

Análisis de la fecundidad adolescente en Colombia, 2010

Paula Mercedes MARTES-CAMARGO

Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA)

Resumen

Colombia presenta una de las mayores tasas de fecundidad adolescente de América Latina. En este reporte se elabora un análisis de la fecundidad adolescente en el país para el año 2010. Se incluye un análisis regional que permite identificar los sectores geográficos en los cuales se presenta la mayor prevalencia de maternidad adolescente. También se elabora un diagnóstico de los patrones de uso de métodos anticonceptivos, así como de los grupos en los cuales se concentran las mayores Necesidades No Satisfechas de Anticoncepción (NNSA), con el fin de determinar el nivel de acceso y uso de métodos que reportan las adolescentes colombianas.

Palabras clave: Fecundidad, adolescentes, derechos sexuales y reproductivos, salud sexual y reproductiva.

Abstract

Analysis of adolescent fertility in Colombia, 2010

Colombia presents one of the highest fertility rates in Latin-American. This paper contains an analysis of the teenage childbearing in Colombia for 2010 with a regional analysis that helps to find out the geographical areas with the highest prevalence of teenage fertility. Also, this paper presents a diagnostic of the patterns of use of contraceptive methods and an identification of the population groups with the highest levels of unmet need for family planning, that helps to estimate the access and use of contraceptive methods of the Colombian women teenagers.

Key words: Sexual and reproductive health, fertility, teenagers, sexual and reproductive rights.

INTRODUCCIÓN

El estudio de la fecundidad adolescente es relevante dentro del contexto de los países latinoamericanos, los cuales muestran como región la segunda mayor Tasa de Fecundidad Adolescente (TFA) después de África. Dentro de esta realidad Colombia presenta una de las diez mayores TFA de América Latina, además de mostrar en los últimos 20 años un incremento de ésta. Lo anterior ofrece una justificación suficiente para la realización de este estudio, el cual forma parte de una investigación mucho más grande titulada “Determinantes de la Fecundidad Adolescente en Colombia, 2010”.

Los objetivos de investigación que se plantean son:

- Identificar los comportamientos sexuales y reproductivos en las adolescentes colombianas, estudiando los niveles de actividad sexual, inicio de la unión y primer nacimiento.
- Diagnosticar los patrones de uso de métodos anticonceptivos, así como de los grupos en los cuales se concentran las mayores Necesidades No Satisfechas de Anticoncepción (NNSA).

Dichos objetivos ayudarán a la evaluación de la hipótesis de investigación de que la ocurrencia de la maternidad adolescente no sólo se explica por falta de acceso a métodos anticonceptivos, sino que también juegan un papel fundamental los roles sociales y de género de los cuales forman parte los adolescentes.

En el artículo se desarrollan conceptos tales como la adolescencia y la construcción de la sexualidad y se contextualiza el caso colombiano en el marco de la fecundidad adolescente en América Latina. Además, se describen los niveles de pobreza de las regiones que conforman el país. Se presenta también una discusión acerca del estado de la Salud Sexual y Reproductiva de las adolescentes colombianas. Por último, se abordan de manera breve los principales proyectos y programas realizados por el gobierno nacional de Colombia en los temas de Salud Sexual y Reproductiva y adolescencia.

ALGUNOS CONCEPTOS

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la adolescencia es el periodo durante el cual el individuo pasa de la aparición de las características sexuales primarias a la madurez sexual, vive la evolución de los procesos psicológicos y los patrones de identificación de niño a adulto y pasa de un estado de total dependencia económica y social a un estado de dependencia relativa (WHO, 2002). Es por esto que la adolescencia es considerada como una etapa crucial del desarrollo humano, dado que es en ella donde se toman decisiones que afectarán la vida futura, tales como la construcción y ejercicio de la sexualidad y la obtención de independencia económica de los padres.

La duración de la etapa de la adolescencia puede verse afectada por los distintos contextos culturales en los cuales se desarrollan los adolescentes (Gage, 1998). Según Stern (2012) en las zonas que ofrezcan los contextos más precarios es posible incluso que la etapa de la adolescencia no exista, dado el paso directo que se da de la niñez a la adultez ya sea por la inserción temprana a la maternidad o al mercado laboral.

La concepción de la adolescencia varía entre las culturas, incluso en algunas este concepto no existe. Si bien es relativamente sencillo determinar el inicio de la adolescencia dado que coincide con el inicio de la pubertad, determinar su final es complicado y socialmente se asocia a la inserción de los individuos a una vida de independencia económica de sus padres (Menkes, 2009)

Centrar cualquier estudio dentro de este grupo de edad (10-19 años) es relevante en la medida que los sujetos a los cuales se analiza en su mayoría no han alcanzado la edad de emancipación, por lo que para la sociedad aún no cuentan como ciudadanos activos de derechos. Por lo tanto, la ocurrencia de una reproducción temprana se enmarca en un contexto de “ilegalidad”, en la medida que se supone que los y las adolescentes están llevando a cabo acciones que aún no les son reconocidas o permitidas.

El contexto dentro del cual se desarrollan los sujetos adopta una particular importancia cuando se analiza el ejercicio de la sexualidad en los adolescentes, debido al gran impacto que generan las condiciones sociales, estructurales y contextuales en las cuales se desarrollan. Dentro de dichas condiciones, la imagen del género resulta crucial debido a que es la base del camino en el cual los adolescentes comienzan a adquirir sus identidades como hombres y mujeres, lo que los conduce a interiorizar patrones de comportamiento esperados (Stern, 2012). La sanción negativa a la sexua-

lidad adolescente obstaculiza el acceso a información, la educación y la preparación para ejercerla de una manera placentera y responsable. Buena parte del problema se origina en cómo los adultos califican el fenómeno, así como en la forma en que las instituciones sociales (familia, escuela, iglesia, instituciones de salud) lo interpretan y manejan.

La sexualidad en los adolescentes ha sido definida/construida como algo problemático, debido principalmente a las prácticas de riesgo que le son asociadas, como el bajo uso de métodos anticonceptivos en sus primeras experiencias sexuales, un uso no consistente de éstos y la ausencia de prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual (Amuchástegui, 1998). Lo anterior ha hecho blanco a la sexualidad de las mujeres adolescentes de medidas de control e intervención, cuando lo que se necesita es analizar las dimensiones individual y cultural para entender cómo viven los jóvenes el proceso de iniciación sexual dado el contexto cultural en que se desenvuelven.

Foucault (1986) afirma que la sexualidad ha sido construida mediante prácticas discursivas, estrategias o tecnologías de poder, siendo la más importante la auto-vigilancia que ejercen los sujetos con el fin de adaptarse a las definiciones de normalidad: heterosexualidad y relación de sexo con género.

Dicha auto-vigilancia es reforzada por los discursos sexuales de los agentes locales, los cuales pueden ser miembros de la comunidad o a quienes se les ha otorgado cierto grado de autoridad para definir los significados de las prácticas sexuales, tales como padres de familia, civiles, amigos o autoridades religiosas. Tal como lo expone Amuchástegui (1998), el poder de la religión se ha configurado a lo largo de los siglos con el mantenimiento de sus discursos predicados en torno a la sexualidad, los cuales coexisten con las construcciones modernas de la subjetividad y sexualidad difundidas por la educación formal, las campañas de salud pública y de control de la población y los medios de comunicación, generándose así una confusión de los discursos.

Abordar el tema de la fecundidad adolescente requiere de cambios en las concepciones normativas que se tienen en la sociedad de este fenómeno. Se debe despejar la mente de ideas referentes a que una mayor información de su sexualidad hará a los adolescentes menos responsables y más precoces en su iniciación sexual. Ambos fenómenos ocurren aún con una información limitada, por lo que se debe trabajar en darles informaciones libres de sesgos ideológicos que les permitan ejercer una vida sexual más segura.

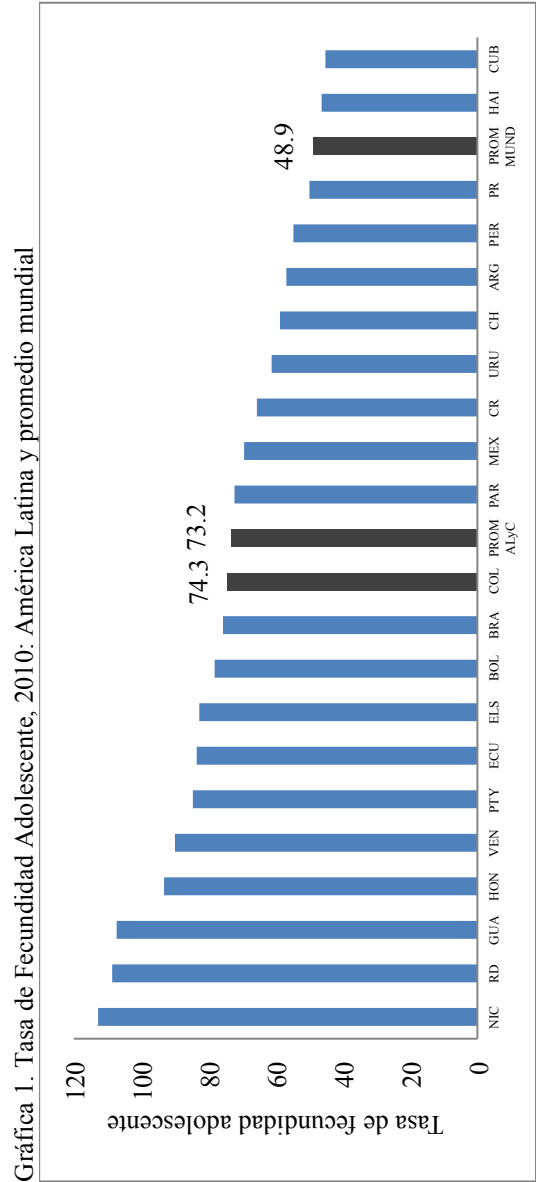
Acerca de los motivos que actúan sobre la ocurrencia de la maternidad/embarazos en la adolescencia, se deben dejar de lado ideas sesgadas que cuestionen la racionalidad de los adolescentes; es necesario adentrarse en el contexto donde se desenvuelven, el cual puede estar ofreciendo argumentos para la elección de ser madres aun cuando el embarazo haya sido no planeado. Hay que cuestionar las opciones de proyectos de vida que la sociedad está ofreciendo a las nuevas generaciones y analizar los sesgos de género que a la vez pueden estar recrudeciendo aún más las carencias y desigualdades con las cuales conviven.

