

Tendencias y características del embarazo adolescente en un municipio conurbado de Cundinamarca, Colombia (2013-2023)¹

José Israel Galindo-Buitrago²

Wilson Giovanni Jiménez-Barbosa³

Johanna Sareth Acuña-Gómez⁴

Recibido: mayo 21 de 2025 – Aceptado: octubre 31 de 2025

Resumen

Introducción: el embarazo en la adolescencia es una problemática social y de salud pública de origen multicausal, variando de acuerdo con condiciones políticas, económicas y culturales propias del contexto en el que ocurre. **Objetivo:** determinar la tendencia y caracterizar el comportamiento del embarazo en adolescentes en un municipio del departamento de Cundinamarca, conurbado con Bogotá, durante el periodo 2013-2023. **Metodología:** investigación cuantitativa descriptiva-correlacional retrospectiva, de corte longitudinal. Se realizaron análisis univariados

¹ Este artículo se realizó en el marco de desarrollo del Centro de Pensamiento en Gestión en Salud del que hacen parte las Universidades FUCS y Jorge Tadeo Lozano.

² Doctor en Modelo y Gestión de Políticas Públicas. Profesor titular, Universidad Escuela Colombiana de Rehabilitación. Bogotá, Cundinamarca. Correo electrónico: jgalindo71@gmail.com – ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3790-6725> – Google Scholar: <https://scholar.google.com/citations?user=asU8TEsAAAAJ&hl=es>

³ Doctor en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. Profesor titular, Universidad Jorge Tadeo Lozano. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: wilsong.jimenezb@utadeo.edu.co – ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0467-0365> – Google Scholar: <https://scholar.google.com/citations?user=REQ8BFIAAAAJ&hl=es>

⁴ Doctora en Modelado y Gestión de Políticas Públicas. Bogotá, Colombia. Profesora, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud FUCS. Correo electrónico: jsacuna1@fucsalud.edu.co – ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9172-0825> – Google Scholar:

y bivariados, así como análisis geospaciales. **Resultados:** se observa una marcada tendencia a la disminución de embarazos en adolescentes en el municipio analizado durante el periodo 2013-2023. Se identificaron varios factores asociados al embarazo en adolescentes, como el nivel educativo, el estado civil, el tipo de parto, la edad de las parejas de las adolescentes y la asistencia a controles prenatales. Geoespacialmente, hubo mayor concentración de embarazos en la zona del municipio donde se encuentran los barrios que presentan indicadores socioeconómicos con mayores niveles de vulneración. **Conclusión:** existe una tendencia significativa a la reducción de embarazos en adolescentes en el municipio conurbado con Bogotá entre 2013 y 2023. No obstante, se identificaron factores como el nivel educativo, el estado civil y el acceso a controles prenatales, que inciden en la prevalencia de estos casos, especialmente en áreas de mayor vulnerabilidad socioeconómica.

Palabras clave: atención prenatal, conurbación, embarazo en adolescencia, migrantes recién nacido de bajo peso (Fuente: *DeCS/MeSH*)

Trends and characteristics of teenage pregnancy in a suburban municipality of Cundinamarca, Colombia (2013–2023)

Abstract

Introduction: Adolescent pregnancy is a social and public health issue with multiple causes, varying according to the political, economic, and cultural conditions of the specific context in which it occurs. **Objective:** To determine the trend and characterize the patterns of adolescent pregnancy in a municipality in the department of Cundinamarca, in the Bogotá metropolitan area, during the period 2013–2023. **Methodology:** A retrospective, descriptive-correlational, quantitative

study with a longitudinal design. Univariate and bivariate analyses were performed, as well as geospatial analyses. **Results:** A marked downward trend in teenage pregnancies was observed in the analyzed municipality during the 2013–2023 period. Several factors associated with adolescent pregnancy were identified, such as educational level, marital status, type of delivery, age of the adolescents' partners, and attendance at prenatal checkups. Geospatial analysis revealed a higher concentration of pregnancies in the area of the municipality where neighborhoods with socioeconomic indicators showing higher levels of vulnerability are located. **Conclusion:** There is a significant downward trend in teenage pregnancies in the municipality adjacent to Bogotá between 2013 and 2023. However, factors such as educational level, marital status, and access to prenatal care were identified as influencing the prevalence of these cases, particularly in areas of greater socioeconomic vulnerability.

Keywords: prenatal care, urban agglomeration, teenage pregnancy, migrants, low birth weight (Source: *DeCS/MeSH*)

Introducción

El embarazo en la adolescencia, entendido como las gestaciones –intencionales o no– que ocurren antes de los veinte años, constituye una problemática social y de salud pública que afecta a casi todas las sociedades del planeta (1). Su origen es multicausal, variando de acuerdo con condiciones políticas, económicas y culturales que caracterizan particularmente a cada país y comunidad donde acaece, máxime si se entiende que los adolescentes son reflejo de la sociedad en que viven y, en tal sentido, reproducen los modelos y los tipos de relaciones sociales preexistentes (2,3).

En no pocos casos, el embarazo en la adolescencia es el reflejo de la falta de oportunidades que tienen los jóvenes para acceder a educación y condiciones de vida digna. Así, por ejemplo, la condición socioeconómica de las jóvenes se ha encontrado asociada al embarazo en la adolescencia: es más probable que se presente en aquellas jóvenes que pertenecen a comunidades de ingresos socioeconómicos bajos, que en las que hacen parte de grupos de ingresos altos (4,5). Como resultado, el embarazo en la adolescencia puede constituirse en creador de trampas de pobreza, al obligar a los jóvenes a asumir de forma prematura responsabilidades propias de los adultos, lo que puede conllevar a la exclusión social especialmente de la madre y al incremento de la desigualdad (5,6).

Por otra parte, desde el punto de vista clínico, las madres adolescentes al ser, en la mayoría de los casos, primerizas, son consideradas de alto riesgo, ya que se ha observado una asociación de esta condición con altas tasas de mortalidad materna, neonatal y perinatal, así como mayor número de neonatos de bajo peso, mayor consumo de tóxicos durante la gestación, mayores tasas de fertilidad, alto número de abortos en condiciones inseguras y, además, los hijos de madres adolescentes tienden a presentar retardos en su desarrollo y dificultades de comportamiento (7).

En particular, la región que comprende a Latinoamérica y el Caribe presenta la segunda tasa de embarazo en adolescencia más alta a nivel mundial; no obstante, solo fue a partir del año 2000 que esta problemática fue incluida en la agenda de políticas públicas sociales en la región (8-9). De esta manera, actualmente, catorce países latinoamericanos (Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguay, República Dominicana y Uruguay) han implementado programas para su prevención (2).

Hasta 2020, todos los países mostraban una reducción en la tasa específica de fecundidad en adolescentes y en el porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes. Estos programas daban resultados positivos. Sin embargo, la tasa específica de fecundidad en adolescentes solo considera a adolescentes entre 15 y 19 años, lo que limita el análisis del embarazo precoz, es decir, aquel que ocurre en menores de 15 años, un fenómeno menos estudiado, pero igualmente relevante en salud pública (4,6).

