_01 to V304_07, V304_09, V304_11 to V304_16, P333, P655
13	Trasmisión perinatal VIH	V774A, V774B, V774C, V783, V784A
14	Síntomas ITS mujeres	S1042A a S1042I

15	Síntomas ITS hombres	S1041B a S1041H
16	Periodo fértil	V217, Q265
17	Autocuidado cáncer	S91314 S91716 S91915 S91720 S91919 S91722 S91921 S930 , S926
#	Indicadores	Variables base de datos ENDS2010
18	Trasmisión sexual VIH	V754DP, V754CP, V754BP
Nivel individual: Actitudes		
19	Actitud hacia la violencia basada en género	V744A , V744C , V744D , V744E ,
20	Actitud hacia la homosexualidad	S233, S628, S629
21	Actitud hacia personas que viven con VIH	V825, V778, V779, S1037rec
22	No intención de embarazarse o tener hijos	P702 V631rec
23	Intención de uso de métodos anticonceptivos	V364 V376A
Nivel individual: Prácticas		
24	Ejercicio del derecho a decidir	V743A, V743B, V743C, V743D, V743E
#	Indicadores	Variables base de datos ENDS2010
25	Actividad sexual segura	S1053 V761C V761B V761 V820 V835C V835B V835A P650C P650B P650A V307_16, V307_15, V307_02, V307_06, V307_11, V307_03, V307_01, V307_05, V307_07, V305_16, V305_15, V305_02, V305_06, V305_11, V305_03, V305_01, V305_05, S1054A, S1054B, S1054C, V833A, V833B, V833C
26	Prácticas de autocuidado	V394, S931, S927, V781, V827 S904, S910
Nivel individual: Percepciones acerca de educación sexual		

27	Calidad percibida temas de educación sexual	S632A S623B S623C S623D S623E S623F S623G S623H S623I S623J S623K S623L S623M S623N S623O S623P S623Q
28	Utilidad percibida temas educación sexual	S625
Nivel interpersonal: Sociodemográficas familia		
29	Presencia de figuras parentales en el hogar	
30	Tipo de familia	SH48
31	Estatus socioeconómico de la familia	SH49C SH49D SH49E SH49F HV226 HV202 HV201 HV205 SH58 HV221 HV207 HV208 HV209 HV211 HV212 HV210 SH62 HV216 HV213 HV214 SH66
Nivel interpersonal: Sociodemográficas pareja actual		
32	Simetría por edad en primera relación sexual penetrativa	= V830-V525
#	Indicadores	Variables base de datos ENDS2010
33	Simetría por edad con pareja actual	= V730-V012
34	Simetría por estudios con pareja actual	
Nivel interpersonal: Acceso a educación sexual		
35	Temas de la sexualidad sobre los que le han dado información	P623A a P623Q, V750, V751
36	Participación en actividades de educación sexual	S616B, S617B, S617D, S617E, P615
37	Fuentes de información en familia	S620A, S620B, S620I, S903A
38	Fuentes de información en contexto escolar	S618C, S618D, S618H, S618B, S618E, S620F, S903C
39	Fuentes de información en servicios de salud	S618G, S618I, S618F, S620H, S616D, S616F, S903F
40	Otras fuentes de información	S618J, S620E, S620D, S620C, S620G, S622A, S903B, S903H, S903X, S622B, S622C, S622D, S622E, S622F, V384A, V384B, V384C, S903D, S903E, S903G,