CONTEXTO COLOMBIANO

Según datos de *World Population Prospects* (WPP) de 2010 de Naciones Unidas, la Tasa de Fecundidad Adolescente (TFA) a nivel mundial alcanzó los 49 nacimientos por cada mil mujeres entre los 15 y 19 años. Si se compara este dato con el valor de hace 20 años se observa un decrecimiento de 41 por ciento. Al analizar el comportamiento en cada uno de los continentes se encuentran realidades muy diversas: África se sitúa en el primer lugar con una tasa de 103.6, seguida de América Latina y el Caribe (73.2), América del Norte (37.3), Asia (34.8), Oceanía (32.8) y Europa (19.2). Estos datos permiten concluir que la Tasa de Fecundidad Adolescente de América Latina es una de las más altas del mundo, superada sólo por África, que presenta en su región central la TFA más alta del mundo, con 144.4 nacimientos por cada 1000 mujeres entre 15 y 19 años.

Si se analiza el comportamiento de la TFA dentro de América Latina y el Caribe se puede observar, tal como lo muestra la Gráfica 1, que todos los países a excepción de Cuba (45.2) y Haití (46.4) muestran una TFA superior al promedio mundial; Nicaragua tiene la tasa más alta de la región con 112.7 nacimientos por cada 1000 mujeres adolescentes.

El caso de Colombia es particularmente importante dado que la TFA reportada por WPP es mayor al promedio de Latinoamérica, con 74.3 nacimientos, lo que la posiciona en el lugar número 11 entre los países de la región. Sin embargo, según datos de Profamilia, en 2010 la TFA en el país alcanzó los 84 nacimientos por cada 1000 mujeres adolescentes. Se supone que esta diferencia con los datos presentados por WPP se debe al proceso de estandarización en los datos que realizaron para lograr que sean comparables.



Fuente: Datos de *World Population Prospects (WPP)* de las Naciones Unidas, 2010.

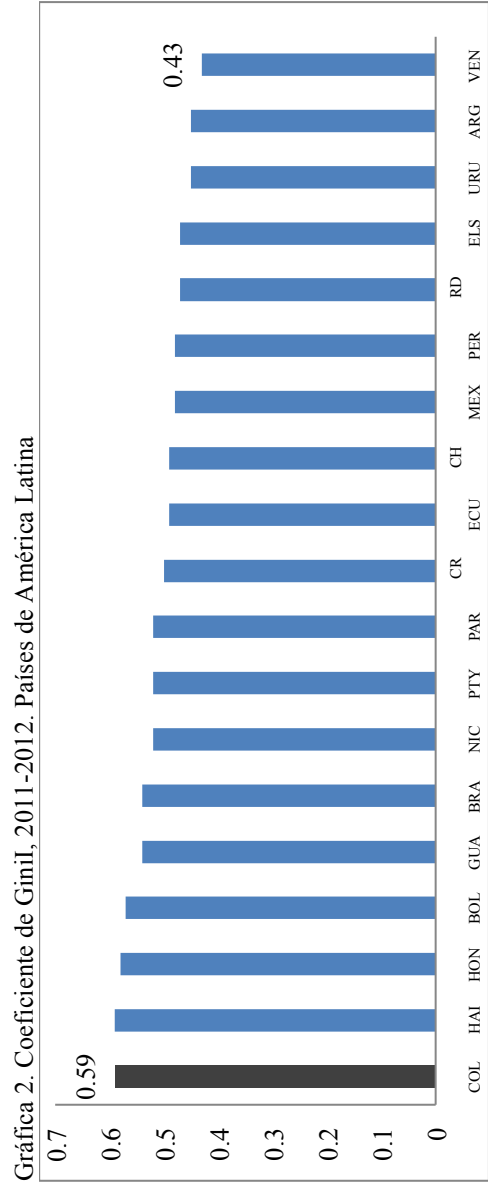
Cuando se analiza el nivel de desigualdad en la distribución de la riqueza en la región, se puede tener una mirada general del contexto dentro del cual se están desarrollando las sociedades de cada país; mirando los resultados de la Gráfica 2 se destaca inmediatamente el caso de Colombia, debido a que según estadísticas de las Naciones Unidas es el país con la mayor desigualdad en la región de América Latina con un coeficiente de Gini de 0.59 puntos, igual al de Haití.

Esta realidad hace necesario profundizar en los factores que explican la ocurrencia de la maternidad en la adolescencia en Colombia y analizar cuál es la prevalencia de este fenómeno en los diferentes sectores que conforman la sociedad colombiana, pues no sólo es uno de los países latinoamericanos con alta TFA sino que además es el más desigual de la región.

Para tener una idea del comportamiento de la fecundidad en Colombia se estudia su estructura por edades. En la Gráfica 3 se pueden observar dos tendencias: i) la fecundidad muestra una cúspide temprana (Welti, 1997), tanto en 2010 como 1990, debido a que la mayor tasa se sitúa en el grupo etario de 20-24 años a pesar de que la Tasa Global de Fecundidad (TGF) disminuyó de 2.9 hijos a 2.1 para el final del periodo; ii) a excepción de la Tasa Específica de Fecundidad (TEF) de 15-19 años, las tasas específicas muestran una disminución de 1990 a 2010, con las mayores disminuciones en las tasas de 20-24 años y 25-29 años y iii) la TEF_{15-19} evidenció un incremento de 20 por ciento en el periodo, al pasar de 70 a 84 nacimientos por cada 1000 mujeres adolescentes.

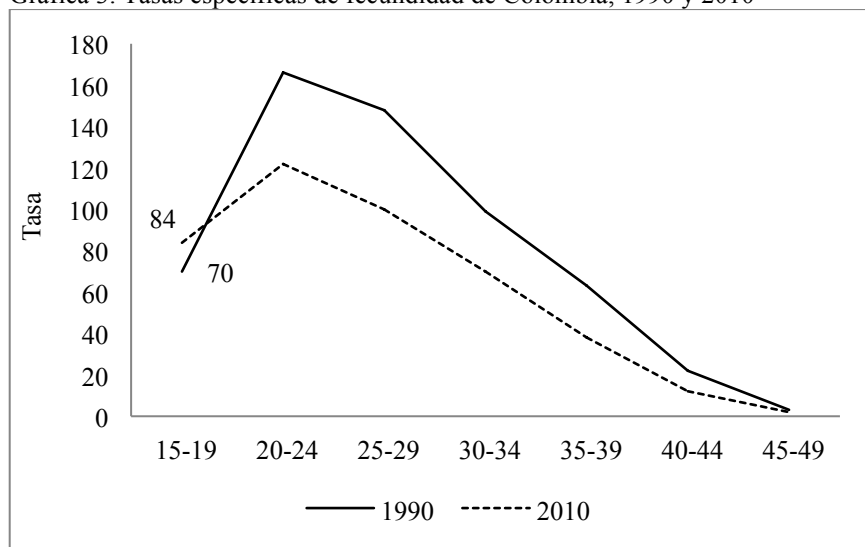
En cuanto a la composición de la fecundidad por edades, se puede observar que la TEF_{15-19} aumentó considerablemente su participación dentro del periodo de 1990 a 2010, pues a inicios del periodo fue de 12 por ciento y para 2010 de 20 por ciento. Si bien la Tasa de Fecundidad en adolescentes disminuyó de 90 nacimientos por cada mil mujeres adolescentes en 2005 a 84 en 2010, esto no se tradujo en una reducción de su participación dentro de la fecundidad total.

Este comportamiento ascendente en la participación de la fecundidad total de Colombia, se explica por las reducciones que se han experimentado en las demás tasas específicas; por ejemplo las tasas de fecundidad de mujeres entre 20-34 años redujeron su participación de 72 por ciento en 1990 a 68 porcentaje en 2010 y las de 35-49 años de 15 a 14 por ciento.



Fuente: Datos de OECD, Banco Mundial y Naciones Unidas, 2011-2012.

Gráfica 3. Tasas específicas de fecundidad de Colombia, 1990 y 2010



Fuente: Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDS) de Colombia.

A pesar de la reducción que ha tenido la Tasa de Fecundidad general en el país de 2.9 en 1990 a 2.1 en 2010, el comportamiento en las edades tempranas es bastante particular. Si bien la paridad en las mujeres entre 20-29 años sigue siendo alta, su tendencia es decreciente, lo cual es contrario al comportamiento experimentado por las mujeres entre 15-19 años. Este hallazgo justifica aún más la necesidad de estudiar los factores que pueden estar explicando este comportamiento diferencial.

El descenso general en la fecundidad en América Latina (AL) ha estado motivado por las transformaciones socioeconómicas, los cambios culturales referentes al estilo de vida y las visiones sobre la reproducción, las transformaciones de los roles de género, tanto en la familias como en la sociedad y la puesta en marcha de políticas de población. A pesar de los avances que se han logrado en cuanto a los niveles de la TGF así como de mejoras en la calidad y transformaciones de los estilos de vida, desde la década de 1980 la reproducción a edades tempranas ha mostrado un incremento sostenido. Muchos atribuyen la causa de este fenómeno a la falta de transformaciones en los estilos de vida en América Latina, razón muy simplista que ignora todos los cambios que se han dado en distintos ámbitos como la cultura, que la han hecho más abierta a las transformaciones generadas en el “mundo desarrollado” (Rodríguez, 2008).