En Sudamérica, Bolivia y Venezuela son los países que reportan las tasas más elevadas de embarazo en adolescencia (10). En el caso venezolano, investigaciones han identificado que el embarazo en la adolescencia se ha incrementado como resultado de la crisis económica que ha vivido este país en los últimos años, generando escasez de medicamentos anticonceptivos y, cuando estos existen, se expenden a precios elevados. A esto se suma, que el pronóstico de vida de los niños que están naciendo en este contexto es bajo, como consecuencia del poco acceso que tienen sus padres a conseguir alimentos (4,11).

En Colombia, para el año 2021, el 18 % de los nacimientos registrados en el país fueron en menores de 19 años y, de estos, el 4.5 % se dieron en menores de 14 años. El 96.7 % ocurrieron en áreas urbanas y el 3.3 % en zonas rurales. Por su parte, la tasa específica de fecundidad para el grupo etario entre 15 y 19 años ha disminuido de forma constante desde el 2012, pasando de 75.2 nacimientos por cada mil mujeres adolescentes en dicho año a 46.6 en 2022; por otro lado, para el grupo de menores entre 10 y 14 años, en el mismo periodo, se identificó un descenso al reducirse de 3.2 a 2.1 (12,13).

Colombia es uno de los países que ha recibido el mayor número de población migrante procedente de Venezuela, dada su vecindad y la gran cantidad de

ciudadanos venezolanos que tienen ancestros colombianos y que deciden buscar mejores condiciones de vida en la tierra de origen de su prosapia. También se ha evidenciado que el número de nacimientos en esta población es superior a la de las mujeres colombianas. Entre 2020 y 2021 se presentaron 25 855 nacimientos cuyas madres eran adolescentes o niñas migrantes procedentes de Venezuela, correspondiendo al 21 % del total de nacimientos de mujeres migrantes (14,15).

De este modo, el embarazo en la adolescencia es una problemática que debe ser estudiada y caracterizada de manera particular en cada territorio, dado que hay diferencias sociales, culturales y económicas que determinan su aparición. Por ello, es pertinente inquirir sobre este fenómeno en asentamientos urbanos donde las adolescentes pueden acceder a servicios sociales y educativos, incluso sin estar afiliadas a la seguridad social y en los que residen migrantes provenientes, especialmente de Venezuela. En tal sentido, este artículo presenta los resultados de una investigación que tuvo como objetivo de investigación determinar la tendencia y características del comportamiento del embarazo en adolescentes en un municipio del departamento de Cundinamarca conurbado con Bogotá, entre los años 2013-2023.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo-correlacional, retrospectivo y de corte longitudinal. Dado que se trabajó con datos administrativos anonimizados, se adoptó la lista de chequeo *Reporting of studies Conducted using Observational Routinely-collected Data* (RECORD) para estudios con datos rutinarios, con el fin de reportar la disponibilidad y las limitaciones de las variables (16). A continuación, se presenta la lista de chequeo en la Tabla 1.

Tabla 1. Lista de Chequeo RECORD

Ítem RECORD	¿Está en el artículo?	Evidencia en texto
Título y resumen	Sí	Se menciona RUAF, retrospectivo y longitudinal
Objetivos	Sí	Objetivo claro: analizar tendencias 2013–2023
Diseño del estudio	Sí	Define 'cuantitativa descriptiva-correlacional retrospectiva'
Fuente de datos	Sí	Uso explícito de RUAF (Ministerio de Salud)
Criterios de inclusión/exclusión	Sí	13–19 años, universo completo, sin muestreo
Anonimización y privacidad	Sí	Explicación de anonimización y mosaic effect
Variables	Sí	Edad, estado civil, educación, CPN, peso al nacer
Medidas estadísticas	Sí	Univariados, bivariados, OR con IC95%, RAP
Limitaciones del uso de datos rutinarios	Sí	Limitaciones: variables restringidas, anonimización
Discusión de generalizabilidad	Sí	Comparación con cifras nacionales y de Bogotá

Fuente: RECORD (16).

En coherencia con lo anterior, se definió como población objeto de estudio a las adolescentes embarazadas de un municipio conurbado con Bogotá. La fuente de información correspondió a los casos registrados en el Registro Único de Afiliados

(RUAF) del Ministerio de Salud entre 2013 y 2023. El criterio de inclusión fue adolescentes con edades entre 13 y 19 años. No se realizó muestreo, por lo que se analizó el universo de casos identificados. No se realizó vinculación de datos de diferentes bases; los datos obtenidos de RUAF se consolidaron en Excel y se clasificaron en adolescencia temprana (13-14 años) y tardía (15-19 años), de acuerdo con la clasificación propuesta por Stanley Hall en 1904 (17), y ratificadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la década de los 80 (18).

Como limitaciones de los datos secundarios está la necesidad de privacidad y anonimización territorial, dado que al tratarse de menores de edad y de información sensible –salud sexual y reproductiva–, se omite la identificación explícita del municipio para mitigar riesgos de reidentificación por el *mosaic effect* en áreas pequeñas; es por ello que se reporta la ubicación como municipio conurbado con Bogotá D.C. sin mencionar su nombre propio; esta decisión es consistente con estándares de protección de datos en salud pública y no afecta la validez analítica del estudio. Adicionalmente, para la contextualización analítica se emplearon características sociodemográficas verificables del territorio conurbado, sin mencionar su nombre propio, preservando así la confidencialidad de la población.

Al respecto, las características específicas del municipio conurbado analizado corresponden a un nodo urbano de la sabana occidental que basaba su economía en desarrollos agropecuarios –flores, hortalizas y ganadería lechera– y que, además, desde mediados del siglo XX, sirvió como dormitorio para trabajadores que laboran en la ciudad de Bogotá (Tabla 2). Pero, en los últimos años, ha tenido una acelerada expansión residencial, industrial y logística; primero, como resultado de disposiciones normativas tomadas por Bogotá, que impulsaron el traslado de fábricas a zonas periurbana; segundo, su cercanía al aeropuerto internacional El Dorado; tercero, a un menor costo relativo de la tierra en comparación a Bogotá y a

municipios ubicados en la sabana norte y; cuarto, a la conectividad con Bogotá D.C. a través de vías nacionales.

Tabla 2. Características socioeconómicas del municipio estudiado

Población		115.217
Distribución por sexo	Mujeres	51.1 %
	Hombres	48.9 %
% Población menor de 12 años		16.30 %
% Población mayor de 60 años		11.50 %
Empleo informal		55 %
Número de predios urbanos		27.054
Número de predios rurales		3.035

Fuente: elaboración propia.

