

**FECUNDIDAD ADOLESCENTE Y POLITICA DE SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA EN COLOMBIA, 1986 – 2010.**

JEIMY JAZMIN PRIETO PRIETO

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y RELACIONES INTERNACIONALES
MAESTRIA EN POLITICA SOCIAL
BOGOTA
2012**

**FECUNDIDAD ADOLESCENTE Y POLITICA DE SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA EN COLOMBIA.1986 – 2010.**

JEIMY JAZMIN PRIETO PRIETO

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR POR EL TITULO DE MAESTRIA EN
POLITICA SOCIAL**

DIRECTORA
MARGARITA R. MEDINA V.
Economista Dra. Demografía

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y RELACIONES INTERNACIONALES
MAESTRIA EN POLITICA SOCIAL
BOGOTA
2012

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Bogotá, D.C., 22 de junio de 2012

*A mis padres y
hermano, por su amor,
dedicación y sacrificio por
hacer de mi lo que soy.*

AGRADECIMIENTOS

A Dios por ser mi soporte y base ineludible en mi vida.

A mi madre por ser mi amiga y confidente porque siempre me ha inculcado la búsqueda de la verdad y la justicia social.

A mi padre por su objetividad y por enseñarme a defender mis ideas y sustentarlas.

A mi hermano por su incondicional apoyo, por sus palabras de ánimo, por sus reflexiones y cuestionamientos.

A mi familia por enseñarme que los sueños son posibles, pero acompañados de constancia y esfuerzo.

A Margarita Medina mi directora de tesis, por sus valiosos consejos y profundas reflexiones, por todo el conocimiento que adquirí a su lado, por el tiempo y dedicación con este trabajo.

A mis compañeros de clase, quienes cuestionaron y debatieron este tema y finalmente por los aportes realizados.

Al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) en especial a Aydee Rincón González, por creer en esta investigación y su colaboración para con el desarrollo de la misma.

A las mujeres entrevistadas quienes me permitieron, ingresar en sus vidas e indagar sobre mis cuestionamientos sobre el embarazo adolescente.

A mis amigos por su constante ánimo, en el desarrollo de este trabajo de investigación.

CONTENIDO

RESUMEN.....	1
INTRODUCCION.....	4
1. ASPECTOS TEÓRICOS Y METODOLÓGICOS	8
1.1 ENFOQUE	8
1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACION	13
1.3 OBJETIVOS.....	13
1.4 METODOLOGIA: COHERENCIA, SUFICIENCIA Y PERTINENCIA DE LAS ESTRATEGIAS DE POLÍTICA DIRIGIDAS A LAS ADOLESCENTES, INDICADORES SOCIO DEMOGRÁFICOS SOBRE FECUNDIDAD ADOLESCENTE Y ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD A MADRES ADOLESCENTES.....	15
2. EMBARAZO ADOLESCENTE EN LA POLITICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.....	21
2.1 ESTRATEGIAS DE LA POLITICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES DIRIGIDO A LOS ADOLESCENTES. COLOMBIA. 2003	21
2.2 ACCIONES DE LA POLITICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES COLOMBIANOS.....	23
2.3 DERECHOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y POLITICAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: COHERENCIA DE LA LÍNEA DE POLÍTICA DIRIGIDA A ADOLESCENTES.....	28
3. FECUNDIDAD, NUPCIALIDAD Y ANTICONCEPCION EN ADOLESCENTES. COLOMBIA 1986 - 2010	33
3.1 FECUNDIDAD ADOLESCENTE COLOMBIA 1986 - 2010.....	33
3.2 NUPCIALIDAD ADOLESCENTES. COLOMBIA 1986 - 2010.....	56
3.3 ANTICONCEPCION ADOLESCENTE 1986 AL 2010.....	58
4. ELEMENTOS PARA UNA POLÍTICA DE SSR DIRIGIDA A ADOLESCENTES: EXPERIENCIAS DE MATERNIDAD A EDAD PRECOZ	60

5. CONCLUSIONES	71
6. RECOMENDACIONES.....	73
BIBLIOGRAFÍA.....	76
ANEXOS	80

Lista de Gráficos

Capítulo 2:

Gráfico 2.1 INSTITUCIONES OFICIALES CON PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SEXUAL. COLOMBIA, 2010	26
---	----

Capítulo 3:

Gráfico 3.1 MADRES ADOLESCENTES EN COLOMBIA. 1986 – 2010	34
Gráfico 3.2 TASA DE FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES DE 15 – 19 AÑOS. 35	
Gráfico 3. 3: FECUNDIDAD TOTAL Y FECUNDIDAD ADOLESCENTE. COLOMBIA 1969-2010	35
Gráfico 3. 4: TASAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDAD POR ZONA URBANA, COLOMBIA1990 – 2010.....	36
Gráfico 3. 5: TASA DE FECUNDIDAD EN ZONA RURAL EN COLOMBIA DE 1990 – 2010.....	37
Gráfico 3.6 MADRES ADOLESCENTES POR EDAD. COLOMBIA. 1990 – 2010	38
GRÁFICO 3. 7: ADOLESCENTES EN ESTADO DE EMBARAZO COLOMBIA 1990-2010.....	39
GRÁFICO 3. 8: PORCENTAJE DE ADOLESCENTES EN ESTADO DE EMBARAZO.....	40
Gráfico 3.9 MADRES Y ADOLESCENTES EMBARAZADAS. COLOMBIA 1990 – 2010	41
Gráfico 3.10 MADRES ADOLESCENTES POR ZONA DE RESIDENCIA.....	42
Gráfico 3.11 JÓVENES EMBARAZADAS POR ZONA DE RESIDENCIA.	42

Gráfico 3.12 TOTAL JÓVENES MADRES Y EMBARAZADAS POR ZONA DE RESIDENCIA.....	43
Gráfico 3.13 MADRES ADOLESCENTES POR REGIÓN, COLOMBIA 1990 – 2000	44
Gráfico 3.14 ADOLESCENTES EMBARAZADAS POR REGIÓN.....	45
Gráfico 3.15 ADOLESCENTES MADRES Y EMBARAZADAS POR REGIÓN.....	45
Gráfico 3.16 MADRES ADOLESCENTES POR REGIÓN, COLOMBIA 2005 Y 2010.....	46
Gráfico 3.17 ADOLESCENTES EMBARAZADAS POR REGIÓN, COLOMBIA 2005 Y 2010.....	47
Gráfico 3.18 ADOLESCENTES MADRES Y EMBARAZADAS POR REGIÓN.....	47
Gráfico 3.19 ADOLESCENTES MADRES POR NIVEL EDUCATIVO, COLOMBIA 1990-2010.....	48
Gráfico 3.20 ADOLESCENTES EMBARAZADAS POR NIVEL EDUCATIVO.....	49
Gráfico 3.21 ADOLESCENTES MADRES Y EMBARAZADAS POR NIVEL EDUCATIVO. COLOMBIA 1990-2010.....	50
Gráfico 3.22 ADOLESCENTES MADRES POR ÍNDICE DE RIQUEZA.....	51
Gráfico 3.23 ADOLESCENTES EMBARAZADAS POR ÍNDICE DE RIQUEZA. ...	51
Gráfico 3.24 ADOLESCENTES MADRES Y EMBARAZADAS POR ÍNDICE DE RIQUEZA. COLOMBIA 2005 - 2010	52
Gráfico 3.25 NUPCIALIDAD EN ADOLESCENTES. COLOMBIA 1995 - 2010	56
Gráfico 3.26 PREVALENCIA DE USO ANTICONCEPTIVO.....	58
Gráfico 3.27 CAMBIOS EN EL USO DE MÉTODOS DE LAS MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS. COLOMBIA. 1990 Y 2010	59

Lista de Figuras

Capítulo 1:

Figura 1.1 COHERENCIA, PERTINENCIA Y SUFICIENCIA	10
--	----

Figura 1.2 ENFOQUE: MARCO DE ACCIÓN REFERIDO A ADOLESCENTES EN LA POLÍTICA DE SSR A LA LUZ DE INDICADORES SOCIO DEMOGRÁFICOS 12

Figura 1.3 METODOLOGÍA MULTI MÉTODOS: 15

Capítulo 2:

Figura 2.1 LÍNEAS DE ACCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA 21

Figura 2. 2: Estrategias de la política de salud sexual y reproductiva. Colombia, 2003..... 22

Figura 2.3 PROMOCIÓN ESTRATÉGICA DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN 25

Capítulo 3:

Figura 3. 1: RELACIONES ENTRE DEMOGRAFÍA Y POBREZA 53

Figura 3.2 RELACIONES MICROECONÓMICAS ENTRE DEMOGRAFÍA Y POBREZA..... 54

Figura 3.3 TRAMPA DE LA POBREZA 55

Lista de Cuadros

Capítulo 1:

Cuadro 1.1 BIOGRAFÍA DE INDICADORES DE FECUNDIDAD, NUPCIALIDAD Y ANTICONCEPCIÓN UTILIZADOS EN EL ESTUDIO..... 17

Cuadro1.2 CATEGORÍAS DE ANALISIS CONSIDERADAS EN LAS ENTREVISTAS..... 20

Capítulo 2:

Cuadro 2. 1: COHERENCIA DE LA POLÍTICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA CON OTROS ANTECEDENTES NORMATIVOS 29

Capítulo 4:

Cuadro 4. 1: Estudio etnográfico..... 61

Cuadro 4. 2: Percepción de la pareja..... 63

Cuadro 4. 3: Causas de embarazo. 69

Lista de Anexos

Anexo 1: Guía de entrevista dirigida a mujeres que fueron madres en la adolescencia	80
Anexo 2: Acciones de la política de salud sexual y reproductiva para adolescentes	82
Anexo 3. 1: Tasa de fecundidad por edad, Colombia 1986 al 2010.....	85
Anexo 3. 2: Tasa de fecundidad urbana, Colombia 1986 – 2010.	85
Anexo 3. 3: Tasa de fecundidad rural, Colombia 1986 – 2010.....	86
Anexo 3. 4: Porcentaje de madres adolescentes, Colombia 1990 – 2010.....	86
Anexo 3. 5: Porcentaje de adolescentes en estado de embarazo, Colombia 1990 – 2010.....	86
Anexo 3. 6: Jóvenes madres por zona rural o urbana, Colombia 1990 – 2010. ...	87
Anexo 3. 7: Jóvenes embarazadas por zona rural o urbana, Colombia 1990 – 2010.....	87
Anexo 3. 8: Total jóvenes madres y embarazadas por zona de residencia, Colombia 1990 – 2010.	87
Anexo 3. 9: Madres adolescentes por región, Colombia 1990 – 2010.....	87
Anexo 3. 10: Adolescentes embarazadas por región, Colombia 1990 – 2010.	88
Anexo 3. 11: Adolescentes madres y embarazadas por región, Colombia 1990 – 2010.....	88
Anexo 3. 12: Madres adolescentes por región, Colombia 2005 y 2010.	88
Anexo 3. 13: Adolescentes madres y embarazadas por región, Colombia 2005 y 2010.....	88
Anexo 3. 14: Adolescentes madres por nivel educativo, Colombia 1986. 2010. ...	89
Anexo 3. 15: Adolescentes madres y embarazadas por nivel educativo, Colombia 1986 – 2010.....	89

Anexo 3. 16: Adolescentes madres por índice de riqueza, Colombia 2005 – 2010.	89
Anexo 3. 17: Adolescentes embarazadas por índice de riqueza, Colombia 2005 - 2010.....	90
Anexo 3. 18: Adolescentes madres y embarazadas por índice de riqueza, Colombia 2005 – 2010.	90

RESUMEN

Los marcos normativo y de acción de la Política de Salud Sexual y Reproductiva de Colombia incluye varias áreas y poblaciones de interés: maternidad segura, planificación familiar, salud sexual y reproductiva en la población adolescente (SSR), cáncer de cuello uterino, prevención y atención de las ITS, VIH/SIDA, violencia doméstica y sexual (Colombia, Ministerio de la Protección Social, 2003).

En el presente estudio se analizan las estrategias en salud sexual y reproductiva de esta política dirigidas a la población adolescente, a saber: promoción de la salud mediante acciones de información, educación y comunicación, coordinación intersectorial e institucional, fortalecimiento de la gestión institucional, fortalecimiento de la participación social, desarrollo de investigación y potenciación de las redes sociales de apoyo. Para abordar estos aspectos específicos de la política se consideran: su coherencia (entendida como los vínculos y la adopción de otros marcos normativos internacionales y nacionales relacionados), su pertinencia (entendida como la focalización de las poblaciones vulnerables más necesitadas de atención) y su suficiencia (entendida como el alcance las metas).

Aunque el marco jurídico de la política es riguroso, en la práctica sus estrategias no se han materializado en buena parte porque los sistemas de salud y educación no se han articulado operativamente con el Ministerio rector de la política, para implementar los marcos de acción propuestos. Las estrategias de la política no se han materializado en la medida en que no se han logrado las metas de reducir la fecundidad adolescente, y además las acciones no han logrado la focalización de los grupos vulnerables más necesitados de atención, las adolescentes rurales y las de estratos bajos urbanas con los menores niveles educativos.

Los indicadores de fecundidad adolescente estimados con base en las seis Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDS) realizadas en el país entre 1986 y 2010, permiten evidenciar el aumento de la fecundidad adolescente en las dos últimas décadas. Los aumentos en la fecundidad adolescente también se ven favorecidos por el aumento de la nupcialidad total en jóvenes, y la disminución en la edad de inicio de la primera relación sexual, e igualmente ha aumentado la proporción de adolescentes sexualmente activas (al momento de la encuesta). Las encuestas permiten evidenciar que la fecundidad adolescente es mayor en zonas rurales que urbanas, y que la edad de inicio en la sexualidad y la proporción de mujeres adolescentes sexualmente activas son mayores en las zonas rurales. Igualmente, los diferenciales por nivel educativo son enormes, la proporción de madres adolescentes se incrementa notablemente a medida que disminuye el nivel educativo. En este orden de cosas llama la atención que la política de salud sexual y reproductiva no considere estrategias claramente diferenciadas para las adolescentes rurales y urbanas.

El análisis de la política y de los indicadores sociales emanados de las encuestas nacionales, se complementa con un módulo cualitativo construido mediante entrevistas a profundidad realizadas a seis madres adolescentes de estratos bajos, residentes en la ciudad de Bogotá. A pesar que las encuestas reportan un incremento muy acentuado del uso de anticonceptivos, en el componente cualitativo desarrolla en este estudio se evidenció que las mujeres con precaria situación económica no tienen un acceso efectivo a los anticonceptivos, y que el acceso no garantiza un uso eficiente de los mismos. Además prevalecen valores ideológicos limitan tanto el acceso a los servicios de salud como una educación coherente con las necesidades reales de la sexualidad adolescente.