Dada la alta inserción de América Latina a cambios económicos y sociales, se espera que la región siga los mismos pasos y trayectorias de los países desarrollados, lo cual implica que la fecundidad debe disminuir en todos los grupos de edad. Si bien se ha observado una reducción en la Tasa Global, la realidad dentro de grupos de adolescentes es otra, lo que muestra una tendencia contraria a la de los países desarrollados. Este último factor se ha intentado explicar por parte de la academia y demás instituciones determinantes dentro de la política de población a nivel mundial y local. Tal como lo expone Rodríguez (2008) se han dado diversos ejes analíticos en la comprensión del fenómeno. Entre los más importantes destacan: i) inequidad socioeconómica: centrada en que la reproducción temprana genera la transmisión intergeneracional de la pobreza; ii) inequidad de género: observada en la concentración de la crianza en las mujeres, que en este caso no sólo son las madres sino también las demás mujeres pertenecientes a su familia que apoyan en el proceso. La inequidad de género también se presenta en la formulación de las políticas y en la implementación de los programas, lo cual reafirma la construcción social de los roles diferenciados por sexo en todas las esferas claves del desarrollo de las mujeres adolescentes y en los procesos de reproducción.

Un cambio que ha surgido recientemente en el país es el incremento de mujeres jóvenes madres solteras, comportamiento que difiere al tradicional de nacimientos dentro del matrimonio. Tal y como se verá más adelante, en Colombia la primera unión libre dentro del grupo de madres adolescentes está lejos de ser un comportamiento representativo de la segunda transición demográfica, sino que está evidenciando los contextos de pobreza y de subordinación de la mujer (Di Cesare, 2007).

Colombia es un país muy diverso en el que se integran las razas indígenas, africanas y europeas, lo cual ha dado como resultado la existencia de una población no sólo mestiza, sino también afrodescendiente, indígena, raizal y gitana (*rom*). Todos estos grupos étnicos son reconocidos por la Constitución colombiana. A los afrodescendientes e indígenas los cobijan varios artículos de la Constitución Nacional de 1991, los cuales no sólo reconocen sus lenguas oficiales sino que les garantizan la permanencia en sus resguardos o asentamientos. El caso de los pueblos gitanos o *rom* es diferente, dado que fueron legitimados sólo hasta 1999 por medio de la Resolución 22 del 2 de septiembre de dicho año (DANE, 2007).

El censo de 2005 muestra que cerca de 14 por ciento de la población colombiana forma parte de alguno de estos grupos étnicos, 3.36 por ciento se declara indígena, 10.4 por ciento afrodescendiente y 0.01 por ciento

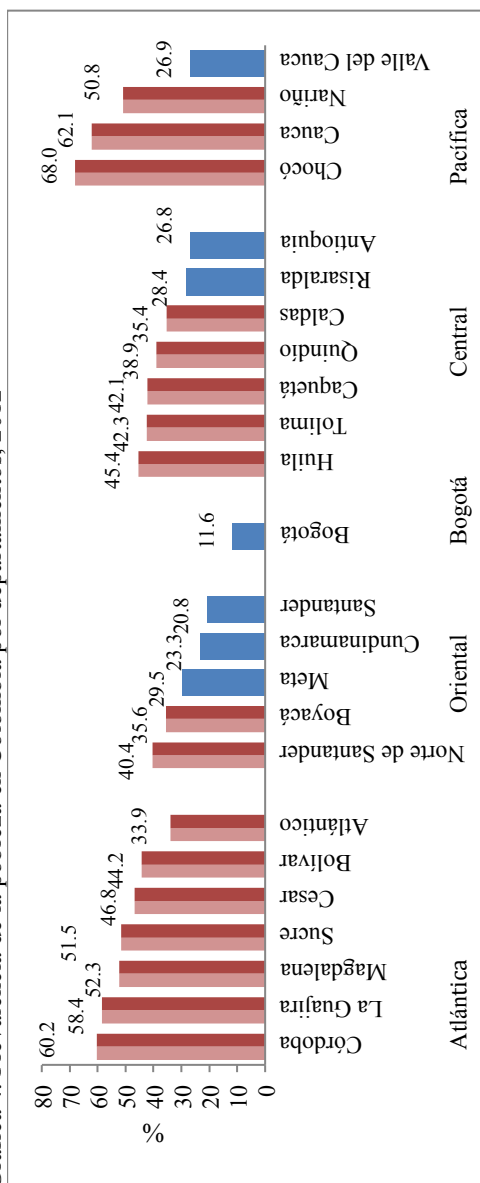
reporta ser gitano. El 84.16 por ciento restante reporta no pertenecer a ninguna etnia (DANE y U Valle, 2010).

A pesar del peso relativamente importante de la población indígena dentro de la población colombiana, las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud de Colombia (ENDS) no incluyen ninguna variable que permita identificar la pertenencia étnica de cada mujer, lo cual limita el estudio de los comportamientos reproductivos dentro de estas comunidades. Profamilia cuenta con encuestas de mujeres en condición de desplazamiento, cuya muestra es posible cubra a muchas de las mujeres afro o indígenas, más que nada por la concentración geográfica que ha tenido el conflicto armado colombiano cuyas áreas coinciden con los asentamientos de estas poblaciones, sobre todo en el sur y este del país.

Pero Colombia no es sólo un país diverso sino también desigual, cuenta con el coeficiente de Gini más alto de la región y según datos de la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) la prevalencia de la pobreza llegó a ser en 2012 de 32.7 por ciento, pero esta cifra podría estar subestimada, dado que para su cálculo no se incluyen los municipios de la Región Amazónica, la cual es una de las regiones con mayor población indígena del país, con un total de 189 resguardos indígenas que representan 27 por ciento del total de resguardos a nivel nacional (DANE, 2007). Cuando se analiza la prevalencia de la pobreza en los departamentos de los cuales se tiene información, se pueden evidenciar diferentes niveles a lo largo de todo el territorio nacional. La Gráfica 4 clasifica a cada departamento dentro de la región a la que pertenece, con lo cual se puede concluir que son las regiones Atlántica y Pacífica las que muestran los departamentos con los mayores niveles de pobreza. Se destacan los casos de Chocó, Cauca y Córdoba con 68, 62.1 y 60 por ciento, siendo así los tres departamentos con la mayor prevalencia de pobreza en el territorio nacional.

Los departamentos resaltados son aquellos que muestran datos superiores al promedio nacional. Como se puede observar todos los departamentos de la Región Atlántica siguen esta tendencia y gran parte de las regiones Pacífica y Central. Es la Región Oriental la que muestra los menores porcentajes, incluso Bogotá se puede incluir dentro de ella dado que, dejando de lado que es la capital de la nación, forma parte del departamento de Cundinamarca. Bogotá muestra la menor prevalencia de la pobreza con 11.6 por ciento, seguida de Santander y Cundinamarca con 21 y 23 por ciento, respectivamente.

Gráfica 4. Prevalencia de la pobreza en Colombia por departamentos, 2012



Fuente: Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH), 2012.

En conclusión, Colombia es un país de muchos matices. No sólo cuenta con una gran diversidad cultural sino con una distribución espacial diferenciada de los niveles de pobreza. Estos resultados posibilitan matizar aún más el contexto dentro del cual viven y conviven los adolescentes colombianos y permite ir conociendo sobre qué bases se está dando el comportamiento descrito al inicio de la TFA.

Antes de adentrarse al estudio de los indicadores más relacionados con la salud sexual y reproductiva de los adolescentes colombianos, se hace preciso caracterizar este grupo de edad.

El rango de edad que se toma para los adolescentes es de 15 a 19 años. A continuación se muestran indicadores referentes a sus años de educación, zonas que habitan y su estado marital.

La mayoría de las adolescentes colombianas¹ viven en áreas urbanas (ver Cuadro 1) en donde se asienta 76 por ciento de estas mujeres, en contraste con sólo 24 por ciento que vive en zonas rurales.

Cuadro 1. Mujeres adolescentes por zona

Zona	n	Porcentaje
Urbana	7 138	76.3
Rural	2 216	23.7
Total	9 354	

Fuente: ENDS, 2010. Cálculos propios.

Dicho patrón en la ubicación espacial de las adolescentes se debe matizar por los diferenciales en materia de educación que se evidencian entre estas dos zonas. Para el año 2010 las mujeres adolescentes que habitaban las zonas urbanas de Colombia tenían un promedio de 9.5 años de educación, casi dos años por encima del promedio de las adolescentes rurales, quienes mostraban ocho años de educación en promedio (ver Cuadro 2).

Cuadro 2. Años de educación de mujeres adolescentes, por zona

Zona	Promedio de años de educación	n
Urbana	9.4558	6 616
Rural	7.9948	2 738

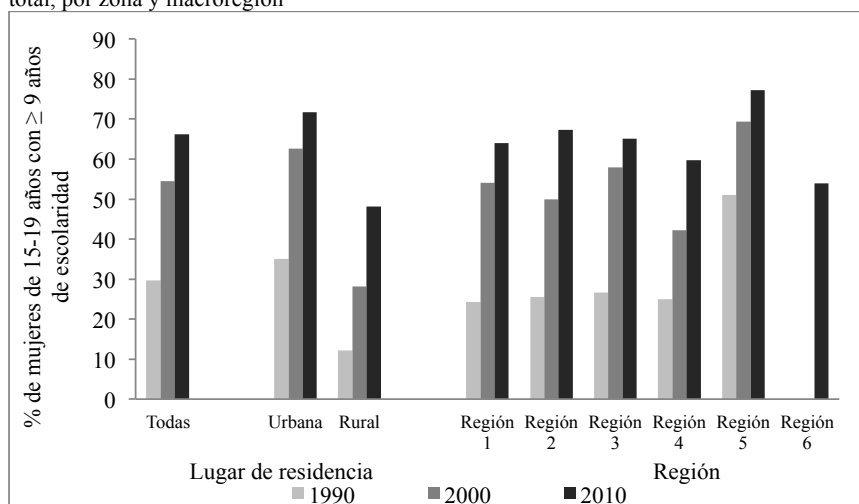
Fuente: ENDS, 2010. Cálculos propios.

