

COMPORTAMIENTO Y ESTRUCTURA DE LA FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES DE LA LOCALIDAD DE BOSA, 2017

7



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS

Alcalde Mayor de Bogotá
Enrique Peñalosa Londoño

Secretario Distrital de Salud
Luis Gonzalo Morales Sánchez

Subsecretaria de Salud Pública
Patricia Arce Guzmán

Autores Subred Sur Occidente

Diana Carolina Fajardo
Claudia Patricia Beltrán
Claudia Bermúdez
Adriana Lizette Colorado
Mónica Andrea Rodríguez
Sandra Barbosa
Carolina Santofimio
Johana Alexandra Mateus
Diego Bejarano
Javier Camilo Aguillón
Fredy Andrés Chitiva
Carlos Fernandez
Equipo Accvsye
Gobernanza - PSPIC

Fotografía portada
<https://www.semana.com>

Secretaría Distrital de Salud
Carrera 32 # 12-81
Conmutador: 364 9090
Bogotá, D. C. - 2018
www.saludcapital.gov.co

Introducción

Dadas las implicaciones en el desarrollo y en la calidad de vida de los adolescentes, de sus familias y de las sociedades, la ocurrencia de embarazos a temprana edad ha sido considerada, a partir de la década de los setenta, una problemática social y de salud pública necesaria de ser intervenida a fin de procurar un mejor desarrollo individual, una mejor calidad de vida y mejores índices de desarrollo (1). Este fenómeno se asocia a mayores riesgos de salud tanto para la madre como para el bebé, deserción escolar, pérdida de oportunidades de ingresos futuros, rechazo familiar y social, dificultades emocionales, físicas y financieras (2).

A nivel mundial la tasa de fecundidad en adolescentes presenta una disminución importante en los últimos 20 años pasando de una tasa de fecundidad de 61,1 nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años en el año 2006 a 44,6 en el año 2016 (3). En Colombia, también se ha observado esta disminución aunque se encuentra por encima de la tasa mundial, para el año 2005 la tasa de fecundidad de mujeres entre 15 a 19 años era de 75,6 y para el año 2016 registraba 61,6, en el caso de la fecundidad de mujeres entre 10 y 14 años

también se ha reportado una disminución aunque en menor proporción, pasando de una tasa de 3 nacimientos por cada 1.000 mujeres de 10 a 14 años en el año 2005 a 2,7 en el 2016 (4). Para la ciudad de Bogotá D.C., la tasa de fecundidad en adolescentes se ha mantenido por debajo de la registrada a nivel país, presentando la misma tendencia hacia la disminución, para el año 2006 la tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años era de 65,6, mientras que para el 2017 se encontraba en 38,5.

Para describir la fecundidad en adolescentes en la localidad de Bosa se hace necesario describir el contexto local, para aproximarse a los determinantes asociados a este fenómeno. Bosa se caracteriza por tener una población mayoritariamente en estrato bajo (95% en estrato 1 y 2) y tiene un 23,5% de la población en condiciones de pobreza y el 5,2% en pobreza extrema por ingresos (5). En relación con temas asociados a la convivencia, para el año 2015, Bosa es la localidad número 4 con mayores índices de delitos de impacto social (6). De otra parte, en el 2017 ocupa el segundo lugar en violencia contra la infancia y el primer lugar en violencia sexual, de acuerdo a los casos notificados al sistema de vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, el maltrato

infantil y la violencia sexual -Sivim-. En relación a la fecundidad en adolescentes, Bosa ha mantenido una tasa de fecundidad de mujeres entre 15 y 19 años, superior que en el Distrito, pasando de 86,1 en el año 2006 a 48,3 en el año 2017. Para la fecundidad en mujeres de 10 a 14 años el comportamiento se ha mantenido con una tendencia a la disminución en los últimos nueve años, aunque se observa un incremento entre el 2006 y el 2017 pasando de una tasa de 1,4 a 1,6.

El objetivo de este boletín es describir y caracterizar la fecundidad en adolescentes en la localidad de Bosa usando las fuentes de información disponibles, a través de la determinación de las características demográficas, estimando la incidencia de este fenómeno e identificando los posibles factores asociados a su ocurrencia y variables que tengan relación con un mayor riesgo de resultados adversos en salud para las adolescentes y sus bebés.