Dicha configuración ha mezclado a población asentada históricamente con población migrante. Esto ha generado desafíos en materia de empleo –alta informalidad– y acceso equitativo a infraestructura y espacios comunitarios, lo que demanda políticas de inclusión social y de fortalecimiento de capacidades locales.

Asimismo, es importante señalar que los hallazgos de esta investigación se limitan a las variables definidas a nivel nacional y que son recolectadas en el RUAF; por tanto, no fue posible abordar, desde una perspectiva contextual y específica del municipio estudiado, aspectos como: diferencias culturales y poblacionales, condiciones socioeconómicas, identificación de adolescentes con embarazos

múltiples o abortos, acceso a métodos anticonceptivos, violencia de género o condiciones de salud mental y, nutrición materna o atención prenatal insuficiente.

El análisis de la información recolectada se llevó a cabo en la siguiente secuencia: primero, se estimaron indicadores poblacionales tales como, la tasa específica de fecundidad en adolescentes (15–19 años), definida como nacidos vivos de madres de 15–19 años por cada 1.000 mujeres del mismo grupo etario, con denominadores provenientes del DANE; y la Prevalencia acumulada de embarazo adolescente por 1.000 adolescentes en el periodo 2013–2023, estimada a partir de los registros RUAF –numerador: nacidos vivos de madre adolescente; denominador: población adolescente residente–. Se presentan explícitamente numeradores y denominadores de cada indicador para asegurar comparabilidad con series nacionales.

Segundo, se realizaron análisis univariados y bivariados (pruebas t/chi-cuadrado; OR con IC95%). Las métricas complementarias (DR y RAP) se reportan como derivadas de las proporciones y OR; no se ejecutaron modelos de regresión multivariable por indisponibilidad de variables clave en RUAF para control de confusión. Las medidas de diferencia de riesgos (DR) y el riesgo atribuible poblacional (RAP) se calcularon a partir de proporciones y OR observados.

Tercero, se llevaron a cabo análisis univariados y bivariados utilizando pruebas estadísticas como t de Student y chi-cuadrado para determinar asociaciones entre variables. Para estimar razones de probabilidad (OR) y sus intervalos de confianza al 95%, se aplicaron análisis de Odds Ratio (OR) en las variables de interés. Sin embargo, debido a la indisponibilidad de datos en el RUAF, no fue posible realizar modelos de regresión multivariada ajustados para controlar posibles factores de confusión. A pesar de esta limitación, se calcularon medidas complementarias como

el Riesgo Atribuible Poblacional (RAP), que permite estimar el impacto potencial de factores de riesgo específicos en la ocurrencia del embarazo adolescente dentro de la población estudiada.

Finalmente, se procedió a la diagramación del comportamiento geoespacial del embarazo adolescente en el territorio de estudio. Para ello, los casos identificados fueron georreferenciados y representados en un plano cartesiano, permitiendo así la visualización de la distribución espacial del evento a lo largo del periodo analizado. Este abordaje facilitó la identificación de patrones de concentración y dispersión de los embarazos adolescentes, así como la detección de posibles zonas de mayor vulnerabilidad o riesgo dentro del área evaluada.

Aspectos éticos

La investigación se desarrolló conforme a los principios éticos definidos en la declaración de Helsinki y en cumpliendo de la normatividad vigente en Colombia. En particular, se acogió a lo establecido en el literal a) del artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993, que clasifica este tipo de estudios como de riesgo mínimo o sin riesgo, al emplear datos anonimizados provenientes de una base de datos nacional de salud de carácter público. En consecuencia, no se requirió la aprobación de un comité de ética.

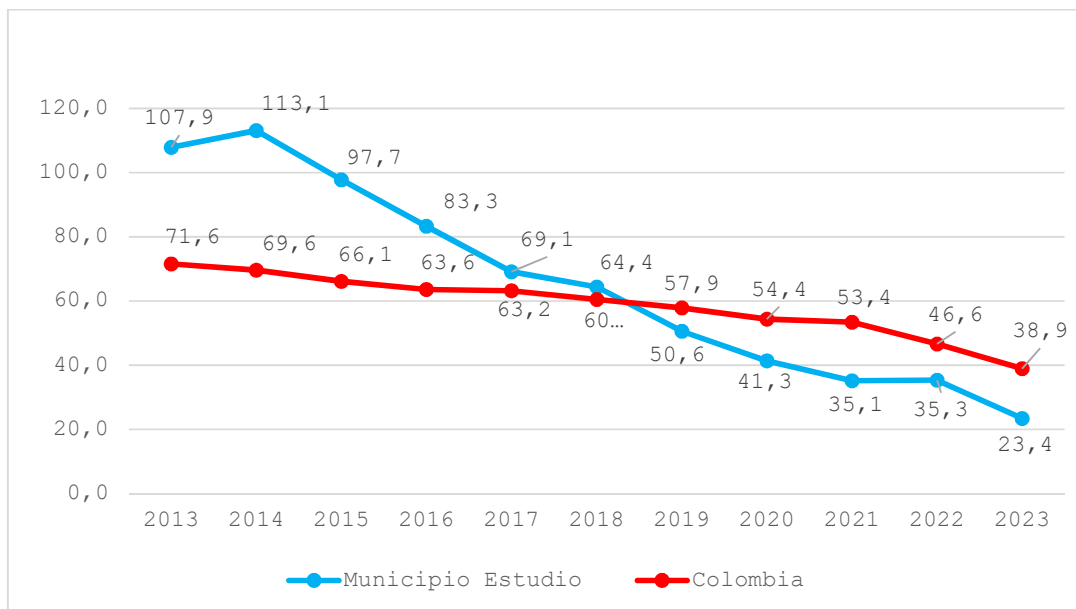
Resultados

Se observó una tendencia a la disminución de embarazos en adolescentes en el municipio analizado durante el periodo 2013-2023. Se registraron un total de 1 822 casos de adolescentes embarazadas, donde el 97 % (1 773) pertenecían a la etapa

tardía de la adolescencia (15 a 19 años) y el 3 % restante (49) a la etapa temprana (13-14 años). Del total, un 5 % (92) eran adolescentes de nacionalidad extranjera.

Al comparar las tasas de embarazo en adolescentes del municipio estudiado con las cifras a nivel nacional, se confirma esta tendencia a la disminución, siendo más pronunciada en el ámbito municipal (Figura 1).