En los últimos 20 años se puede observar cómo esta brecha educativa por zona se ha mantenido. La Gráfica 5 contiene información acerca del

¹ Las ENDS sólo toman dentro de su muestra a mujeres en edad reproductiva, dejando completamente por fuera del estudio a los hombres. Esto constituye una gran limitación para esta investigación, pues no se puede determinar por medio de indicadores concretos su rol dentro de la salud sexual y reproductiva del país.

porcentaje de mujeres adolescentes con más de nueve años de educación. Se evidencia un aumento en el indicador pasando de 30 por ciento en 1990 a 68 por ciento en 2010; por zonas de residencia se observa la misma tendencia creciente; en el área urbana se pasa de 35.1 por ciento en 1990 a 71.2 por ciento en 2010, mientras que en el área rural se pasa de 12.2 a 48.2 por ciento. Si bien el porcentaje en esta última zona sigue siendo bajo, hay que destacar el avance significativo que tuvo a lo largo del periodo.

Gráfica 5. Porcentaje de mujeres entre 15-19 años con nueve o más años de escolaridad total, por zona y macroregión



Fuente: ENDS, 2010. Cálculos propios.

Analizando el comportamiento del indicador por regiones se observa que la Región 5, la cual representa a Bogotá, es la que ha mantenido el indicador más alto. En general, se observa una tendencia creciente en el indicador en todas las regiones, tan sólo para la Región 6 no se tienen datos para todos los años, pero se puede observar que reporta el menor indicador para 2010, el cual es comparable con los niveles evidenciados en las regiones 1 y 2 para el año 2000. Esto último denota un atraso en el indicador en dicha región.

Respecto al estado conyugal de las adolescentes colombianas (Cuadro 3), se observa que el matrimonio no es común dentro de este grupo, con apenas una prevalencia de 0.61 por ciento a nivel nacional. Sin embargo los niveles de adolescentes en unión libre son significativamente mayores, con una participación de 13.12 por ciento en 2010 se convierte en el segundo estado marital entre este grupo de mujeres luego de la soltería (82.9 por ciento).

Cuadro 3. Estado conyugal de mujeres adolescentes: total, por macrorregión y zona

Variable	Estado civil						No viven				Total	
	Soltera		Casada		Unión libre		Viuda		juntos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total	7 755	82.9	57	0.6	1 227	13.1	2	0.0	313	3.3	9 354	100.0
<i>Zona</i>												100.0
Rural	1 666	75.2	16	0.7	432	19.5	0	0.0	102	4.6	2 216	100.0
Urbana	6 098	85.3	41	0.6	795	11.1	2	0.0	210	3.0	7 146	100.0
<i>Macrorregiones</i>												100.0
Región 1	1 494	78.3	1	0.1	332	17.4	2	0.1	79	4.2	1 908	100.0
Región 2	1 447	83.5	12	0.7	216	12.5	0	0.0	58	3.3	1 733	100.0
Región 3	2 001	84.3	19	0.8	271	11.4	0	0.0	83	3.5	2 374	100.0
Región 4	1 237	81.9	10	0.7	205	13.6	0	0.0	58	3.9	1 510	100.0
Región 5	1 402	87.7	11	0.7	160	10.0	0	0.0	25	1.6	1 598	100.0
Región 6	175	76.0	2	1.0	43	18.9	0	0.0	10	4.1	230	100.0

Fuente: ENDS, 2010. Cálculos propios.

Se empiezan a observar importantes diferencias en la distribución por zona. El porcentaje de solteras en las zonas rurales es diez por ciento inferior al evidenciado en las zonas urbanas, de un 75.18 y 85.31 por ciento, respectivamente. Dicha diferencia se explica por el porcentaje de mujeres adolescentes en unión libre en cada zona, que es 19.49 en las zonas rurales y apenas 11.14 en las urbanas.

A nivel de las regiones se observa en todas un alto porcentaje de mujeres adolescentes solteras, lo cual sigue la tendencia evidenciada en los anteriores cuadros. Las diferencias ocurren en el porcentaje de adolescentes en unión libre, pues se observa que las regiones 1 y 6 (Atlántica y territorios nacionales) muestran la mayor prevalencia de adolescentes unidas, con 17.39 y 18.86 por ciento, respectivamente, mientras que la Región 5 (Bogotá DC) muestra el menor porcentaje de unidas con apenas diez por ciento. Como se puede observar, hay diferencias a nivel regional en la ocurrencia de la unión durante la adolescencia. Como se ve, en las regiones donde hay un mayor indicador de pobreza (regiones 1 y 6) es donde se observan los porcentajes más altos tanto de adolescentes en unión libre como casadas.

En conclusión, en el país aunque el matrimonio no es común entre las mujeres adolescentes sí lo es relativamente la unión libre.

A pesar de la baja prevalencia de las uniones en las adolescentes colombianas, los datos también muestran otra realidad, que es la alta proporción de adolescentes que tienen relaciones sexuales premaritales. Según datos de la ENDS para 2010, 39.7 por ciento del grupo de mujeres solteras de 15 a 19 años ya había tenido relaciones sexuales, este porcentaje se duplica en el grupo de 20-24 años, donde alcanza 80.66.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES EN COLOMBIA

El estudio de la fecundidad adolescente en Colombia se justifica, como se ha mencionado antes, por el hecho de que su TFA es mayor al promedio latinoamericano y muestra un incremento de 20 por ciento entre 1990-2010, al pasar de 70 a 84 nacimientos por cada mil mujeres adolescentes, mientras que la Tasa Global de Fecundidad pasó de 2.9 hijos a 2.1 para el final del periodo. Lo anterior se ha traducido en un incremento de la participación de la fecundidad adolescente, que aumentó de 12 por ciento en 1990 a 20 por ciento en 2010.

Sin embargo, la maternidad adolescente no se distribuye de manera uniforme a lo largo del intervalo de edad de 15-19 años. Su ocurrencia es común antes de los 18 años, cuando la prevalencia de la maternidad llega

a ser cercana a 20 por ciento, 15 puntos por encima del nivel evidenciado para las que fueron madres antes de los 16 años.

Cerca de 80 por ciento de las mujeres entre 20-24 años ya han experimentado una relación sexual, la cual no es paralela a la ocurrencia de la maternidad y la unión.

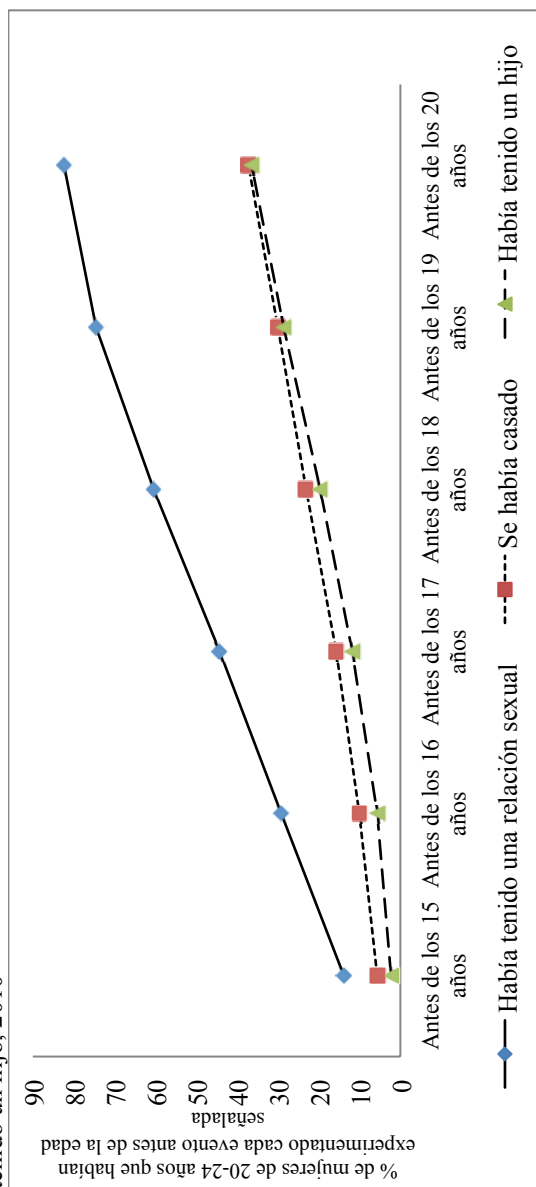
La ocurrencia de los eventos se acelera a partir de los 17 años, en los primeros años de adolescencia se mantienen porcentajes bajos.

Antes de los 16 años se evidencia (ver Gráfica 6) una estrecha relación entre los tres fenómenos, la cual se dispersa a edades mayores. Una posible explicación al comportamiento de los tres eventos en edades tempranas la ofrece Welti (2005), al mencionar que entre menor sea la edad de inicio de la actividad sexual es más probable que las mujeres sean objeto de presiones y estereotipos sociales que pueden generar un aceleramiento de la unión y del embarazo.

Este escenario también revela un mayor riesgo de ocurrencia de embarazos no planeados, los cuales según datos de 2008 representaron 67 por ciento del total de embarazos ocurridos en el país (Prada *et al.*, 2011), de los cuales 29 por ciento culminó en abortos inducidos, 29 por ciento en nacimientos y nueve por ciento en abortos espontáneos. Las autoras ofrecen cuatro explicaciones de la alta ocurrencia de embarazos no planeados en Colombia: i) las preferencias de las mujeres por un menor número de hijos, la cual se evidencia en las diferencias entre la fecundidad observada y deseada, que disminuye a medida que el contexto socioeconómico en el que se desarrolla la mujer es mejor; ii) características del uso actual de métodos; iii) mayor actividad sexual y demanda insatisfecha en mujeres jóvenes y iv) aumento de la población desplazada, explicado por las condiciones de violencia interna generada por grupos al margen de la ley y por todo el complejo criminal causado por el narcotráfico. Las razones 2 y 3 se tratarán más adelante.