Está demostrado que el embarazo en la adolescencia es la forma más eficaz para no salir de la pobreza, ni realizar proyectos de vida y se convierte en un problema social además de otro factor que se presenta y se debe tener en cuenta, que es el de la violencia sexual y de género (7). Estas razones justifican la importancia de analizar este tópico, considerando

además, que la fecundidad en la adolescencia muestra singularidades que deben ser estudiadas para una mejor comprensión del contexto que rodea este fenómeno (8).

Metodología

Para la elaboración del boletín se realizó un análisis de tipo descriptivo transversal comparativo, con el fin de presentar el análisis de la fecundidad en adolescentes de la localidad de Bosa, describiendo la tendencia entre los años 2006 y 2017, un análisis de desigualdad en la fecundidad en adolescentes Distrital para el año 2014 y las variables sociodemográficas, relacionadas con el embarazo y el parto para el año 2017. La población estudiada correspondió a los nacidos vivos de la base de datos del Registro Único de Afiliados -RUAF- ND para los años definidos y las gestantes con bajo peso gestacional notificadas en la base del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional -Sisvan- para el año 2017.

Adicionalmente, se utilizaron la base de nacidos vivos RUAF 2017, descargada en mayo del 2018 por parte del componente de Análisis Demográfico de la Subred Sur Occidente y se utilizó la salida de fecundidad de los reportes ASIS del Ministerio de la Protección Social para los años 2005-2016. Por otro

lado, la información cualitativa derivó de la información aportada por parte de la Estrategia de Intervención para el seguimiento y monitoreo de la maternidad y paternidad temprana para el período 2017, de la base de datos de Sivim del año 2017 y la base de intervenciones epidemiológicas de campo de gestantes realizadas por el Sisvan para el año 2017. La información de las salidas y bases de datos, fue procesada y analizada en Microsoft Excel 2010 y Epidat 3.1.

Resultados

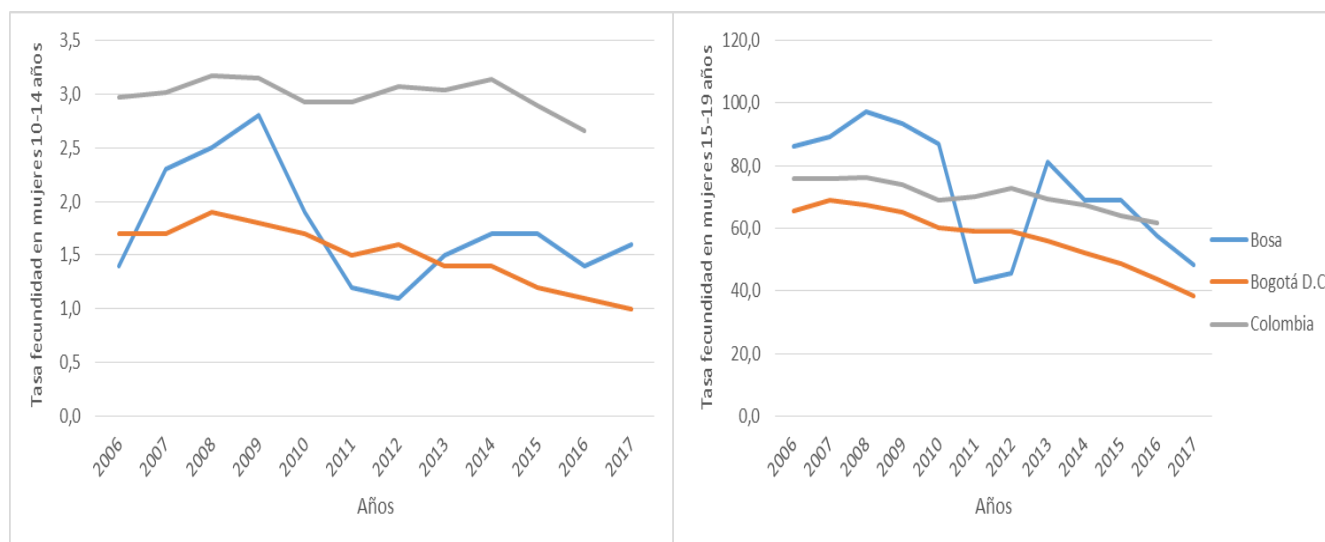
El porcentaje de nacimientos de madres entre 10 a 19 años ha tenido un descenso en los últimos años tanto en la localidad de Bosa como a nivel Distrital, aunque en Bosa tiene un porcentaje más alto de estos nacimientos que en el Distrito, para el año 2012 el porcentaje de nacimientos en adolescentes fue de 22,7% en Bosa mientras que en Bogotá, fue de 18,6%, ya para el año 2017 la localidad registró un 16,8% frente a un 13,4% del total de la Ciudad.