Figura 1. Comparación tasa de embarazos en adolescentes Colombia – municipio de estudio



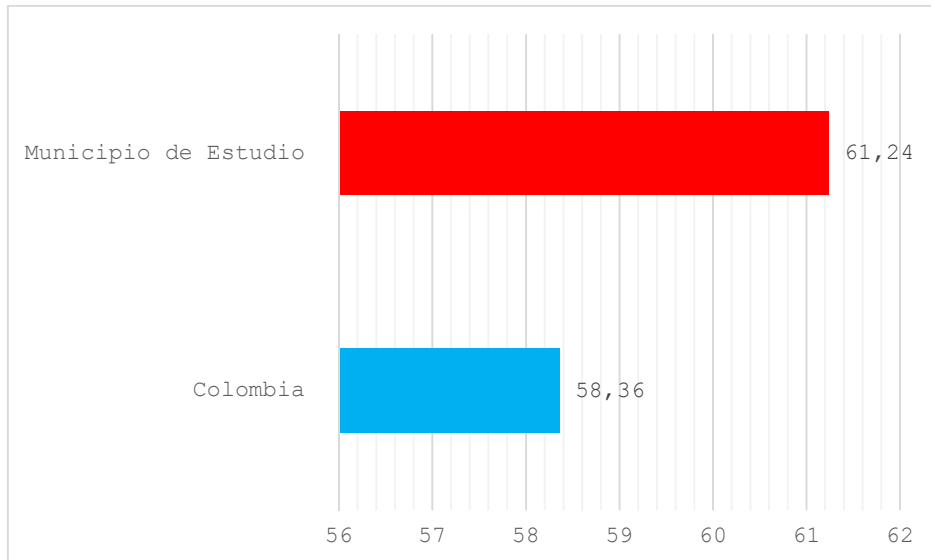
Nota. RUAF – DANE 2013-2023. Fuente: elaboración propia.

Al analizar la tasa de prevalencia acumulada de embarazos en adolescentes durante el periodo 2013-2023, comparando los datos del municipio de estudio y Colombia, se observa que la tasa de prevalencia acumulada de embarazo adolescente en el municipio de estudio fue de 61.24 por cada 1 000 adolescentes, mientras que a nivel nacional la prevalencia fue de 58.36 (19).

Esta diferencia puede estar relacionada con factores sociodemográficos específicos, como el acceso a educación, la cobertura en salud sexual y reproductiva, o condiciones económicas que afectan a la población adolescente en este contexto. Lo que sugiere que el fenómeno del embarazo adolescente en el municipio de estudio presente una mayor incidencia en comparación con la media nacional podría estar relacionado con factores sociodemográficos específicos del territorio, tales como condiciones de vulnerabilidad, acceso limitado a servicios de salud sexual y reproductiva, y barreras en la educación.

La diferencia en la tasa de prevalencia acumulada, aunque no es extremadamente alta, es indicativa de la necesidad de estrategias focalizadas que atiendan las particularidades locales. Además, esta brecha podría reflejar la influencia de dinámicas como la migración, las condiciones laborales de las familias y la disponibilidad de programas de prevención en el municipio, aspectos que requieren mayor exploración en estudios futuros para comprender integralmente los determinantes del embarazo adolescente en esta zona, comportamiento epidemiológico que se ilustra en la Figura 2.

Figura 2. Comparación tasa de prevalencia acumulada embarazos en adolescentes Colombia – municipio de estudio



Nota. RUAF – DANE 2013-2023. Fuente: elaboración propia.

En la segunda etapa del análisis, se identificaron las variables categóricas y continuas para su evaluación. Respecto al sexo de los nacidos de adolescentes, no se observaron diferencias estadísticamente significativas (valor $p=0,99$), la proporción de nacimientos por sexo se encontró en 50.7 % (IC95%: 47.8 % - 52.4 %).

Entre los nacidos vivos, el 14 % (256) presentó bajo peso al nacer durante la década estudiada (1 822 nacimientos totales). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el sexo de los recién nacidos con bajo peso (valor $p=0.88$), la proporción de bajos pesos al nacer se encontró en 14.1 % (IC95%: 12.5 % - 15.6 %).

En cuanto al método de parto, ya sea espontáneo, cesárea o instrumentado, el parto espontáneo representó el 70 % (1 284), siendo este resultado estadísticamente significativo (valor $p=0.033$), la proporción de partos espontáneos vía vaginal fue de 70.5 % (IC95%: 68.4 % - 72.6 %).

Respecto al tipo de parto, simple o doble, el 99 % (1 805) fueron partos simples, con un resultado estadísticamente significativo (valor $p=0.021$), la proporción de partos simple fue de 90 % (IC95%: 98.6 % - 99.5 %).

Al considerar el estado civil de las adolescentes embarazadas, la mayoría estuvo en unión libre (64 %, 1 171 casos) seguida por soltera (33 %, 595 casos), con resultados estadísticamente significativos (valor $p=0,042$), la proporción adolescentes en estado de embarazo en con convivencia en unión libre se encontró en 64,35 (IC95%: 62.1 % - 66.5 %).

Cuando se analizó el nivel educativo, se encontró que la mayor proporción se encuentra en educación media académica (44 %, 802 casos), con resultados estadísticamente significativos (valor $p=0.05$), la proporción adolescentes en embarazo que informó tener educación media académica se encontró en 44 % (IC95%: 41.7 % - 46.3 %).

Por otro lado, teniendo en cuenta el tiempo de parto, acorde con los estándares de prematuridad de la OMS, se categorizó como pretérmino, inferior a 37 semanas de gestación; a término, entre 37 y 42 semanas de gestación; y postérmino, mayor a 43 semanas de gestación (20). Para este estudio no se presentaron casos categorizados como postérmino; siendo estos resultados estadísticamente significativos valor $p=0.041$), la proporción adolescentes en embarazo que presentaron embarazos a término fue del 88.6 % (IC95 %: 87.1 % - 90 %).

Asimismo, se analizó la asistencia a controles prenatales (CPN), clasificándolos como insuficientes (≤ 8 CPN) y mínimos requeridos (≥ 9 CPN), con resultados estadísticamente significativos (valor $p = 0.036$). La proporción de adolescentes en

embarazo que se realizaron CPN insuficientes fue del 78.2 % (IC95%: 76.8 % - 80.1 %), consultar la Tabla 3.

Tabla 3. Correlación entre variables sociales y del parto de adolescentes embarazadas

Nacimientos por sexo			Intervalo de confianza	Valor P
Variable	#	%		
Hombre	913	50 %		
Mujer	909	50 %	47.8 % - 52.4 %	0.99
Total	1822	100 %		
Bajos pesos al nacer (14 %)				
Hombre	131	52 %		
Mujer	125	48 %	12.5 % - 15.6 %	0.88
Total	256	100 %		
Método de parto				
Cesárea	491	27 %		
Espontáneo	1284	70 %	68.4 % - 72.6 %	0.033
Instrumentado	47	3 %	%	
Total	1822	100 %		
Tipo de parto				
Doble	17	1 %	98.6 % - 99.5 %	0.021
Simple	1805	99 %	%	
Total	1822	100 %		
Estado civil				
Casada	26	1.43 %		

Separada	4	0.22 %		
Soltera	595	33 %	62.1 % - 66.5	0.042
Unión libre	1172	64 %	%	
Viuda	1	0.14 %		
Sin información	24	1.21 %		
Total	1822	100 %		
Nivel educativo				
Básica secundaria	668	37 %		
Media académica	802	44 %		
Básica primaria	199	11 %		
Técnica	108	5.71 %	41.7 % - 46.3	0.05
Preescolar	1	0.05 %	%	
Profesional	19	1.04 %		
Ninguna	2	0.11 %		
Sin información	23	1.09 %		
Total	1822	100%		
Tiempo del parto				
Pre termino	208	11 %	87.1 % - 90.0	
A termino	1614	89 %	%	0.041
Total	1822	100 %		
CPN				
Insuficientes	1424	78 %	76.3 % - 80.1	
Mínimos requeridos	398	22 %	%	0.036
Total	1822	100 %		

Nota. RUAUF 2013-2023. Análisis multivariado Odds Ratio – variable dependiente CPN. Fuente: elaboración propia.