Si se analiza la edad mediana a la cual ocurre cada uno de estos tres eventos, se puede notar tanto en el agregado nacional como por zonas y regiones, que la edad promedio a la que sucede la primera relación sexual según datos de 2010 es a los 16.4 años, la primera unión a los 17.4 años y el primer nacimiento a los 17.7 años.

Gráfica 6. Porcentaje de mujeres de 20-24 años que había tenido una relación sexual, se había unido y había tenido un hijo, 2010



Fuente: ENDS 2010. Cálculos propios.

Se evidencia así una diferencia en promedio de un año entre el inicio de la actividad sexual y la unión; dicha brecha sugiere que la mujer adolescente está más propensa a la ocurrencia de embarazos no planeados y a contraer Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) (Juárez *et al.*, 2010), debido a factores tales como: necesidades no satisfechas de anticoncepción, baja percepción de riesgo, así como la presión que ejercen las inequidades de género referentes al mandato social de la maternidad, la cual genera un contexto de permisividad y aceptación a la maternidad temprana.

Di Cesare (2007) propone la existencia de dos modelos, uno tradicional y otro moderno, dependiendo de cómo se distribuyan las edades de inicio de cada uno de los “tres hitos”. Señala que para el modelo moderno debe existir una diferencia de por lo menos dos años entre la primera relación sexual y la primera unión y de mínimo tres años entre la primera unión y el primer nacimiento. Por su parte el modelo tradicional sugiere una iniciación sexual paralela a la unión y una diferencia de máximo dos años entre la unión y el primer nacimiento. Su argumentación para este modelo proviene de los condicionamientos socioculturales que considera determinan y caracterizan la ocurrencia de estos hitos.

Para el caso de Colombia, los datos se ajustan más al modelo tradicional, dado que para 2010 la diferencia entre el inicio de la actividad sexual y la primera unión fue en promedio de un año, mientras que la ocurrencia de la primera unión y el primer nacimiento fueron casi simultáneas, con una diferencia de apenas 0.3 años. Cuando se comparan los datos con el año 2000, se observa una reducción de un año en la edad de iniciación sexual, mientras que las edades a la primera unión y primer nacimiento se mantuvieron casi iguales, con diferencias de apenas 0.1 y 0.2 años, respectivamente (ver Cuadro 4).

Este mismo modelo se evidencia a nivel de zonas y regiones. Por zonas, la edad mediana de iniciación sexual es menor en las zonas rurales respecto a las zonas urbanas, es decir, de 15.9 años en la primera y de 16.5 años en la segunda. Las zonas rurales también muestran las menores edades medianas en la primera unión y el primer nacimiento. Se mantiene en ambas zonas la diferencia de un año en promedio entre la primera relación y la primera unión, mientras que la diferencia entre la primera unión y el primer nacimiento es mayor en las zonas rurales, con 0.6 años, mientras que en las zonas urbanas llega a ser de 0.17 años.

Cuadro 4. Edad mediana a la primera relación sexual, primer nacimiento y primera unión de las mujeres entre 20-24 años. Total por zona y macroregión (2000 y 2010)

Edad mediana a:									
Variables	Primera relación sexual			Primera unión			Primer nacimiento		
	2000	2010	Diferencia en años	2000	2010	Diferencia en años	2000	2010	Diferencia en años
Total	17.4	16.4	-1	17.5	17.4	-0.1	17.9	17.7	-0.2
Zona									
Urbana	17.6	16.5	-1.1	17.6	17.6	0.01	18.1	17.8	-0.3
Rural	16.6	15.9	-0.7	17.0	16.8	-0.2	17.5	17.4	-0.1
Macroregión									
Atlántica	17.8	16.8	-1.0	17.0	16.9	-0.1	17.6	17.7	0.1
Oriental	17.5	16.5	-1.0	17.5	17.4	-0.1	18.1	17.7	-0.4
Central	17.5	16.1	-1.4	17.7	17.6	-0.1	18.1	17.6	-0.5
Pacífica	16.9	16	-0.9	17.3	17.5	0.2	17.7	17.6	-0.1
Bogotá	17.4	16.5	-0.9	17.8	18.1	0.3	18.1	17.9	-0.2
Territorios Nacionales	15.8*	15.2	-0.6	16.8*	16.7	-0.1	17.6*	17.0	-0.6

Intervalos en años entre:		
Variables	Primera relación y primer matrimonio	Primer matrimonio y primer nacimiento
	2010	2010
Total	1.0	0.3
Zona		
Urbana	1.1	0.17
Rural	0.9	0.6
Macroregión		
Atlántica	0.1	0.8
Oriental	0.9	0.3
Central	1.5	0
Pacífica	1.5	0.1
Bogotá	1.6	-0.2
Territorios Nacionales	1.5	0.3

Nota: los datos tomados para la región de Territorios Nacionales fueron tomados de la ENDS de 2005, año desde el cual se encuentra disponible.

Fuente: ENDS, 2010. Cálculos propios.

Esto demuestra que independientemente de la zona, se mantiene la tendencia de que la unión sea casi paralela al nacimiento del primer hijo, lo cual da pautas para plantearse dos preguntas: i) ¿Qué factores pueden estar motivando la unión temprana en las mujeres colombianas? y ii) ¿Es posible que en promedio los embarazos ocurran antes de consagrarse la unión? De ser así, ¿Esto será lo que explica la unión de las parejas? La solución a estos cuestionamientos dará cuenta del tipo de uniones que se están realizando en el país.

Por regiones, tal como se observa en el Cuadro 4, se evidencia la misma tendencia de edades medianas bajas de iniciación sexual. Destaca el caso de los Territorios Nacionales, con una edad mediana de iniciación sexual de 15.2 años (en 2005 también ocupó el primer lugar con 15.8 años), seguida de la Región Pacífica, con 16.9 años. La Región Atlántica es la que muestra la mayor postergación del inicio de la actividad sexual, con una edad mediana de 17.8 años. En términos generales, cuando se compara con datos de 2010, la edad mediana de inicio de actividad sexual experimentó una disminución en cada una de las regiones.

En cuanto a la edad mediana a la primera unión, la Región Atlántica es la que muestra la menor edad, con 16.9 años, la cual sólo muestra una diferencia de 0.1 años con la edad de iniciación sexual, mostrando así una ocurrencia casi paralela entre estos dos eventos; lo anterior ayuda a demostrar la alta penalidad social que se otorga a las relaciones prematrimoniales en esta región. Este contexto además puede ayudar a explicar la alta prevalencia de maternidad temprana y los patrones de uso de métodos que se evidenciarán para esta región más adelante.

Sin embargo, a pesar de la simultaneidad entre la actividad sexual y la unión, la Región Atlántica es la que muestra la mayor diferencia entre la unión y el primer nacimiento, con 0.8 años.

Un caso contrario ocurre en Bogotá, donde se presenta la mayor postergación de la unión con una edad mediana de 18.1 años, convirtiéndose así en la región con la mayor diferencia entre la edad a la primera relación sexual y la primera unión. Pero cuando se analiza la edad al primer nacimiento para esta misma región, ésta es 17.9 años, por lo cual se concluye que la maternidad antecede a la unión.

A pesar de la existencia de relaciones prematrimoniales, es preocupante la ocurrencia casi simultánea de la edad a la primera unión y el primer nacimiento, teniendo en cuenta que la edad mediana de ambos eventos ocurre durante la adolescencia. A menor edad de inicio de actividad sexual, menor es la probabilidad de que se use algún método en la primera relación sexual (Brown y Eisenberg, 1995).

Si se analiza el uso de condón en la primera relación sexual, se obtiene que apenas 55.47 por ciento de las mujeres adolescentes colombianas lo usaron en 2010. Este valor cambia dependiendo de la zona, el estrato, la región y el nivel educativo del que forme parte la mujer, por lo que es menos probable que lo use una con bajo nivel educativo, que habite en zonas rurales y sea de un estrato bajo. En las zonas rurales el uso llega apenas a 47.52 por ciento respecto a 57.97 por ciento en las zonas urbanas; por su parte en las mujeres de estrato muy bajo el uso es de apenas 40.56 por ciento frente a 66.4 por ciento en las de estrato muy alto. Por regiones, la Región Atlántica es la que muestra el menor uso, con 37.49 por ciento, mientras que en la Región Oriental el uso es cercano a 61 por ciento.

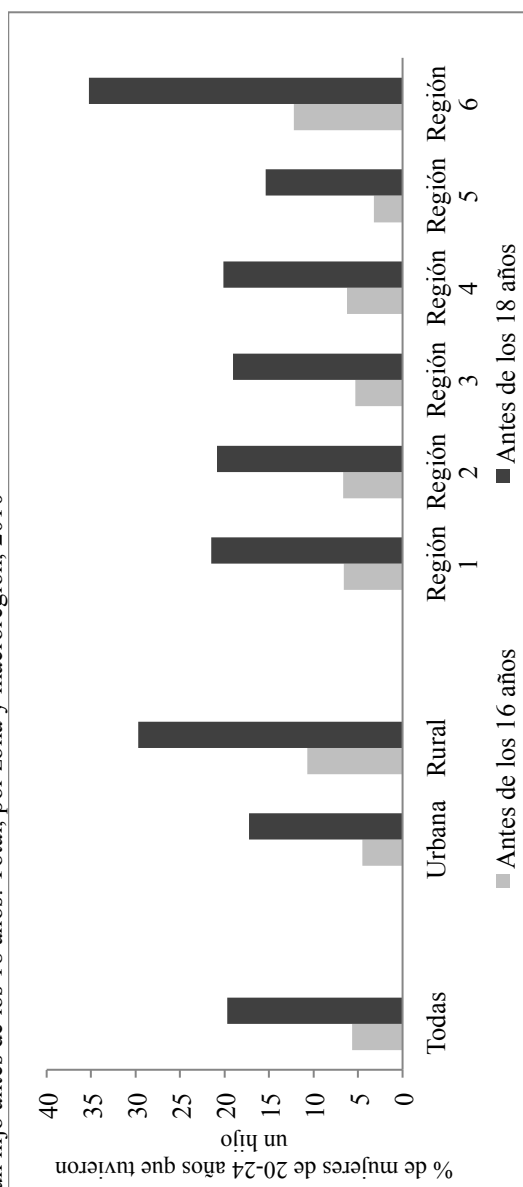
Estos resultados son relevantes, ya que el uso de algún método en la primera relación sexual constituye el vencimiento de muchas barreras de acceso a métodos, así como de todas las construcciones sociales que giran en torno al uso de métodos anticonceptivos respecto a la autonomía y empoderamiento de las mujeres. Por lo tanto, es de esperar que las mujeres que usen un método durante su primera relación sean más propensas a seguir usándolo en el resto de su vida sexual.