La tasa de fecundidad en mujeres entre los 10 y 14 años en la localidad de Bosa ha tenido un comportamiento oscilante durante

los últimos 12 años, presentando el pico más alto en el año 2009 con un tasa de 2,8 por cada mil mujeres en este grupo de edad y la tasa más baja en el año 2012 con 1,1, año a partir del cual tuvo una tendencia hacia el incremento, la fecundidad en este grupo de edad, en general, ha permanecido por encima de la tasa de la Ciudad, aunque Colombia presenta tasas más elevadas durante el período (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**).

En el caso de las mujeres de 15 a 19 años, la tasa de fecundidad presentó una tendencia menos marcada hacia el descenso, donde el pico más alto se presentó en el año 2008 con una tasa de 97,3. A diferencia de las menores de 15 años, este grupo de edad reportó, a nivel general durante el período, tasas por encima de la Ciudad y del País. Entre los años 2006 y 2017, las diferencias relativas entre las tasas de fecundidad de la localidad de Bosa y el Distrito, mostraron que en 10 de los 12 años analizados, la localidad de Bosa presentó tasas más altas de fecundidad, ocho de los cuales con significancia estadística.

Gráfica 1. Tasa de fecundidad en mujeres de 10-14 y de 15 a 19 años, Bosa, Bogotá y Colombia, 2006-2017



Fuente: Reportes ASIS, Ministerio de Salud y Protección Social. Bases de datos DANE. Sistema de estadísticas Vitales SDS. Proyecciones de población para Bogotá D.C, localidades DANE y SDP

Como se mencionó anteriormente, la localidad de Bosa se caracteriza por ser una de las de mayor vulnerabilidad social en la Ciudad, con niveles de pobreza, deserción escolar, violencias, entre otros, lo que puede explicar el comportamiento de la fecundidad en las adolescentes, considerando que la literatura y los datos analizados revelan que existe una relación estrecha entre la fecundidad en la adolescencia, el nivel educativo y la pobreza: la incidencia del embarazo adolescente es mayor en los grupos menos educados y de mayor pobreza (2).

Por lo anterior, cabe analizar la desigualdad en la fecundidad en adolescentes en el Distrito. Teniendo en cuenta que se requiere de una variable social para el análisis, se toma el NBI, que para la desagregación por localidad, el dato más reciente corresponde al año 2014. El análisis de desigualdad de la fecundidad en adolescentes, ubicó a la localidad de Bosa en el segundo quintil más pobre a nivel del Distrito; de acuerdo a esto, las tasas de fecundidad en adolescentes son mayores en el quintil más pobre de la población tanto para el grupo de mujeres de 10 a 14 años como para las de 15 a 19 años; para el grupo de 10 a 14, la tasa es 2,8 veces más alta en el quintil pobre, donde se encuentra la localidad de Bosa,