En este orden de ideas, en esta investigación se aplica una metodología multi métodos en la que el análisis documental sobre la política pública se complementa con el análisis socio demográfico de las encuestas nacionales, y con las experiencias de madres adolescentes sobre las percepciones y valores hacia la maternidad juvenil y a su vez con la verificación del cumplimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos, los cuales son antecedentes de la PSSR y donde se garantiza el cumplimiento de los mismos.

INTRODUCCION

En Colombia, la fecundidad total ha venido disminuyendo en los últimos veinte años (1990-2010), debido al comportamiento de las mujeres adultas, excepcionalmente, la fecundidad de las adolescentes ha venido aumentando. El incremento de la fecundidad adolescente se ha evidenciado en otros países latinoamericanos “estudios sobre el tema realizados con base en las encuestas de demografía y salud y los censos nacionales de población de los países de la región, han indicado que los niveles son más altos entre las mujeres rurales y las mujeres con educación más baja. Además, se ha establecido que la oportunidad de inicio de la sexualidad y la oportunidad del primer nacimiento está asociada con variables socioeconómicas (educación y área de residencia, composición de los hogares) y con el uso de anticonceptivos. La persistencia de la fecundidad adolescente en países de América Latina se asocia con condiciones sociales precarias de las jóvenes que viven esta experiencia, en cuanto a la escolaridad, educación y posición en la familia” (Medina, 2005).

El gobierno nacional pretende afrontar esta problemática a partir de la promulgación de la Política de Salud Sexual y reproductiva (Ministerio de la Protección Social, 2003). La formulación de la política recoge los compromisos adquiridos por Colombia en la última Conferencia Mundial de Población y Desarrollo (El Cairo 1994), y la cuarta Convención sobre la Mujer (Beijing 1995), en los cuales se reconocen los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, enmarcados en la afirmación de los principios tales como la opción libre e informada en todos los aspectos relacionaos con la sexualidad y la reproducción, el respeto a la integridad y el derecho a no sufrir ningún tipo de discriminación ni de coerción. La realización de estos principios implica obligaciones para el estado relacionados con la calidad de vida y el acceso en condiciones de igualdad y equidad a servicios de salud sexual y reproductiva”. (Colombia, Ministerio de Protección Social, 2003).

La Política de Salud Sexual, se fundamenta en atender a la población en condiciones de desigualdad, y parte de explicar cómo los indicadores relacionados con salud sexual y reproductiva reflejan que la población vulnerable es la más afectada por bajo nivel de escolaridad, la pobreza y la ubicación en zonas marginales rurales y urbanas, el desplazamiento forzado y la residencia en lugares de conflicto, la baja cobertura del Sistema General Seguridad Social en Salud (SGSSS). De acuerdo con esta problemática, la política construye unas líneas estratégicas: maternidad segura, planificación familiar, salud sexual y reproductiva en la población adolescente, cáncer de cuello uterino, prevención y atención de las ITS, VIH/SIDA, violencia doméstica y sexual.

Un primer objetivo de este trabajo es analizar el desarrollo de la línea de acción de salud sexual y reproductiva dirigida a la población adolescente, que propone como una meta prioritaria la reducción del embarazo adolescente. La formulación de la política se apoya en un diagnóstico dado por los indicadores respectivos en parte emanados de las grandes encuestas socio demográficas. “Las adolescentes sin educación formal tienen su primera relación sexual y su primer hijo mucho antes que las que tienen algún nivel de escolaridad” además, el lugar de residencia, las condiciones socio económicas y culturales también contribuyen en el embarazo adolescente (Profamilia, ENDS, 2000).

Con el interés de reflexionar sobre los contenidos de la política a la luz de las condiciones socio demográficas de las madres adolescentes del país, un segundo objetivo de este estudio es recopilar y analizar los indicadores de fecundidad, nupcialidad y anticoncepción de las adolescentes, indicadores emanados de las seis encuestas nacionales de demografía y salud realizadas en el país.

Aunque la formulación de la política, está fundamentado en un marco jurídico sólido en la práctica los programas para la prevención del embarazo adolescente implementados por el SGSSS no responden a las necesidades reales de esta población importante trabajar estereotipos prejuicios y valores frente a la

sexualidad y reproducción y las relaciones de pareja y familiares, que perpetúan relaciones desequilibradas entre los sexos y favorecen conductas de riesgo. Por otro lado, es evidente que la sola divulgación de la información no es suficiente para estimular, en las instituciones implicadas la toma de decisiones y el ejercicio de las condiciones que garantizan la toma de decisiones y el ejercicio de una sexualidad sana, libre, satisfactoria y responsable en esa etapa del ciclo vital” (Colombia, Ministerio de Protección Social, 2003).