La maternidad adolescente es común antes de los 18 años. La Gráfica 7 muestra el porcentaje de mujeres entre 20-24 años que fueron madres antes de los 16 años y antes de los 18 años. Se puede observar que los niveles se duplican o triplican cuando se analiza el segundo grupo; la maternidad no es muy común antes de los 16 años; son la zona rural y la Región 6 las que muestran los mayores porcentajes de madres antes de dicha edad con diez y 12 por ciento, respectivamente.

Antes de los 18 años la prevalencia total de la maternidad dentro del grupo de edad analizado llega a ser cercana a 20 por ciento, 15 puntos por encima del nivel evidenciado para las que fueron madres antes de los 16 años.

Este indicador también se discrimina por zonas y región. En las zonas rurales se experimenta una mayor prevalencia de la maternidad en ambos intervalos, con cerca de 30 por ciento de madres antes de los 18 años en las zonas rurales frente a 17 por ciento en las zonas urbanas. Por regiones, son la 6 y 1 las que muestran los mayores porcentajes de mujeres antes de los 18 años con 35 por ciento en la primera y 22 por ciento en la segunda. Bogotá es la región que muestra la menor ocurrencia de maternidad tanto antes de los 16 años como antes de los 18 años, con tres y 15 por ciento en cada caso.

Gráfica 7. Porcentaje de mujeres de 20-24 años que tuvieron un hijo antes de los 16 años y que tuvieron un hijo antes de los 18 años. Total, por zona y macroregión, 2010



Fuente: ENDS 2010. Cálculos propios.

Antes de los 16 años se esperaba que no se reportaran casos de madres adolescentes, por ocurrir el evento a edades tan tempranas; a pesar de que es muy bajo el porcentaje comparado con el de quienes fueron madres antes de los 18 años, hubo cerca de 442 mujeres menores de 16 años que reportaron haber sido madres.

Mucho se ha escrito sobre las consecuencias que implica la maternidad a edad temprana, particularmente las asociadas a los riesgos de salud tanto para la madre como para el niño, se concentran en las adolescentes más jóvenes, entre las cuales destacan: bajo peso al nacer, mayor ocurrencia de partos prematuros y mayor morbi-mortalidad perinatal; todos en su mayoría asociados a la inmadurez fisiológica de las adolescentes así como a los riesgos específicos que conlleva el ser madre por primera vez (Portnoy, 2005).

Es por esto que desde algunos organismos internacionales se ha hecho mucho énfasis en abolir la práctica cultural de los matrimonios a temprana edad (antes de los 18 años), debido a que se les considera una violación directa a los derechos humanos de la mujer, en la medida que la expone a violaciones físicas y sexuales, a un mayor riesgo de sufrir Enfermedades de Transmisión Sexual (sus compañeros suelen ser de mayor edad y con una mayor experiencia sexual, por lo que el uso del condón se limita), las imposibilita a seguir con su proceso educativo, se ejerce una alta presión de quedar en embarazo y las expone a ser víctimas de explotación laboral (UNFPA, 2012).

Analizando el uso de métodos según el tipo utilizado, se observa que la mayoría de las mujeres casadas usa inyecciones, con una participación de 21 por ciento, 11 por ciento utiliza pastillas hormonales y ocho por ciento emplea *norplant*.

Es en las solteras donde prevalece el uso de condón (16 por ciento) y el uso del condón masculino/femenino se duplica respecto a las casadas, seguido de las inyecciones (11 por ciento) y de las pastillas hormonales (nueve por ciento). Si bien son diferentes los patrones de usos en ambos grupos, la principal diferencia se evidencia en el uso del condón, lo cual debe estar respondiendo al tipo de demandas anticonceptivas de cada grupo.

Se observa un alto porcentaje de mujeres casadas que no usan métodos anticonceptivos, que llega a ser de 34 por ciento en las zonas rurales. Sin embargo, dicho porcentaje es mayor y llega a casi 50 por ciento cuando se analiza a las mujeres solteras con experiencia sexual, por lo cual las se puede decir que las mujeres solteras son menos proclives al uso de métodos anticonceptivos respecto a las casadas (Cuadro 5).

Cuadro 5. Distribución porcentual de las mujeres entre 15-24 años según tipo de método. Total, por zona y por condición marital

Tipo de método	Mujeres unidas*			Mujeres solteras con experiencia sexual
	Total	Urbana	Rural	
Ningún método	31.40	30.38	33.81	48.48
Pastillas	10.92	9.57	14.13	8.76
DIU	6.77	7.01	6.20	3.02
Inyecciones	21.03	20.67	21.86	11.20
Condón (masculino/femenino)	7.92	8.98	5.42	16.49
Esterilización Femenina	7.00	7.09	6.79	3.43
Esterilización Masculina	0.58	0.75	0.17	0.32
Norplant	8.35	10.07	4.30	4.15
MELA	0.35	0.28	0.49	0.01
Espónja/gel	0.03	0.04	0	0.13
Método tradicional	6.00	5.42	7.35	4.02

* Se toman tanto a las casadas como a las unidas en unión libre.

Fuente: ENDS 2010. Cálculos propios.

Para atender el alto porcentaje de no uso de métodos en las mujeres no casadas con experiencia sexual, se deben aplicar esfuerzos innovadores ligados a mejorar la información y servicios que se ofrecen a este grupo, ofrecerles una oferta anticonceptiva de acuerdo con sus preferencias e implementar campañas de educación pública que reduzcan el estigma que se tiene acerca de la actividad sexual en este grupo de mujeres y que a la vez generen un cambio en la actitud de los proveedores de salud respecto a éste (Singh y Darroch, 2012).

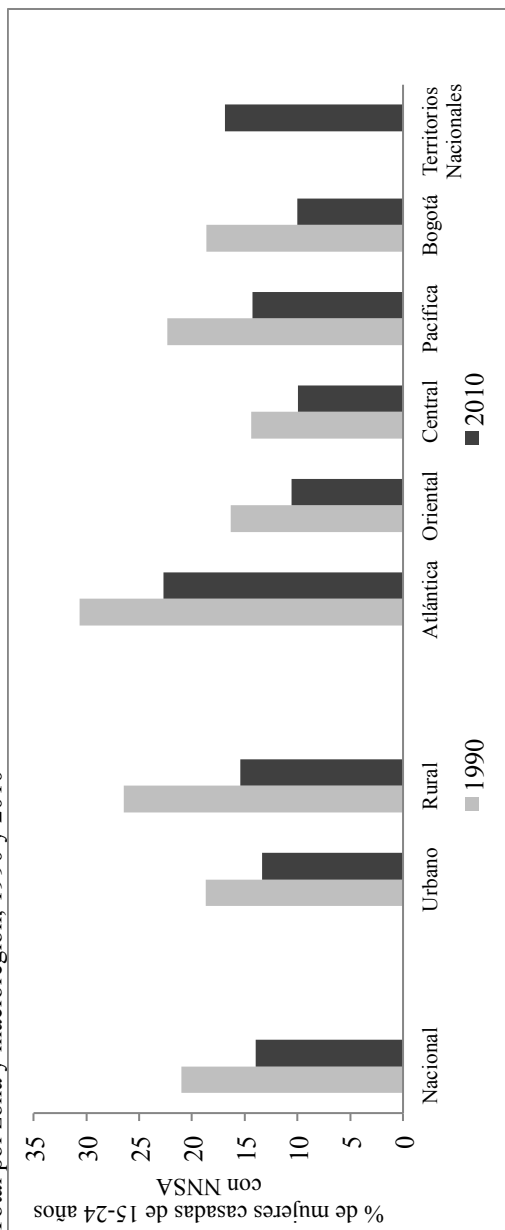
La Necesidad No Satisfecha de Anticoncepción (NNSA) se define como el porcentaje de mujeres que actualmente no están usando algún método anticonceptivo y que quieren terminar o postergar su maternidad (Bradley y otros, 2012). Existe una NNSA por espaciar y otra por limitar; la primera hace referencia a las mujeres que reportan el deseo de tener sus hijos dentro de dos años o más y la segunda se refiere a aquellas que no desean tener más hijos.

A continuación el análisis se centra en el grupo de 15-24 años identificado como aquel en que se presentan los mayores porcentajes de NNSA. La Gráfica 8 muestra la evolución histórica de las NNSA en el periodo de 1990-2010 por zona y regiones. Se observa una disminución de las necesidades no satisfechas de anticoncepción en las mujeres jóvenes casadas, dentro del periodo analizado.

Por zona, se nota una tendencia decreciente en las zonas urbanas. Para 1990 el nivel de NNSA era de 18.7 por ciento y en 2010 se situó en 13.4 por ciento; por su parte las zonas rurales mostraban para 1990 una NNSA de 26.5 por ciento que para 2010 llegó a 15.4 por ciento, un nivel ligeramente superior al de las zonas urbanas para ese mismo año.