frente a los más ricos y para el grupo de 15 a 19 años la tasa es

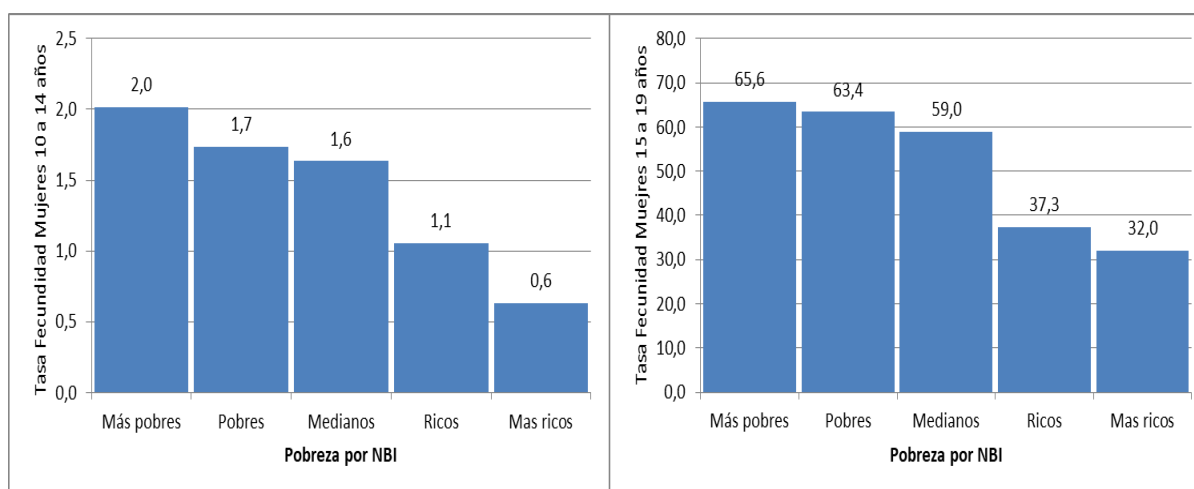
2 veces más alta en el quintil pobre frente a los más ricos (

Gráfica 2).

Para ese año, la localidad de Bosa tiene una tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años igual a la

tasa del quintil pobre (1,7), mientras que la tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años de la localidad es mayor que la tasa del quintil más pobre (68,8).

Gráfica 2. Gradiente de fecundidad en adolescentes por nivel de pobreza según NBI, Bogotá, 2014.



Fuente: Subred Sur Occidente, equipo ACCVSYE, elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Multipropósito 2014 e Indicadores demográficos, SDS, 2014

Con el fin de profundizar en el comportamiento de la fecundidad en adolescentes de la localidad de Bosa, se realizó el análisis de las principales variables por grupo de edad. Del total de nacimientos en adolescentes de la localidad (13,2% del total), la mayor proporción se presentó en las mujeres de 19 años con el 32,3%, mostrando un incremento en el número de nacimientos a medida que aumenta la edad de la madre. En cuanto al aseguramiento,

aunque la mayor proporción se registró en el régimen contributivo, con el 55,8% cuando se analizaron las tasas específicas existe mayor influencia del régimen subsidiado con 279,6 nacimientos por cada mil nacimientos en ese régimen, seguido por los no asegurados con una tasa de 145,7 (Tabla 1), lo que puede asociarse a que en estos dos últimos, la población en su mayoría tienen mayor nivel de pobreza, desempleo o informalidad, al no estar vinculados laboralmente

o poder pagar por su seguridad social.

En cuanto al estado conyugal se evidenció que la mayor proporción de adolescentes se encuentra soltera (40,3%), resultado altamente significativo frente a las mayores de 19 años ($X^2= 663,9$ $p < 0,01$), situación que puede resultar desfavorable para la vida futura de la madre y su hijo (9). El nivel educativo mostró que el mayor porcentaje tenía media vocacional (51,8%), representadas en su mayoría por el grupo de 15 a 19 años (53,4%). El porcentaje de madres que no tiene ningún nivel educativo, aunque fue bajo, el más alto fue en el grupo de 10 a 14 años con el 2%, en relación con lo anterior, de acuerdo con las intervenciones realizadas a madres adolescentes por la estrategia de seguimiento y monitoreo de la maternidad y paternidad temprana sólo el 19% se encontraba estudiando (10), por lo que podría decirse que el nivel educativo está relacionado con la edad, pero también hay mayor posibilidad de interrumpir la actividad educativa tanto a nivel en el básico como en el superior.

Si bien la edad del padre de los nacimientos en adolescentes mostró una mayor proporción en el grupo de 20 a 35 años, existen diferencias entre el grupo de madres de 10 a 14 y de 15 a 19

años, pues para el primer grupo la edad del padre se concentró entre los 15 y 19 años, mientras que para las demás es mayor en el grupo de 20 a 35 años. Esto es importante considerando que en Colombia, en las mujeres menores de 15 años el embarazo se considera producto de abuso sexual, y existe consenso social e institucional en la protección de las adolescentes frente a este fenómeno. Sin embargo, se presenta una paradoja en cuanto a la protección de derechos de las adolescentes y el no reconocimiento de su sexualidad y su autonomía progresiva (11). En este grupo el 54,2% de los padres eran menores de edad, el mayor porcentaje se encontró entre los 18 y 19 años (29,2%) y no se observaron mayores de 25 años, de acuerdo al Sivim, durante el 2017 se notificaron 29 casos de gestantes menores de 16 años por violencia sexual, siendo la segunda a nivel del Distrito, el cual reportó casos.