El propósito de esta investigación es identificar la pertinencia de la Política sexual y reproductiva tanto en su propósito de disminuir los embarazos en adolescentes, como en los procesos que implementa y los resultados obtenidos frente a los objetivos propuestos.

Otro aspecto primordial del embarazo en adolescente es la concepción de los jóvenes frente a la maternidad, y cómo acceden a la información sobre métodos de planificación familiar y educación sexual en las instituciones educativas, y cuál es su acceso real a los servicios de salud del SGSSS. En consecuencia con la meta de la política de reducir el embarazo adolescente, es necesario profundizar en las experiencias y proyectos de vida de las adolescentes en condiciones sociales vulnerables que tienen embarazos indeseados.

Así las cosas, un tercer objetivo de este estudio es construir una mirada de las experiencias de madres adolescentes de estratos bajos. En este componente se analizan en las adolescentes la percepción de la educación, percepción de la pareja, educación sexual en la familia, educación sexual en el colegio, percepción de la maternidad. Tanto la discusión del alcance de la política, como la exploración de realidades sociales que subyacen a los indicadores demográficos exige el abordaje etnográfico. Por qué en la práctica las adolescentes no toman conciencia del riesgo, que implica la experiencia sexual sin el uso de anticonceptivos, ¿Por qué las adolescentes tiene embarazos no deseados no tiene un acceso a los servicios ofrecidos por el sistema de salud? Por qué se evidencia

valores ambivalentes en la maternidad y los proyectos escolar y laboral de las adolescentes? Interrogantes como estos buscan responder a partir del módulo cualitativo implementado en este estudio.

La estrategia multi métodos aplicada en este estudio posibilita una visión integral de la fecundidad adolescente, la política pública la situación socio demográfica y las experiencias de vida en casos de maternidad precoz. Los resultados de este estudio dan elementos para orientar la evaluación de la política vigente y nuevas estrategias dirigidas a este grupo de población. Igualmente, en contextos académicos estudiosos sobre el tema pueden encontrar en este estudio un referente metodológico singular que permite discutir la suficiencia (focalización de grupos vulnerables) y pertinencia (alcance de las metas) de la política.

El presente trabajo se divide en cuatro capítulos, en el primer capítulo se desarrolla la metodología utilizada en la investigación, en el segundo capítulo se analiza la pertinencia, suficiencia y coherencia de la Política de SSR, en la línea de salud sexual y reproductiva en adolescentes, en el tercer capítulo se analizan los indicadores de fecundidad, nupcialidad y anticoncepción en adolescentes y finalmente en el cuarto capítulo, se analizan las voces de mujeres que vivieron la experiencia de ser madres adolescente.

1. ASPECTOS TEÓRICOS Y METODOLÓGICOS

1.1 ENFOQUE

Una política pública orienta la focalización de las poblaciones vulnerables más necesitadas de atención a partir de un diagnóstico socio demográfico, que generalmente se toma como línea de base. La capacidad de la política para focalizar los grupos más necesitados de atención puede definirse como su **pertinencia** (RICHARDSON 1982; MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL 2012). El diagnóstico socio demográfico también es la base o la línea de base para definir y evaluar el cumplimiento de las metas de la política; el cumplimiento de las metas puede definirse como la **suficiencia** de la política.

Cabe preguntar, ¿la política de SSR incluye un diagnóstico integral sobre fecundidad, nupcialidad y anticoncepción de las adolescentes?, ¿la inclusión o no de este diagnóstico tiene implicaciones sobre la suficiencia y la pertinencia de la política? Más allá de la inclusión del diagnóstico, ¿la política ha logrado la meta de reducir la fecundidad adolescente en Colombia?, ¿la implementación de las estrategias de la política ha logrado focalizar las adolescentes rurales y de estratos bajos quienes tienen mayores riesgos de fecundidad a edades precoces?

Para responder a estas preguntas, en este estudio se analizan las estrategias propuestas por la política SSR, a saber: promoción de la salud mediante acciones de información, educación y comunicación, coordinación intersectorial e institucional, fortalecimiento de la gestión institucional, fortalecimiento de la participación social, desarrollo de la investigación científica y potenciación de las redes sociales de apoyo.

Los vínculos entre las estrategias de la política de SSR y la magnitud de la fecundidad adolescente en Colombia (pertinencia), se analizan a partir de contrastar y discutir las estrategias planteadas a la luz de los indicadores socio demográficos de fecundidad, nupcialidad y anticoncepción (ENDS realizadas en el

país entre 1986 y 2010). Igualmente, las estrategias y metas de la política se discuten a la luz de los resultados del estudio de las experiencias de vida de madres adolescentes (figura 1.1).

Por otra parte, la **suficiencia** de una política se entiende como el logro de las metas de la política (RICHARDSON 1982). Sin embargo en el caso de la PSSR las metas no fueron cuantificadas ni planteadas con claridad, razón por la cual no es fácil discutir su suficiencia. De todos modos, al respecto se presentan reflexiones exploratorias a lo largo del trabajo.