Respecto a la edad y nivel educativo de las parejas de las adolescentes, se observó que la mayoría tenía un nivel medio académico (48 %, 877 casos), seguido de básica secundaria (26 %, 472 casos), con resultados estadísticamente significativos (valor $p=0.046$), la proporción de parejas de las adolescentes en embarazo que manifestaron nivel media académica fue del 48.1 % (IC95%: 45.8 % - 50.4 %).

En cuanto a la edad de las parejas de las adolescentes, se encontró que el 87 % (1 587 casos) correspondió a mayores de edad, el 12 % (218 casos) a menores de edad, y un 1 % (17 casos) no tenía registro de información del padre del recién nacido. Estos resultados fueron estadísticamente significativos (valor $p=0.041$), la proporción de parejas de las adolescentes en embarazo informaron ser mayores de edad fue del 87.1 % (IC95%: 85.6 % - 88.6 %) (Tabla 4).

Tabla 4. Correlación entre variables de edad de la pareja de adolescentes embarazadas

Variable	#	%	Intervalo de Confianza	Valor P
Nivel educativo				
Básica secundaria	472	26 %		
Media académica	877	48 %		
Básica primaria	189	10 %		
Técnica	113	6 %	45.8 % - 50.4 %	0.046
Ninguno	5	0 %		
Profesional	39	2 %		
Sin información	124	7 %		
Preescolar	3	0 %		
Total	1822	100 %		

Edad				
Mayores de edad	1587	87 %		
Menores de edad	218	12 %	85.6 % - 88.6 %	0.041
Sin información	17	1 %		
Total	1822	100 %		

Nota. RUAF 2013-2023. Análisis bivariados Odds Ratio – variable dependiente edad de la pareja de las adolescentes. Fuente: elaboración propia.

En relación con el comportamiento de embarazos en adolescentes de nacionalidad extranjera, se identificó que el 5 % (92 casos) de las embarazadas adolescentes reportaron una nacionalidad distinta a la colombiana, aunque este hallazgo no alcanzó significancia estadística (valor $p=0.72$); la proporción de adolescentes embarazadas con nacionalidad extranjera fue del 5 % (IC95%: 4.0 % - 6.1 %).

Adicionalmente, al evaluar la incidencia de bajo peso al nacer en los recién nacidos de adolescentes extranjeras, no se encontraron diferencias significativas (valor $p=0.96$); la proporción de adolescentes embarazadas con productos de bajo peso al nacer fue del 1 % (IC95%: 0.5 % - 1.4 %).

De igual manera, se analizó el impacto de CPN insuficientes, considerando la nacionalidad de las adolescentes embarazadas, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas (valor $p=0.66$); la proporción de adolescentes embarazadas con productos de bajo peso al nacer fue del 5.9 % (IC95%: 4.7 % - 7.1 %), como se detalla en la Tabla 5.

Tabla 5. Correlación de variables entre CPN y nacionalidad

Variable	#	%	Intervalo de Confianza	Valor P
Colombianas	1730	95 %	4.0 % - 6.1 %	0.72
Extranjeras	92	5 %		
Total	1822	100 %		
Bajos pesos al nacer				
Colombianas	1804	99 %	0.5 % - 1.4 %	0.96
Extranjeras	18	1 %		
Total	1822	100 %		
CPN insuficientes				
Colombianas	1424	94 %	4.7 % - 7.1 %	0.66
Extranjeras	89	6 %		
Total	1513	100 %		

Nota. RUAF 2013-2023. Análisis bivariados Odds Ratio – variable dependiente suficiencia de CPN VS nacionalidad de las adolescentes. Fuente: elaboración propia.

Luego, se realizaron análisis bivariados tipo Odds Ratio (OR), entre la totalidad de embarazos ocurridos en el perdido de estudio en el territorio analizado (11 971) y los embarazos en adolescentes del mismo periodo (1 822), encontrando un OR de (1,08) (IC95%: 0.50 - 2.32), resultados estadísticamente significativos, *evidenciando* una posible razón de probabilidad en el grupo poblacional de adolescentes de quedar en estado de embarazo.

Al contrastar los bajos pesos al nacer con el CPN, se encontró un OR (5,09) (IC95%: 2,37 – 10.93), resultados estadísticamente significativos, dando cuenta de una posible razón de probabilidad de nacer con bajo peso en adolescentes al no tener los CPN suficientes. En cuanto al riesgo atribuible poblacional (RAP) (73.18 %), la proporción de bajos pesos al nacer ocurridos se lograrían reducir teniendo acceso a CPN.

Para fortalecer el análisis de total de embarazos ocurridos en la población y generando las variables *dummy* adolescencia temprana y adolescencia tardía, se encontró un OR (6.9) (IC95%: 3.21 – 14.82), resultados estadísticamente significativos, denotando una posible razón de probabilidad mayor de embarazo en adolescentes en el grupo de adolescencia tardía, concordante con este resultado se obtuvo un RAP (84 %), que muestra que hasta un 84 % de los embarazos lograrían reducirse, al llevar a cabo acciones asociadas con educación y prevención en el grupo poblacional adolescente.

De igual manera se robusteció el análisis relacionando el total de embarazos ocurridos en la población y generando las variables *dummy* CPN suficiente y CPN insuficiente, encontrando un OR (3.6) (IC95%: 1.68 – 7.73), resultados estadísticamente significativos, que indican que las probabilidades se incrementan cuando las adolescentes en estado de embarazo no se realizan CPN de acuerdo con las guías de atención clínica para embarazos de alto riesgo, afín con lo anterior se obtuvo un RAP (37.9 %) indicando que el 39.7 % de los embarazos en adolescentes disminuyen su probabilidad de acaecer si se realizan CPN suficientes.

Adicionalmente, se exploró la asociación entre CPN e indicadores perinatales mediante análisis bivariado y métricas derivadas (DR/RAP) basadas en OR; no se

implementaron modelos de regresión ajustados por ausencia de covariables en RUAF.