Por regiones, a excepción de la Región 6 de la cual sólo se tienen datos para 2010, se observa un comportamiento decreciente en los niveles de NNSA, a excepción de la Región 1 (Atlántica), la cual muestra un porcentaje de NNSA en 2010 de 22.7 por ciento, superior al de las demás regiones. El caso de esta región es preocupante por dos razones: la primera, porque muestra un porcentaje de NNSA para 2010 mayor al de la Región 6, el cual es de 16.7 por ciento y la segunda razón es que, como se ha analizado, en la Región 1 es donde se dan los mayores porcentajes de uniones y de no uso de métodos anticonceptivos, por lo cual las mujeres de esta región pueden estar expuestas a un mayor riesgo de embarazos no planeados así como una mayor paridad.

Gráfica 8. Porcentaje de mujeres casadas de 15-24 años con Necesidades no Satisfechas de Anticoncepción. Total por zona y macroregión, 1990 y 2010



Fuente: ENDS 2010. Cálculos propios.

A pesar de que se evidencian disminuciones en los niveles de NNSA, éstos aún son altos y preocupan cuando se ha demostrado la existencia de una alta actividad sexual en las mujeres adolescentes colombianas, así como un incremento de la maternidad adolescente.

¿DÓNDE OBTIENES INFORMACIÓN DE LAS ADOLESCENTES COLOMBIANAS ACERCA DE TEMAS DE SEXUALIDAD?

Las políticas de población existen dada la necesidad de incluir la variable población en los planes de desarrollo, sin embargo es usual que sólo se tomen como sinónimo de planes de planificación familiar y se dejen a un lado aspectos en las áreas de la salud, educación y distribución espacial de la población, en los cuales dichas políticas pueden ofrecer soluciones e interpretaciones más integrales. El reconocer a las políticas de población como sólo programas de planificación familiar denota una mirada muy sistémica que trae tras de sí la profundización de las desigualdades de género y clase existentes ya en la sociedad.

Si bien las políticas de población abarcan a todas las variables demográficas, se tiene particular enfoque en la variable de fecundidad, debido a que gracias a su variación permite alcanzar las metas demográficas. De hecho la conferencia de Bucarest se centra en la discusión de si la reducción de la fecundidad favorece el desarrollo económico o si el desarrollo favorece la disminución de la fecundidad (Lassonde, 1997).

Lo que no hacen estas políticas es cuestionar las disparidades ya existentes ni disminuir las desigualdades de género. Por lo tanto, deben replantearse no como acciones que garanticen el cumplimiento de metas demográficas sino como acciones para satisfacer las necesidades de reproducción de la población, lo que constituye una visión más integral desde cualquier aspecto. Al garantizar las necesidades de reproducción de los individuos ya se establece una mirada de género mediante la defensa y cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos de los ciudadanos (Benítez, 1994).

Se identifican tres aspectos en los cuales las políticas de población pueden motivar la profundización de las desigualdades de género: i) si los programas de planificación familiar son dirigidos en su mayoría a las mujeres unidas, dejando por fuera a las mujeres no unidas que demanden métodos anticonceptivos, lo que adicionalmente recalca la idea de que la planificación es una responsabilidad única de las mujeres; ii) si la sexualidad se sigue manejando como un tabú, no se garantiza una libre comunicación y transmisión de los conocimientos referentes a la actividad sexual entre

hombres y mujeres y iii) si no cambian los papeles estereotipados por sexo, los cuales suponen a la mujer como la única responsable de la maternidad, lo que es usado como el pretexto clave para no garantizar su plena inserción al mercado laboral (Benítez, 1994).

Las anteriores razones llevan implícitas complicaciones tales como realización de omisiones técnicas injustificables, generación de sesgos de género poderosos y persistentes y además, se ayuda a argumentar la invisibilización masculina en su rol paterno. Dado que la maternidad adolescente es un fenómeno de naturaleza social, económica y demográfica desigual, la existencia, argumentación y persistencia de sesgos de género ayudan a sustentar a la maternidad adolescente como factor promotor de las transferencias intergeneracionales de la pobreza y patrones de comportamiento con importantes cargas de género.

A este nivel vale la pena hacerse la pregunta ¿Dónde obtienen los adolescentes colombianos información acerca de temas de su sexualidad y acceso a métodos? En lo referente al acceso a métodos, la ENDS de 2010 muestra que la mayoría reporta haber obtenido el anticonceptivo en clínicas y hospitales (no discriminan si son públicas o privadas) y en segundo lugar se encuentra Profamilia como fuente del método. Respecto a la información, Vargas *et al.* (2013) reportan en su trabajo los datos de la ENDS 2010, con los cuales concluyen que 80 por ciento de las adolescentes colombianas ha tenido acceso a algún tipo de información acerca de su sexualidad; de estas, 61 por ciento señala haber asistido a conferencias referentes a educación sexual, 33 por ciento a clases exclusivas de sexualidad y 23 por ciento a talleres sobre el tema. Acerca del agente que realizó las actividades a las cuales asistieron, 30 por ciento asegura que la información la obtuvo de los profesores de Biología o Anatomía, 19 por ciento del profesor de educación sexual, 19 por ciento asesor del hospital o centro de salud, 17 por ciento el profesor de Ética, nueve por ciento del psicólogo y otro nueve por ciento afirma que recibió la información de un profesor de otra materia. Por otra parte, se confirma el papel importante de los medios de comunicación como fuente de información sobre el tema de sexualidad en 51 por ciento de las mujeres menores a 25 años: 66 por ciento asegura haberse enterado a través de la televisión, 30 por ciento por medio de libros, 23 por ciento en Internet y 19 por ciento en la radio (Vargas *et al.*, 2013).

Esta información llega a las mujeres jóvenes en parte gracias a la puesta en marcha desde 2007 de dos proyectos nacionales referentes a la educación sexual. El primero es conocido como Programa de Educación para

la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía (PESCC) coordinado por el Ministerio de Educación Nacional (MEN) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Población para Colombia (UNFPA Colombia). Su objetivo es difundir en todas las aulas de clase del país información referente a la sexualidad y empezó a ser implementado en 2006-2007. El segundo programa son los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes (SSAAJ) coordinado por el Ministerio de la Protección Social (Minprotección) y el UNFPA Colombia, que empezaron a ser aplicados desde 2007 y a diferencia del PESCC no sólo ofrece información a los adolescentes y jóvenes, sino también proporciona acceso a servicios de salud y consejería gracias a que es incluido dentro del sistema de salud social administrado desde el ministerio.

En lo referente a la implementación de estos programas a nivel nacional, se obtiene que el PESCC aún no ha sido aplicado en 76 por ciento de los municipios del país y el SSAAJ en 89 por ciento de un total de 1 098 municipios. Como se ve, aún queda mucho camino por recorrer para lograr que estos programas se apliquen a lo largo de todo el territorio nacional. Preocupa el hecho que las jóvenes prefieren discutir temas referentes a su sexualidad con sus pares que con los encargados de implementar el programa PESCC en su escuela; esto se explica por la concepción que tienen los adolescentes colombianos de que estos temas son parte de su vida privada, por lo cual prefieren comentarlos con personas que “hablen su mismo idioma” (DNP, 2012). Es decir, además de la baja aplicación que tiene el PESCC (a pesar de ser más alta que el SSAAJ), el mensaje que ha logrado transmitir no ha sido efectivo para lograr cambios relevantes dentro de la prácticas sexuales y reproductivas de este grupo de edad, más aún si la persona que transmite la información no está del todo calificada o tiene sesgos religiosos/culturales que no le permiten desempeñar un rol objetivo dentro del proceso de transmisión de los conocimientos.

A principios del año 2012 el gobierno nacional anunció la implementación de una estrategia para la prevención del embarazo adolescente y la promoción de proyectos de vida en niños, adolescentes y jóvenes, conocido como documento Conpes Social 147. A diferencia de los anteriores dos programas mencionados, así como el resto del marco legal que se ha generado en torno a los adolescentes en Colombia desde la constitución de 1991, la citada estrategia ofrece una mirada más integral al fenómeno de la maternidad adolescente en Colombia. La razón podría ser que para su elaboración se contó con un grupo de expertos que ayudaron a construir los ejes estratégicos en los cuales se debe basar la propuesta, entre los cua-

les destacan: i) la importancia de la inter-sectorialidad de las acciones; ii) el desarrollo humano y el proyecto de vida; iii) el monitoreo, evaluación y seguimiento y iv) la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva (DNP, 2012). Lo anterior, bajo un enfoque de género y de derechos, que demuestra un gran avance y esfuerzo para “despenalizar” el ejercicio de la sexualidad en los adolescentes y jóvenes colombianos, la cual ha sido tratada como un tabú tanto a nivel gubernamental, como religioso, social y familiar.

El costo de la implementación de la estrategia está estimado en 241 mil millones de pesos colombianos, aproximadamente 130 millones de dólares.

El gobierno colombiano ha dado un gran avance al abolir su reticencia institucional en torno al tema de la maternidad adolescente, con la promulgación del documento Conpes 147, sin embargo, dado el contexto sociocultural del país hay que esperar para observar si se logra romper con todos los prejuicios, que incluso se refuerzan desde algunas secciones del gobierno, las cuales niegan la existencia de prácticas sexuales dentro de los adolescentes del país. No obstante, es un gran esfuerzo reconocer a los adolescentes y jóvenes como sujetos activos y no pasivos de las acciones del gobierno. Falta ver si esta visión tiene eco en todas las áreas en las cuales se debe implementar, en particular preocupa su aplicación en los planteles educativos, en los cuales se mostró que son los profesores la fuente de información en temas de sexualidad y ellos mismos podrían estar influenciados con prejuicios en torno a la sexualidad en adolescentes y jóvenes, lo cual resulta más difícil de erradicar que su posible ignorancia sobre los temas que informan.