La **coherencia** de una política nacional de SSR, puede entenderse como su adaptación y vínculos con los principales marcos normativos internacionales y nacionales relacionados. Dado que los antecedentes internacionales referidos a SSR son muy amplios (MEDINA, 2006) su revisión exhaustiva va más allá de los objetivos del presente estudio, sin embargo, en los análisis se retoman los antecedentes principales formulados a nivel internacional y nacional: Constitución Política de 1991, Resolución 3353 de 1993, Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo (El Cairo 1994), Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing 1995), Decreto Reglamentario 1860 (1994). En últimas, interesa discutir si la coherencia de la política así entendida, garantiza el cumplimiento de las metas y la focalización de las poblaciones más vulnerables.

Figura 1.1 COHERENCIA, PERTINENCIA Y SUFICIENCIA DE LA LÍNEA DE ACCIÓN DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DIRIGIDA A ADOLESCENTES



Fuente: elaboración propia con base en MINPROTECCIÓN SOCIAL (2003)

Ahora bien, la pertinencia de la PSSR junto con algunos aspectos de su coherencia y suficiencia pueden discutirse no solo a la luz de los indicadores si no también a la luz de las experiencias de vida de madres adolescentes, percepciones y valores sobre la educación y el proyecto de vida en general. En consecuencia, las perspectivas propias de la socio demografía y la etnografía se adoptan en este estudio.

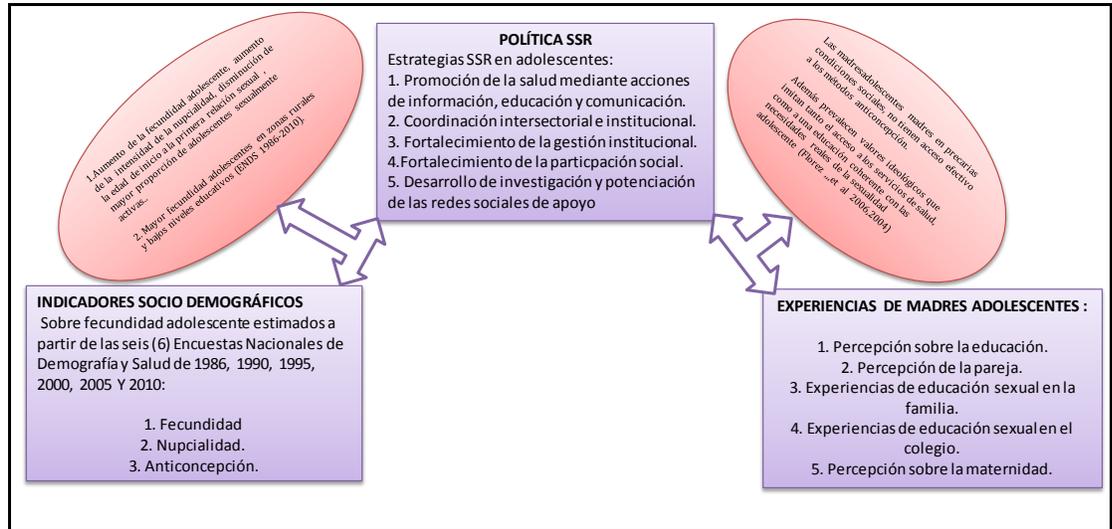
El análisis socio demográfico se ocupa de cuantificar regularidades empíricas de fenómenos que ocurren en grandes grupos de población, fenómenos estructurales que son de lento cambio y larga duración, como el crecimiento poblacional, la fecundidad, la mortalidad y la migración, junto condiciones socio económicas dominantes vinculadas con las dinámicas poblacionales (MEDINA 2012). Los indicadores de fecundidad, nupcialidad y anticoncepción de este estudio se construyen y analizan a la luz del enfoque socio demográfico.

El análisis etnográfico se ocupa de realizar estudios directos a personas o grupos durante un cierto período, utilizando la observación participante o las entrevistas para conocer su comportamiento social. Según la complejidad de la unidad social estudiada, establece una continuidad entre la macro etnografía, que persiguen la descripción e interpretación de sociedades complejas, hasta la micro etnografía, cuya unidad social viene dada por una situación social concreta (MURILLO, 2010). Las experiencias de vida de madres adolescentes se analizan a la luz de la postura etnográfica en la rama de la micro etnografía.

En este orden de ideas, el enfoque del estudio considera tres dimensiones principales, los marcos normativos y de acción de la política, las tendencias y diferenciales de la fecundidad, nupcialidad y anticoncepción de las adolescentes, y el estudio sobre las percepciones, valores y experiencias de vida de madres adolescentes en condiciones socio económicas precarias (figura 1.2).

Estas tres dimensiones se desarrollan bajo el concepto de los Derechos Sexuales y Reproductivos, estos hacen parte de los Derechos Humanos y están compuestos de siete (7) principios y diez (10) derechos, en donde se garantiza entre otros, el derecho a la libre escogencia de la edad de inicio de relaciones sexuales siempre y cuando se encuentre bien informados, a la libertad a escoger el tener o no tener hijos, el número de hijos y el espaciamiento entre ellos.