Por otro lado, en cuanto a las variables relacionadas con mayor riesgo para la salud de la madre y su hijo se evidenció que el porcentaje de partos prematuros es similar entre las madres adolescentes y las madres adultas, no obstante, es más alta en el grupo de 10 a 14 años, aunque esta diferencia no es significativa ($p 0,94$). Aunque un comportamiento similar se observó en el bajo peso

al nacer, es de resaltar que el peso menor a 1.500 gramos es casi cinco veces más alto en las madres de 10 a 14 años en comparación con las adultas, igualmente el déficit de peso fue más alto en estas madres. El bajo peso al nacer a nivel general (<2.500g) no presentó diferencias significativas en ningún grupo de edad (10-19 años $p=0,62$) (¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.).

Tabla 1. Distribución porcentual de variables sociodemográficas por grupo de edad de la madre, Bosa, 2017

Variables	Grupo Edad de la Madre			
	10 a 19 años	10 a 14 años	15 a 19 años	Mayor de 19 años
Aseguramiento				
Contributivo	55,8	55,1	55,8	73,5
Subsidiado	41,0	44,9	40,9	21,3
No asegurado	2,3	0,0	2,4	2,7
Excepción	1,0	0,0	1,5	2,5
Estado Conyugal				
Unión Libre menor a 2 años	30,0	18,4	30,4	16,3
Unión Libre mayor a 2 años	27,2	10,2	27,7	57,4
Casada	1,3	0,0	1,4	12,4
Soltera	40,3	71,4	39,3	13,0
Separada/divorciada	0,1	0,0	0,1	0,3
Nivel Educativo				
Ninguno	0,1	2,0	0,0	0,1
Preescolar	0,2	0,0	0,2	0,1
Básica primaria	8,5	18,4	8,2	4,8
Básica Secundaria	34,4	79,6	32,9	11,9
Media Vocacional	51,8	0,0	53,4	52,4
Educación Superior	4,7	0,0	7,1	30,0
Edad del padre				
10 a 14 años	0,1	2,1	0,1	0
15 a 19 años	35,8	81,3	34,4	1,2
20 a 35 años	61,2	16,7	62,6	78,2
>35 años	2,8	0,0	2,9	20,7

**Fuente: Bases SDS -aplicativo -
RUAF-ND -Sistema de Estadísticas
Vitales**

Respecto de la vía de resolución del parto, se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2= 29,50$ $p < 0,01$) al comparar el grupo de las adolescentes con las madres adultas, siendo mayor el número de partos operatorios (cesáreas e instrumentados) en éstas últimas.

La proporción de consultas prenatales -CPN- mostró que las adolescentes asisten a menos consultas prenatales en comparación con las adultas, con una significativa diferencia ($p < 0,01$), en este sentido, se ha reportado inicio tardío y baja adherencia al mismo, en comparación con controles de gestantes adultas (12); un comportamiento similar se observa en el grupo de 10 a 14 y de 15 a 19 años, aunque por otro lado, las adolescentes de 10 a 14 años tuvieron la mayor proporción de madres con más de ocho CPN.

El APGAR al nacimiento, el cual permite evaluar la vitalidad de los recién nacidos en el momento inmediato al nacer (13), con puntaje menor de siete tuvo un comportamiento similar entre el total de madres adolescentes y adultas, empero al desagregar a las

adolescentes, la mayor proporción se presentó en las madres de 10 a 14 años, con una diferencia significativa frente a las adultas ($p < 0,01$).

En relación con los antecedentes obstétricos el 11% de las adolescentes ha tenido más de un hijo, que corresponden a mujeres de 15 a 19 años, por otra parte, la proporción el 15,3% tuvo más de un embarazo, la diferencia entre estas proporciones puede ser debida a abortos.