Finalmente, no se debe ignorar el contexto político actual por el que atraviesa Colombia. Si bien se han logrado avances importantes, como una mayor visión de la mujer en el escenario político y la priorización del tema de la reproducción temprana dentro de la agenda gubernamental, no se pueden negar los sucesos que han ocurrido (declaración de la anticoncepción de emergencia como abortiva, imposición de trabas a la aplicación de la ley que aprueba la despenalización del aborto en casos específicos, penalizar las expresiones públicas de afecto dentro de las escuelas), protagonizados por agentes políticos importantes, los cuales van en una corriente contraria a los esfuerzos que se están realizando, dadas sus posiciones religiosas y moralistas respecto al uso de métodos anticonceptivos en las mujeres colombianas.

Colombia ha estado generando avances importantes a nivel de la política y la academia para abordar el tema de la maternidad adolescente,

los cuales deben ser paralelos con cambios en el ideario nacional, que derriben los tabúes existentes respecto a la sexualidad de los adolescentes y jóvenes, para reconocerlos como sujetos de derecho. Hasta que no se logren cambios profundos en la cultura y corriente católica del país y disminuyan los altos niveles de desigualdad económica, por más dinero que se invierta y programas que se formulen, los efectos nunca serán lo suficientemente fuertes y consistentes para generar cambios en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes. Mientras no se ofrezca a los adolescentes opciones creíbles y viables de proyectos de vida no condicionados por roles de género socialmente predeterminados y se les reconozca como sujetos de derechos, es muy difícil que se evidencie un cambio en los indicadores demográficos referentes a la maternidad temprana.

DISCUSIÓN

En promedio, ocho de cada diez mujeres adolescentes se encuentran aún solteras, pero hay 13 por ciento que reporta estar en unión libre. Dicho porcentaje tiende a ser mayor en las regiones más pobres y las zonas rurales. A esto se añade la existencia de una alta actividad sexual en este grupo de mujeres, que empieza a una edad cercana a los 16 años. La brecha entre la iniciación sexual y la unión da cabida a la ocurrencia de embarazos no planeados, la cual se incrementa si no hay un acceso o un adecuado uso de métodos anticonceptivos.

En cuanto al empleo de métodos anticonceptivos en las adolescentes y jóvenes colombianas, los patrones de uso son diferentes entre las casadas y solteras, pues en las primeras predomina el uso de inyecciones y en las otras el uso de condón masculino/femenino, diferencia que responde a las preferencias y necesidades reproductivas y de uso de anticonceptivos en cada grupo.

No es lógico que aun cuando las NNSA entre las mujeres de 15-24 años muestran una tendencia decreciente en el periodo 1990-2010, en este mismo lapso se evidencia un incremento en la TFA, lo que demuestra que hay factores diferentes al acceso a métodos anticonceptivos que están determinando la ocurrencia de la maternidad temprana, entre los cuales se pueden mencionar el alto valor social de la maternidad en Colombia, lo cual crea un contexto de permisividad y aceptación a su ocurrencia así sea en la adolescencia, además de los beneficios que sigue representado el ser madre para el proyecto de vida de gran parte de las mujeres adolescentes.

Preocupa aún más el hecho que estas percepciones han tenido eco incluso en las mujeres con mayor educación y mejores condiciones so-

cioeconómicas, lo cual evidencia la necesidad de un cambio en los valores culturales patriarcales que todavía rigen la sociedad colombiana e imposibilitan un ejercicio pleno de la sexualidad.

Esto se configura en un reto mucho más demandante para las instituciones colombianas, pues sería más “sencillo” de controlar el fenómeno si este sólo estuviera explicado por el poco acceso y uso de métodos anticonceptivos.

Todo lo anterior permite concluir que los factores sociodemográficos están generando comportamientos diferenciales de la maternidad adolescente en Colombia, lo que unido a los patrones de NNSA deben generar reacciones en las formulaciones de las políticas públicas de población, las cuales deben desde el inicio reconocer la existencia y ejercicio de la sexualidad en los y las adolescentes colombianos, para así crear programas sin sesgos ideológicos, de moral o de género.

Colombia muestra avances importantes a nivel de la política y la academia para abordar el tema de la maternidad adolescente, los cuales deben reflejarse también en cambios en el ideario nacional que derrumben los tabúes que se tienen respecto a la sexualidad de los adolescentes y jóvenes, para reconocerlos como sujetos de derecho. Hasta que no se logren estos cambios profundos en la cultura, incluida una menor influencia de los grupos católicos en la formulación de políticas públicas del país, así como una disminución de los altos niveles de desigualdad económica, por más dinero que se invierta y programas que se formulen, los efectos nunca serán lo suficientemente fuertes y consistentes para generar cambios en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes. Es importante insistir en que mientras no se ofrezca a los adolescentes opciones creíbles y viables de proyectos de vida no condicionados por roles de género socialmente predeterminados y se les reconozca como sujetos de derechos, es muy difícil que se evidencie un cambio en los indicadores demográficos referentes a la maternidad temprana.

BIBLIOGRAFÍA

AMUCHÁSTEGUI, Ana, 1998, “Virginidad e iniciación sexual en México. La sobrevivencia de saberes sexuales subyugados frente a la modernidad”, en *Debate Feminista*, año 9, vol. 18, octubre.

BENÍTEZ, R. y E. RAMÍREZ, 1994, *Políticas de población en Centroamérica, El Caribe y México*.

BRADLEY, S., T. CROFT *et al.*, 2012, “Revising unmet need for family planning”, en *DHS Analytical Studies*, núm. 25, ICF International, Calverton, Maryland.

BROWN, Sarah S. y Leon EISENBERG, 1995, *The best intentions: unintended pregnancy and the well-being of children and families*, National Academy Press, Washington DC.

DNP, 2012, *Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años*, Departamento Nacional de Planeación, Bogotá.

DANE, 2007, *La visibilización estadística de los grupos étnicos colombianos*, Departamento Administrativo y Nacional de Estadística Bogotá, DC.

DANE y UNIVERSIDAD DEL VALLE CIDSE, 2010, *Análisis regional de los principales indicadores sociodemográficos de la comunidad afrocolombiana e indígena a partir del Censo general 2005*, Departamento Administrativo y Nacional de Estadística Bogotá.

DI CESARE, M., 2007, “Patrones emergentes en la fecundidad y la salud reproductiva y sus vínculos con la pobreza en América Latina y El Caribe”, en *Población y desarrollo*, núm. 72, CELADE, Santiago de Chile.

FOUCAULT, Michel, 1986, *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber*, Siglo XXI, México.

GAGE, A., 1998, “Sexual activity and contraceptive use: the components of the decision-making process”, en *Studies in Family Planning*, vol. 29, núm. 2.

JUÁREZ, F. *et al.*, 2010, *Las necesidades de salud sexual y reproductiva de las adolescentes en México: retos y oportunidades*, Guttmacher Institute, Nueva York.

LASSONDE, L., 1997, *Los desafíos de la Demografía: ¿qué calidad de vida habrá en el siglo XXI?*, Fondo de Cultura Económica/Universidad Autónoma de México, México.

MENKES, C., 2009, *Prácticas sexuales de hombres y mujeres adolescentes en México desde la perspectiva de su salud reproductiva*, Tesis doctoral, Doctorado en Ciencias Políticas y Sociales. Centro de Investigación y Docencia en Humanidades del Estado de México.

MENKES, C., O. SERRANO y L. SUÁREZ, 2012, “Factores asociados al uso del condón entre los adolescentes en diversos países de América Latina”, en *Aporta-*

ciones y aplicaciones de la Probabilidad y Estadística, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Facultad de Ciencias Físico-Matemática, México.

PORTNOY, F., 2005, “El embarazo en la adolescencia y los riesgos perinatales”, en Mónica Gogna (coord.), *Embarazo y maternidad en la adolescencia. “Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas”*, CEDES/UNICEF, Buenos Aires.

PRADA, E. et al., 2011, *Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: causas y consecuencias*, Guttmacher Institute, Nueva York.

RODRÍGUEZ, J., 2008, *Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: “un llamado a la reflexión y a la acción”*, CELADE/CEPAL/UNFPA/OIJ, Santiago de Chile.

SINGH, S. y J. E. DARROCH, 2012, *Adding it up: costs and benefits of contraceptive services, estimates for 2012*, Guttmacher Institute and United Nations Population Fund (UNFPA), 2012, en <http://www.guttmacher.org/pubs/AIU-2012-estimates.pdf>, Nueva York.

STERN, Claudio, 2012, *El “problema” del embarazo en la adolescencia: contribuciones a un debate*, Centro de Estudios Sociológicos, El Colegio de México, México.

UNFPA, 2012, *Marrying too young, end child marriage*, United Nations Population Found New York.

VARGAS, E. et al., 2013, *Educación sexual de las mujeres colombianas en la juventud. Un análisis desde el enfoque basado en los derechos humanos*, Estudios a profundidad de Profamilia, Bogotá.

WELTI, C., 1997, *Demografía I*, Programa Latinoamericano de Actividades de Población (PROLAP)/Universidad Nacional Autónoma de México, Unidad de aprendizaje I, México.

WELTI, C., 2005, “Inicio de la vida sexual y reproductiva” en *Papeles de población*, vol. 11, núm. 45, Universidad Autónoma del Estado de México, México.

WHO, 2002, *Progress in reproductive health research*, núm. 58. Suiza.

Paula Martes Camargo

Economista de la Universidad del Norte (Barranquilla, Colombia) y Maestra en Estudios de Población y Desarrollo Regional de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM). Actualmente es consultora del área de programas en la oficina regional para América Latina y el Caribe de *Save the Children*, creando nuevos materiales para posicionar el conocimiento producido por la organización en las áreas de Protección infantil, Inversión en Adolescentes y Monitoreo y Evaluación. Desde 2014 ha sido consultora del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) trabajan-

do con sus oficinas de Perú y El Salvador, produciendo documentos ligados al análisis de los determinantes y efectos de la maternidad adolescente.
Dirección electrónica: paulamartes@gmail.com

Artículo recibido el 2 de octubre de 2014 y aprobado el 29 de abril de 2015.