Figura 1.2 ENFOQUE: MARCO DE ACCIÓN REFERIDO A ADOLESCENTES EN LA POLÍTICA DE SSR A LA LUZ DE INDICADORES SOCIO DEMOGRÁFICOS Y EXPERIENCIAS DE MADRES ADOLESCENTES



Fuente: elaboración propia

A partir de las relaciones, conexiones, vínculos establecidos entre la política SSR, con los indicadores de fecundidad, nupcialidad y anticoncepción de adolescentes estimados con base en las ENDS realizadas entre 1986 y el año 2010, y con las experiencias de madres adolescentes, finalmente se dará respuesta a las preguntas que orientan esta investigación.

Las experiencias de vida de madres adolescentes se abordan mediante entrevistas a profundidad. a seis (6) mujeres de estrato uno (1) y dos (2), residentes en Bogotá, pero cinco (5) provienen de diferentes lugares del país como Barranquilla, Cali, Sincelejo, Santander y Chía, de las seis mujeres entrevistas cinco (5) son mujeres que fueron madres adolescentes y una (1) es una adolescente embarazada. El modelo de entrevista es semi estructurada, las preguntas están enfocadas a indagar sobre la percepción de la educación, percepción de la pareja, educación sexual en la familia, educación sexual en el colegio, percepción de la maternidad. Finalmente, estos resultados se discuten a

la luz de las metas y estrategias de la PSSR, y a la luz de los indicadores socio demográficos de fecundidad, nupcialidad y anticoncepción.

En este estudio se aplicó una metodología multi métodos en la que el análisis documental sobre la política pública se complementó con el análisis socio demográfico de la fecundidad, la nupcialidad y la anticoncepción de las adolescentes, y con un estudio sobre las percepciones y valores hacia la maternidad juvenil.

1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACION

Colombia cuenta con una política de salud sexual y reproductiva, que tiene entre una de sus principales líneas de acción la disminución de los embarazos en adolescentes. ¿En qué medida, **la línea de acción de la Política de Salud Sexual y Reproductiva referida a los adolescentes**, ha logrado focalizar las adolescentes con mayor riesgo de maternidad precoz?

1.3 OBJETIVOS

➤ GENERAL

Analizar la política de salud sexual y reproductiva a la luz de la magnitud de la fecundidad adolescente, y las experiencias y los valores hacia la maternidad adolescente, haciendo énfasis en la pertinencia de la política en términos de su capacidad para focalizar los grupos de adolescentes más susceptibles de tener un embarazo precoz. Con base en el análisis de la pertinencia de la política formular recomendaciones referidas a los programas de educación sexual y los servicios de SSR dirigidos a jóvenes Colombianos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- A la luz de las tendencias y diferenciales de la fecundidad, la nupcialidad y anticoncepción de los adolescentes en Colombia en el periodo 1986 – 2010, analizar la pertinencia de la PSSR entendida como la focalización de la población vulnerable.
- Para examinar la pertinencia de la PSSR, realizar un análisis conjunto de los indicadores socio demográficos sobre fecundidad adolescente y las experiencias de las madres adolescentes considerando: la percepción y valores sobre la maternidad precoz, la pareja, las relaciones y la educación recibida de los padres, las expectativas de vida, la valoración y experiencias sobre los programas de educación sexual impartidos en las instituciones de educación básica y media, y sobre los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Explorar la posibilidad de valorar la suficiencia de la PSSR referida al cumplimiento de las metas propuestas.
- Resaltar antecedentes normativos internacionales principales de la PSSR que le dan coherencia a su formulación original realizada en el año 2003.

1.4 METODOLOGIA: COHERENCIA, SUFICIENCIA Y PERTINENCIA DE LAS ESTRATEGIAS DE POLÍTICA DIRIGIDAS A LAS ADOLESCENTES, INDICADORES SOCIO DEMOGRÁFICOS SOBRE FECUNDIDAD ADOLESCENTE Y ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD A MADRES ADOLESCENTES

La estrategia multi método adoptada en este estudio incluye tres componentes principales: i) análisis documental sobre coherencia, pertinencia y suficiencia de la política, ii) análisis socio demográfico de los indicadores sobre fecundidad, nupcialidad y anticoncepción de las adolescentes, iii) análisis socio antropológico sobre experiencias de maternidad adolescente (figura 1.3).

Figura 1.3 METODOLOGÍA MULTI MÉTODOS:
ANÁLISIS DE LA POLÍTICA, INDICADORES DEMOGRÁFICOS Y ANÁLISIS CUALITATIVO



Fuente: Elaboración propia

➤ COHERENCIA, SUFICIENCIA Y PERTINENCIA DE LAS ESTRATEGIAS DE POLÍTICA DIRIGIDAS A LAS ADOLESCENTES

Mediante técnicas de análisis documental se analizaron los principales documentos referidos tanto a la política objeto de estudio, como a los documentos sobre marcos normativos nacionales e internacionales relacionados. Para efectos,

se crearon dos grupos de categorías de análisis: i) categorías referidas a las estrategias de la política de interés, ii) categorías ilustrativas de los criterios de coherencia, pertinencia y suficiencia identificados en los principales documentos referidos a los marcos normativos relacionados con la política.