Por su parte, al realizar el cálculo del RAP de los CPN insuficientes como factor de riesgo, el cual fue del 78 % (0.78), y teniendo en cuenta que el OR para los controles insuficientes de y bajo peso al nacer fue de 5.09, se infiere que:

$$RAP = \frac{0.78(5.09-1)}{1+0.78(5.09-1)} = \frac{0.78(4.09)}{1+0.78(4.09)} = 44 \%$$

Lo que indica que hasta un 44 % de los casos de bajo peso al nacer en hijos de madres adolescentes podrían prevenirse si todas tuvieran acceso a CPN adecuados. De igual manera el RAP da cuenta que hasta un 83% de los embarazos adolescentes podrían evitarse si las relaciones con parejas mayores de edad fueran reducidas o prevenidas mediante estrategias de educación y protección de derechos.

Finalmente, se adelantó una diagramación del comportamiento geoespacial del evento en el territorio mediante su localización en un plano cartesiano, en el que se pudo observar desde el contexto geográfico y demográfico del territorio que la mayoría de los casos están concentrados en el casco urbano del municipio, 91 % (1660) 8 % (144) en la parte rural y 1 % (18) en centros poblados. Por otro lado, visualiza que hay una mayor concentración de casos en la parte sur occidental del municipio, siendo concordante donde se encuentran los barrios que presentan indicadores socioeconómicos y sociales con mayores niveles de vulneración. Además, se identifican casos en el área rural, aunque en proporción son inferiores debido a la menor concentración poblacional y a la poca ruralidad con que cuenta el territorio. Para una visualización más completa, se muestra la Figura 3 que ilustra

estos patrones de distribución geoespacial de los embarazos en adolescentes, en este municipio conurbado de Bogotá D.C.

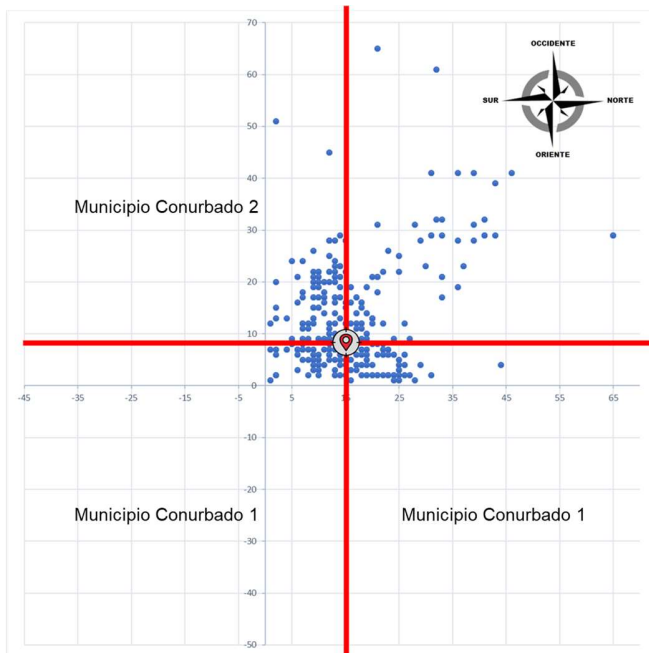


Figura 3. Comportamiento geoespacial del embarazo en adolescentes

Fuente: RUAF 2013-2023

Discusión

A nivel mundial, la tasa de nacimientos en la adolescencia ha mostrado una tendencia decreciente, pasando de 64.5 nacimientos por cada 1 000 mujeres adolescentes en 2000 a 42.5 en 2021 (21). En Colombia, se ha observado una tendencia similar durante la última década, disminuyendo de 71.6 nacimientos por cada 1 000 adolescentes en 2013 a 38.9 nacimientos en 2023 (22,23).

En Bogotá, al comparar los años 2020 y 2021, se observa la mayor reducción en el número absoluto de nacimientos en mujeres adolescentes entre 15 y 19 años (-1

934) (14). Esto coincide con lo encontrado en esta investigación, en la que se evidencia una tendencia descendente en las tasas, incluso más acelerada que la reportada a nivel global y nacional.

De acuerdo con lo reportado en la literatura, el embarazo en adolescentes puede contribuir al bajo peso al nacer (BPN) debido a la competencia entre el feto y la madre por los nutrientes, la prematuridad, las condiciones de salud específicas de esta etapa, así como factores de riesgo relacionados con consumo de sustancias y adicciones (24). Al respecto, en este estudio se encontró que estadísticamente hay un posible factor de riesgo de BPN en bebés de adolescentes si estas no accedieron a CPN suficientes.

En cuanto al estado civil, una de las consecuencias del embarazo en adolescentes es la posible transición en esta condición durante el proceso de maternidad. En un estudio realizado en Colombia, se observó que la mayoría de las mujeres estaban solteras antes de dar a luz; sin embargo, durante el embarazo, el 40 % se encontraba en unión libre o matrimonio legal. Tras el nacimiento del primer hijo, el 53 % de las mujeres seguían con su pareja (25,26). En este estudio, la unión libre fue el estado civil predominante, seguido de la condición de soltera, hallazgo que resulta consistente con lo reportado en investigaciones previas.

Sobre el papel del nivel educativo se puede inferir que la maternidad adolescente es más frecuente entre las adolescentes sin educación formal o con solo educación primaria, en comparación con aquellas que tienen educación secundaria o superior (27), es decir, la adhesión al sistema educativo se constituye en un factor preventivo del embarazo en adolescencia (28,29). En este estudio, se observó que el mayor número de embarazadas reportan haber o estar cursando educación media y básica

secundaria, lo que podría ser uno de los factores del descenso en la tasa de embarazos en este grupo poblacional.

Respecto al CPN, este se constituye en la forma de supervisar la evolución del embarazo y prepara a la madre para el parto, por lo que las prácticas seguras en estos aspectos son consideradas de gran impacto (30). Los resultados de este estudio muestran que el promedio de CPN se presentan como insuficientes para lograr los propósitos mencionados, generando riesgos para la madre como para el bebé.

En lo que concierne a las adolescentes migrantes, la literatura ha documentado condiciones más desfavorables, como una menor protección frente a la violencia de género y un acceso limitado a programas de planificación familiar, asociados a la falta de información, el temor a la deportación y la ausencia de redes de apoyo en el país de acogida (31-33). No obstante, las adolescentes embarazadas migrantes que se identificaron en este estudio no presentaron diferencias significativas respecto a CPN y BPN frente a las colombianas. Quizás esto refleje facilidades de acceso a la atención en salud equitativas y una mayor integración social en las comunidades que habitan.

Adicionalmente, un hallazgo relevante es que el 83 % de las parejas de las madres adolescentes son mayores de edad, lo que podría, en algunos casos, constituirse en punibles por la justicia colombiana, según la cual, en el artículo 5 de la ley 1 236 de 2008, se estableció que todo acto sexual con un menor de 14 años será considerado abusivo y quien lo cometiere pagará una pena de entre 9 y 13 años en prisión (34).