Tabla 2. Distribución porcentual de variables relacionadas con el embarazo y el parto por grupo de edad de la madre, Bosa, 2017

Variables	Grupo Edad de la Madre			
	10 a 19 años	10 a 14 años	15 a 19 años	Mayor de 19 años
Tiempo Gestación				
A término (≥ 37 sem)	89,0	87,8	89,0	88,8
Prematuridad (< 37 sem)	11,0	12,2	11,0	11,1
Peso al nacer				
Muy bajo peso	1,0	6,1	0,9	1,4
Bajo peso (1.500-	12,0	12,2	12,0	11,1
Déficit (2.500-2.999g)	38,6	46,9	38,4	34,6
Normal (≥ 3.000 g)	48,4	34,7	48,8	52,9
Tipo de parto				
Cesárea	31,9	28,6	32,0	40,2
Espontáneo	65,3	69,4	65,2	57,9
Instrumentado	2,7	2,0	2,8	1,9
Controles Prenatales				
Menos de 6	50,2	51,0	50,2	33,2
6 a 8	39,8	30,6	40,1	49
Más de 8	9,9	18,4	9,7	17,9
APGAR				

Gráfica 3). Esto es concordante con la literatura que mostró que el embarazo adolescente aumenta el riesgo de resultados adversos al nacimiento, dentro de los que se encuentra la mortalidad neonatal y

Menor de 7	2,9	12,2	2,6	2,8
Mayor o igual a 7	96,8	83,7	97,2	97,0
Hijos nacidos Vivos				
1	88,9	100,0	88,5	40,5
2	10,5	0,0	10,9	39,3
3	0,6	0,0	0,6	14,4
Mayor a 3	0,0	0,0	0,0	5,8
No. Embarazos				
1	84,7	100,0	84,2	35
2	14,1	0,0	14,5	36,3
3	1,1	0,0	1,2	17,7
Mayor a 3	0,1	0,0	0,1	11

Fuente: Bases SDS -aplicativo - RUA-ND -Sistema de Estadísticas Vitales

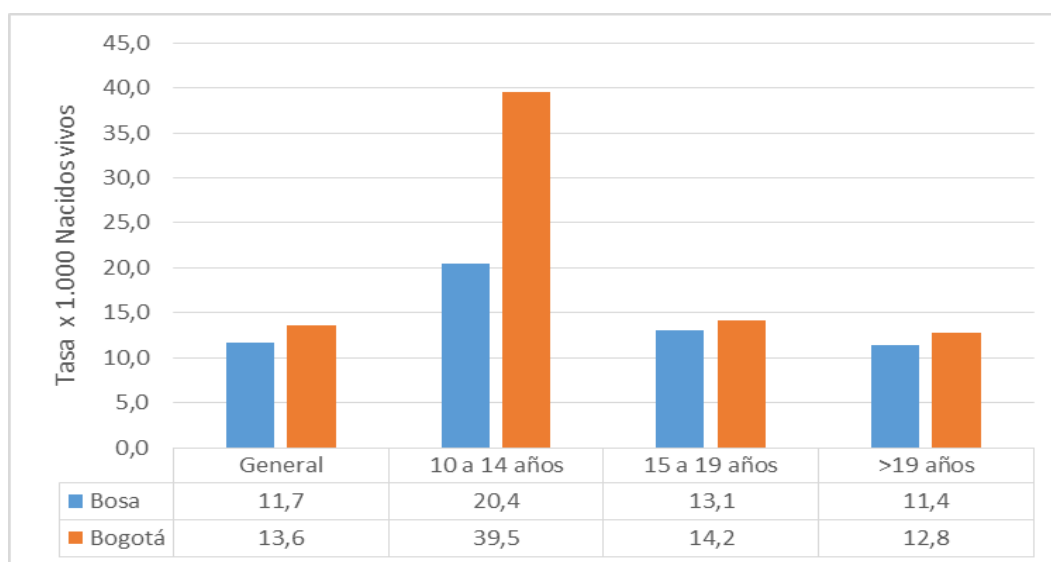
Como se pudo observar existen algunas variables que tienen un efecto más negativo en las gestantes adolescentes en comparación con las adultas, el comportamiento de las mismas puede tener algún efecto en los desenlaces en salud de las madres y sus bebés, por ejemplo, para el año 2017 la tasa de mortalidad perinatal en la localidad se ubicó en 11,7 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, por debajo de la tasa Distrital (13,6). Sin embargo, al analizar las tasas específicas por edad de la madre se evidenció que la mayor mortalidad se presenta en el grupo de 10 a 14 años con una tasa de 20,4 para el nivel local y 39,5 para el Distrito, de igual forma la tasa es más elevada para el grupo de 15 a 19 años (