Conclusiones

Los hallazgos presentados en este artículo muestran que existe una tendencia significativa a la reducción de embarazos en adolescentes en el municipio conurbado con Bogotá entre 2013 y 2023. No obstante, se identificaron factores como el nivel educativo, el estado civil y el acceso a controles prenatales, que inciden en la prevalencia de estos casos, especialmente en áreas de mayor vulnerabilidad socioeconómica. Este patrón territorial es consistente con la mayor densidad de casos en sectores con vulnerabilidad social y sugiere focalizar intervenciones en determinantes sociales –permanencia escolar, acceso a SRH y CPN, prevención de violencias y embarazo forzado– y en horarios/servicios amigables para adolescentes.

En este sentido, los resultados obtenidos permiten afirmar que se proporciona una visión general de la situación epidemiológica de los embarazos en adolescentes, destacando tanto los avances en la reducción de las tasas como los desafíos persistentes, especialmente en poblaciones vulnerables. Al identificarse varios factores asociados al embarazo en adolescentes, como el nivel educativo, el estado civil, el tipo de parto, la edad de las parejas de las adolescentes y la asistencia a controles prenatales se pone en alto relieve la importancia de abordarlo desde una perspectiva multidimensional que considere no solo aspectos médicos, sino también sociales, educativos y de acceso a servicios de salud.

Asimismo, se encontró que el comportamiento del embarazo en adolescentes en mujeres de nacionalidad extranjera no evidenció diferencias significativas en comparación con el de adolescentes de nacionalidad colombiana en relación con variables como la incidencia de embarazos, bajo peso al nacer en sus productos, ni en la cantidad de los controles prenatales recibidos. Esto sugiere que, al menos en

el contexto del estudio, la nacionalidad no parece ser un factor determinante por sí solo en el impacto del embarazo en adolescentes.

Se identificó que existe una tendencia significativa a la reducción de embarazos en adolescentes en el municipio conurbado con Bogotá entre 2013 y 2023. Sin embargo, se identifican factores como el nivel educativo, el estado civil y el acceso a controles prenatales, que siguen incidiendo en la prevalencia de estos casos, especialmente en áreas de mayor vulnerabilidad socioeconómica. A pesar de la disminución general de embarazos adolescentes, persisten desafíos en el apoyo integral y preventivo, sugiriendo la necesidad de fortalecer estrategias que aborden las disparidades educativas, socioeconómicas y de acceso a la salud para continuar reduciendo esta problemática.

En cuanto a lo observado geoespacialmente, la ubicación de los casos en el casco urbano es concordante con que el municipio es en su mayoría urbano; por otro lado, la leve mayor concentración en la parte sur occidental del municipio coincide con en donde se ubican los habitantes con indicadores socioeconómicos y sociales que reflejan mayores niveles de vulnerabilidad.

A manera de corolario, se puede afirmar que los hallazgos de esta investigación subrayan la importancia de implementar estrategias y programas de prevención y atención dirigidos a las áreas identificadas como más vulnerables, así como la necesidad de abordar las disparidades geográficas y socioeconómicas que influyen en la incidencia de embarazos en adolescentes.

Para ello, se sugiere que deben desarrollarse políticas pública en las que concurren las entidades municipal, departamental y nacional para asegurar la oferta de anticoncepción moderna, incluida anticoncepción de larga duración posparto;

fortalecer rutas diferenciales de atención para menores de 15 años; ampliar programas de retención escolar y transferencias condicionadas a CPN; y articular los sectores salud, educación y bienestar social para reducir uniones tempranas con parejas adultas, enfatizando en la prevención de violencia sexual.

Limitaciones del estudio

Si bien se realizaron análisis bivariados con pruebas de hipótesis y estimaciones de OR, el estudio no incluyó modelos de regresión multivariada ajustados debido a la indisponibilidad de datos en la fuente utilizada (RUAF). Esto limitó la capacidad de controlar factores de confusión de manera más robusta. No obstante, se aplicó el cálculo de Riesgo Atribuible Poblacional (RAP), lo que permitió estimar el impacto de variables clave como controles prenatales insuficientes y edad de la pareja en la prevalencia del embarazo adolescente.

Por lo tanto, se recomienda llevar a cabo investigaciones más amplias y detalladas que tengan en cuenta estos aspectos para comprender mejor el impacto del embarazo en adolescentes, tanto nacionales como extranjeras, con el propósito de fortalecer el desarrollo de estrategias de prevención y atención más enfocadas a las especificidades de la población.

Referencias

1. Parra N, González B. La caja de herramientas del programa Por los Buenos Tratos. En: Caro Hernández MA, Fernández-Llebrez González M, editores. Buenos Tratos: prevención de la violencia sexista. Madrid: Talasa Ediciones; 2010. p. 288.
2. Matsson H, Gustafsson J, Prada S, Jaramillo-Otoya L, Leckie G, Merlo J, et al. Mapping socio-geographical disparities in the occurrence of

- teenage maternity in Colombia using multilevel analysis of individual heterogeneity and discriminatory accuracy (MAIHDA). *Int J Equity Health*. 2024;23(36). <https://doi.org/10.1186/s12939-024-02123-5>
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Embarazo en la adolescencia [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2024 [citado 2025 feb]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
 4. Albornoz-Arias N, Arenas-Villamizar VV, Martínez-Santana MC, Carreño Paredes MT, Sepúlveda-Aravena, J. Factores socioecológicos para la intervención en embarazo de adolescentes en el Estado Táchira, Venezuela [Internet]. *Arch Venez Farmacol Ter*. 2019;38(5):401 [citado 2024 mar]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/559/55962867003/html/>
 5. Abera A, Bihonegn D, Biresaw T. Socioeconomic inequality in timing of ANC visit among pregnant women in Ethiopia, 2019 [Internet]. *Front Public Health*. 2024;12 [Citado 2024 abr]. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1243433>
 6. Oliveira BS, Aguiar RS. Repercussões na saúde da mulher adolescente devido a gravidez precoce: uma revisão narrativa. *Saúde Coletiva (Barueri)*. 2021;11(68):7363–7374. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i68p7363-7374>
 7. Restrepo M, Trujillo L, Restrepo D, Torres Y, Sierra G. Abuso sexual y situaciones de negligencia como factores de riesgo de embarazo adolescente. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2017;46(2):74-81 [Citado 2024 mar]. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.05.004>
 8. Sanca-Valeriano S, Espinola-Sánchez M, Racchumí-Vela A. Factores sociales y demográficos asociados al embarazo y al embarazo repetido