son atribuibles a bajo nivel socioeconómico, inadecuado control prenatal e inadecuada ganancia de peso durante el embarazo (14). En relación con este último aspecto, de acuerdo a

la base de gestantes notificadas al Sisvan, se encontró una diferencia significativa ($p < 0,01$) entre la

proporción de bajo peso gestacional de las adolescentes (28,6%) y las adultas (13,3%).

Gráfica 3. Tasa de mortalidad perinatal general y específica por grupo de edad de la madre, Bosa y Bogotá, 2017



Fuente: Bases SDS -aplicativo -RUA-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE preliminares.

Conclusiones

- En todas las escalas territoriales analizadas, la tasa de fecundidad en las adolescentes presentó un descenso sostenido durante los últimos años, aunque específicamente en el grupo de 10 a 14 años la tasa ha tenido un comportamiento más constante. La localidad de Bosa reportó tasas significativamente más altas en el grupo de 15 a 19 años, en comparación con el Distrito.

Esto puede deberse a las características de la localidad, que se caracteriza por un estrato bajo, pobreza y fragilidad social, considerando que las adolescentes menos educadas o de menor nivel de riqueza tienen mayor tiempo de exposición al riesgo de embarazo por un inicio más temprano de relaciones sexuales, al mismo tiempo que tienen una mayor demanda insatisfecha de métodos de planificación familiar – debido a un menor acceso a la

información adecuada y al uso apropiado de los métodos (2).

- La fecundidad en las adolescentes en el Distrito mostró una desigualdad en contra de los más pobres en ambos subgrupos de edad. La desigualdad en la fecundidad en las adolescentes refleja inequidades en otros determinantes que pueden relacionarse con falta de oportunidades sociales y económicas, como la deserción escolar, el trabajo informal y la violencia intrafamiliar.
- Los hijos de madres adolescentes afiliados al régimen subsidiado y los no asegurados de la localidad, presentan las tasas de fecundidad adolescente más elevadas.
- Aunque la mayoría de las adolescentes de Bosa conviven en unión libre, es más elevada la proporción de la unión de menos de dos años que puede estar relacionado con la ocurrencia del embarazo y por ende, hay un mayor riesgo de que esta unión termine después del nacimiento, por otra parte, en el grupo de 10 a 14 años la mayor proporción son solteras, ya que debido a su corta edad, permanecen con sus padres o cuidadores.
- La proporción de bajo peso al nacer y prematuridad no mostraron diferencias significativas en las gestantes adolescentes frente a las adultas, por el contrario, la proporción en el bajo puntaje en el APGAR y en los escasos

controles prenatales son significativamente más altos en las adolescentes.

- El riesgo de muerte perinatal fue mayor en los hijos de madres adolescentes, especialmente en el grupo de 10 a 14 años, tanto en la localidad de Bosa como a nivel Distrital, los factores biológicos que se han asociado consistentemente con resultados negativos durante la gestación en adolescentes son el pobre estado nutricional, el peso bajo al inicio de la gestación y la pobre ganancia de peso durante el embarazo (15), de estas variables, se encontró a través del Sisvan que el bajo peso gestacional es significativamente más alto en las adolescentes frente a las adultas.

Recomendaciones

- Se hace necesario realizar análisis que describan variables relacionadas con la ocupación de la madre, composición familiar, planeación de la gestación, inicio de relaciones sexuales, con el fin de profundizar el efecto de estas variables en la fecundidad.
- Fortalecer a través del espacio educativo y de los servicios de salud el retraso del inicio de la vida sexual y la prevención del embarazo no planificado.
- Realizar demanda inducida al programa de regulación de la fecundidad en las y los adolescentes, fortaleciendo no sólo la oferta sino el

acompañamiento en el uso adecuado, enfatizando en las unidades de servicio de la red pública.