- en mujeres adolescentes de Perú. Rev Chil Obstet Ginecol. 2022;87(1):11-18. <http://dx.doi.org/10.24875/rechog.21000010>
9. Pinzón-Rondón AM, Ruiz-Sternberg AM, Aguilera-Otalvaro PA, Abril-Basto PD. Factores asociados al inicio de vida sexual y al embarazo adolescente en Colombia. Estudio de corte transversal. Rev Chil Obstet Ginecol. 2018;83(5):487-499. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000500487>
 10. Organización Panamericana de la Salud; Fondo de Población de las Naciones Unidas; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2018 [citado 2024 mar]. Disponible en: https://www.unicef.org/lac/media/1336/file/PDF_Acelerar_el_progreso_hacia_la_reducci%C3%B3n_del_embarazo_en_la_adolescencia.pdf.
 11. Comisión Económica para América Latina y el Caribe; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Hacia una generación de políticas para el desarrollo integral de las y los adolescentes de América Latina [Internet]. Santiago: CEPAL; 2021. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/43cf7416-9b6a-4940-b465-293d38a27ed8/content>
 12. Profamilia. Embarazo en adolescentes en Colombia. Observatorio de Salud Sexual y Salud Reproductiva [Internet]. Bogotá: Profamilia; 2023 [Citado 2024 mar]. Disponible en: https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2023/03/NOTA-POLITICA_PROFAMILIA.pdf
 13. Prías-Vanegas HE, Miranda-Mellado C. Experiencias de adolescentes embarazadas en control prenatal [Internet]. Aquichan. 2009; 9(1):93-105 [Citado 2025 feb]. Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/172>

14. Ministerio de Salud y Protección Social; Observatorio de Migración y Salud; Fondo de Población de las Naciones Unidas. Proporción de nacimientos en adolescentes migrantes y refugiadas residentes en Colombia [Internet]. Bogotá: UNFPA; 2023 [Citado 2024 mar]. Disponible en: <https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/nacimientos-adolescentes-migrantes-2020-2021.pdf>
15. Fernández-Niño JA, Rojas-Botero ML, Bojorquez-Chapela I, Giraldo-Gartner V, Sobczyk RA, Acosta-Reyes J, et al. Situación de salud de gestantes migrantes venezolanas en el Caribe colombiano: primer reporte para una respuesta rápida en salud pública. Rev Univ Ind Santander Salud. 2019;51(3):208-219. <https://doi.org/10.18273/revsal.v51n3-2019004>
16. Benchimol EI, Smeeth L, Guttman A, Harron K, Moher D, Petersen I, et al. The REporting of studies Conducted using Observational Routinely collected health Data (RECORD) statement. PLoS Med. 2015;12(10):e1001885. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001885>
17. Hall GS. Adolescence in literature, biography, and history. En: Hall GS, editor. Adolescence: its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education. Vol. 1. New York: D. Appleton and Company; 1904. p. 513–589. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/2004-20102-008>
18. Organización Mundial de la Salud. Salud del adolescente [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; [Citado 2024 abr]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
19. Rodrigues Fernandes DE, Medeiros M, Silva Santos W, dos Santos MG. Nursing scientific production on teenage pregnancy: an integrative

- review. Aquichan. 2020;20(2):e2025.
<https://doi.org/10.5294/aqui.2020.20.2.5>
20. Organización Mundial de la Salud. Nacimiento prematuro [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 [Citado 2025 feb]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
21. Organización Mundial de la Salud. Adolescent pregnancy [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [citado 2024 may]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
22. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia redujo la tasa de embarazo adolescente [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2021 [Citado 2024 may]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-redujo-la-tasa-de-embarazo-adolescente--.aspx>
23. Departamento Administrativo Nacional de Estadística; Organización Panamericana de la Salud. Nacimientos en niñas y adolescentes en Colombia [Internet]. Bogotá: DANE; 2022 [Citado 2024 may]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/ene-2022-nota-estadistica-embarazo.pdf>
24. Restrepo-Mesa SL, Zapata-López N, Parra-Sosa BE, Escudero-Vásquez LE, Atalah E. Embarazo adolescente: características maternas y su asociación con el peso al nacer del neonato. Arch Latinoam Nutr. 2014;64(2):99-107 [Citado 2024 jun]. Disponible en: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222014000200004
25. Salazar-Arango A, Acosta-Murcia MM, Lozano-Restrepo N, Quintero-Camacho MC. Consecuencias del embarazo adolescente en el estado

- civil de la madre joven: estudio piloto en Bogotá, Colombia. *Persona Bioet.* 2008;12(2):169-182. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/832/83211487008.pdf>
26. Ministerio de Salud y Protección Social. Determinantes sociales del embarazo en adolescentes en Colombia [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2018 [citado 2025 ene]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/vs/ed/ps/p/informe-determinantes-sociales-embarazo-en-adolescente.pdf>
27. Mazuera Arias R, Albornoz Arias N. Maternidad adolescente, desigualdad social y exclusión educativa en el Norte de Santander (Colombia) y Táchira (Venezuela). *Espacio Abierto.* 2017;26(1):121-137. [Citado 2023 jun]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/122/12252817007/html/>
28. Martínez Torres YM, Frómata Lores M, Matos Laffita D, Santana Suárez I, Fernández Rubio M. Intervención educativa sobre embarazo en la adolescencia. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2022;38(3):e1838 [Citado 2024 mar]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252022000300006
29. UNESCO. Embarazo y derecho a la educación [Internet]. París: UNESCO; 2022. Disponible en: <https://www.unesco.org/es/articles/embarazo-y-derecho-la-educacion>
30. Cruz-Naranjo C, Lastra-Lamby I, Expósito-Concepción Y. Estados afectivos de adolescentes gestantes al asistir al control prenatal en una institución de primer nivel de atención. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2022;38(2) [Citado 2024 jun]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252022000200005

31. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; Isegoría S.A.S. Análisis de género de niñas, niños y adolescentes en contextos de movilidad humana [Internet]. Bogotá: UNICEF; 2024 [Citado 2025 feb]. Disponible en:
<https://www.unicef.org/colombia/media/15156/file/An%C3%A1lisis%20de%20g%C3%A9nero%20de%20ni%C3%B1as,%20ni%C3%B1os%20y%20adolescentes%20en%20contextos%20de%20movilidad%20humana.pdf>
32. Arriaga-Romero C, Valles-Medina AM, Zonana-Nacach A, Menchaca-Díaz R. Embarazo en adolescentes migrantes: características sociodemográficas, ginecoobstétricas y neonatales. Gac Med Mex. 2010;146(3) [Citado 2024 jun]. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2010/gm103b.pdf>
33. Organización Mundial de la Salud. Refugee and migrant health [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2026 [Citado 2025 feb]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/refugee-and-migrant-health>
34. Congreso de la República de Colombia. Ley 1236 de 2008, por medio de la cual se modifican algunas disposiciones del Código Penal relativas a delitos sexuales. Bogotá: Diario Oficial No. 47.059; 23 julio 2008.
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=31612>

Cómo citar este artículo: Galindo-Buitrago JI, Jiménez-Barbosa WG, Acuña-Gómez, JS. Tendencias y características del embarazo adolescente en un municipio conurbado de Cundinamarca, Colombia (2013-2023). Biosalud. 2021; 20(1): p-p. DOI: <https://doi.org/10.17151/biosa.2021.20.3>