- Promover y realizar seguimiento al uso de métodos de regulación de la fecundidad en madres adolescentes posterior al parto, para evitar nuevos embarazos.
- Generar un espacios de encuentros dirigido adolescentes que hayan o no sido padres, donde se fortalezca el conocimiento de métodos de regulación de la fecundidad, planeación de la paternidad, proyecto de vida y cuidado y atención a los recién nacidos y niños, esto último para disminuir riesgos en salud de los bebés.

Referencias Bibliográficas

1. Consejo Nacional de Política Económica y Social. Conpes Social 147 [Internet]. 2012 [citado 4 de junio de 2018]. Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/cdt/conpes/social/147.pdf>
2. Carmen Elisa Flórez, Victoria Eugenia Soto. Fecundidad Adolescente y Desigualdad en Colombia y la Región de América Latina y el Caribe. En Santiago de Chile; 2006 [citado 4 de junio de 2018]. Disponible en: https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/florez_soto.pdf
3. Banco Mundial. Tasa de fertilidad en adolescentes (nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años de edad) | Data [Internet]. 2017 [citado 4 de junio de 2018]. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.ADO.TFRT?eod=2016&start=1996>
4. Ministerio de salud y protección social. Reportes ASIS 2 [Internet]. 2018 [citado 4 de junio de 2018]. Disponible en: <http://rssvr2.sispro.gov.co/reportesasis2/>
5. Secretaría Distrital de Planeación. Boletín de resultados encuesta multipropósito, Bogotá. Bogotá D.C.; 2014.
6. Secretaría de cultura recreación y deporte. Ficha Local de Bosa [Internet]. Bogotá; 2016 [citado 4 de junio de 2018]. Disponible en: http://www.culturarecreacionydeporte.gov.co/sites/default/files/adjuntos_paginas_2014/07._perfil_bosa_-_segunda_version_dic16.pdf
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Tasa de fecundidad adolescente se ha reducido en cinco puntos [Internet]. 2016 [citado 4 de junio de 2018]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Tasa-de-fecundidad-adolescente-se-ha-reducido-en-cinco-puntos.aspx>

8. Matilde de la C. Molina Cintra. Fecundidad adolescente: apuntes actuales. Rev Noved en Población [Internet]. 2017 [citado 4 de junio de 2018];13(25):94-109. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782017000100009
9. Alina González Hernández, Rosa María Alonso Uría, Angela Rosa Gutiérrez Rojas, Ana Campo González. Estudio de gestantes adolescentes y su repercusión en el recién nacido en un área de salud. Rev Cuba Pediatr [Internet]. 1946 [citado 6 de junio de 2018];72(1):54-9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312000000100009
10. Estrategia de Intervención para el seguimiento y monitoreo de la maternidad y paternidad temprana. Intervenciones Epidemiológicas de Campo. Madres adolescentes. Bogotá D.C.; 2017.
11. Iván Pacheco-Sánchez C. Embarazo en menores de quince años: los motivos y la redefinición del curso de vida. Salud Publica Mex [Internet]. 2016 [citado 6 de junio de 2018];58(1):56-61. Disponible en: https://www.scielosp.org/articloe/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v58n1/v58n1a12.pdf
12. Villacis Vallejos C, Becerra D, Kerguelen L. Adherencia al control prenatal en la Clínica de Gestantes Adolescentes del Hospital de Engativá de Bogotá [Internet]. Universidad Nacional de Colombia; 2012 [citado 6 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/6455/1/598441.2012.pdf>
13. Hübner G ME, Juárez H ME. Test de Apgar: Después de medio siglo ¿sigue vigente? Rev Med Chil [Internet]. agosto de 2002 [citado 6 de junio de 2018];130(8):925-30. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002000800014&lng=en&nrm=iso&tlng=en
14. Chen X-K, Wen SW, Fleming N, Demissie K, Rhoads GG, Walker M. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. Int J Epidemiol [Internet]. 1 de abril de 2007 [citado 6 de junio de 2018];36(2):368-73. Disponible en: <https://academic.oup.com/ije/article->

- lookup/doi/10.1093/ije/dyl284
15. Mendoza T LA, Arias G M, Mendoza T LI. Hijo de madre adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2012 [citado 29 de junio de 2018];77(5):375-82. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000500008&lng=en&nrm=iso&tlng=en