Las categorías de análisis referidos a los contenidos de la estrategia de SSR dirigida a los adolescentes son: i) promoción de la salud mediante acciones de información, educación y comunicación, ii) coordinación intersectorial e interinstitucional, iii) fortalecimiento de la gestión institucional, iv) fortalecimiento de la participación social, v) desarrollo de la investigación y potenciación de las redes sociales de apoyo.

Se consideraron los siguientes documentos como marcos normativos más próximos a la política en estudio: Constitución Política de Colombia (1991), Resolución 3353 (1993), Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo (El Cairo 1994), Decreto Reglamentario 1860 (1994), Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing 1995).

La selección y análisis de datos de estos documentos estuvo orientada por la definición de los conceptos de coherencia, pertinencia y suficiencia de la política, en el siguiente orden: la **coherencia** de la política se refiere a su adaptación y vínculos con los principales marcos normativos internacionales y nacionales relacionados; la **pertinencia** de la política se entiende como su capacidad para focalizar los grupos poblacionales más necesitados de atención; la **suficiencia** de la política se refiere a su capacidad para alcanzar las metas propuestas.

➤ INDICADORES SOCIO DEMOGRÁFICOS SOBRE FECUNDIDAD ADOLESCENTE

En este estudio se consideran indicadores socio demográficos trazadores referidos a la fecundidad nupcialidad y anticoncepción. Los indicadores considerados se tomaron de otros estudios anteriores que analizaron las fuentes de interés (MEDINA 2006), e incluso de los informes de las ENDS presentados por PROFAMILIA (1896, 1990, 1995, 2000, 2005, 2010).

A continuación se detalla para cada indicador incluido en el estudio, los insumos requeridos, el método de cálculo y la definición operacional respectiva.

Cuadro 1.1 BIOGRAFÍA DE INDICADORES DE FECUNDIDAD, NUPCIALIDAD Y ANTICONCEPCIÓN UTILIZADOS EN EL ESTUDIO

INDICADORES	INSUMOS	ESTIMACIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Tasa de fecundidad adolescente	- No. Hijos Nacidos vivos de madres adolescentes - No. mujeres adolescentes (15-19 años) - En Total, Urbano, Rural, departamentos	Tasa fecundidad adolescente = (No. Hijos de madres adolescentes / mujeres adolescentes) * 1000	El número de nacimientos que ocurren durante un determinado año o periodo de referencia, por cada 1,000 mujeres de 15-19 años
Tasa específica fecundidad adolescente	- No. Hijos Nacidos vivos de madres adolescentes - No. mujeres adolescentes de 15, 16, 17, 18 y 19 - En Total, Urbano, Rural, departamentos	Tasa específica fecundidad adolescente = (No. Hijos de madres adolescentes, edad i / mujeres adolescentes, edad i) * 1000 - Edad i = 15, 16, 17, 18, 19	El número de nacimientos que ocurren durante un determinado año o periodo de referencia, por cada 1,000 mujeres adolescentes de cada edad
Porcentaje de madres adolescentes	- Total mujeres adolescentes - Total mujeres adolescentes con hijos - En Total, Urbano, Rural - Mujeres adolescentes según nivel educativo	% madres adolescentes = (adolescentes con hijos / total adolescentes) * 100	Mujeres adolescentes que han sido madres por cada 100 mujeres en esas edades
Porcentaje de madres adolescentes por edad	- Total mujeres adolescentes en cada edad - Total mujeres adolescentes con hijos en cada edad - En Total, Urbano, Rural - Mujeres adolescentes según nivel educativo	% madres adolescentes, edad i = (adolescentes con hijos, edad i / mujeres adolescentes, edad i) * 100 Edad i = 15, 16, 17, 18, 19	Mujeres de 15, 16, 17, 18 y 19 años que han sido madres por cada 100 mujeres en las mismas edades
Tasa uso de anticonceptivos adolescencia	- Mujeres de 15-19 años usuarias de anticonceptivos - Total mujeres de 15-19 años - Total, urbano, rural	Tasa uso de anticonceptivos adolescencia = (usuarias actuales anticonceptivos / total mujeres) * 100	Mujeres adolescentes usuarias de anticonceptivos por cada 100 mujeres en esas edades
Tasa uso de anticonceptivos adolescencia por edad	- Mujeres de 15-19 años usuarias de anticonceptivos - Total mujeres de 15, 16, 17, 18, 19 años - Total, urbano, rural	Tasa uso de anticonceptivos edad i = (usuarias actuales anticonceptivos, edad i / mujeres adolescentes, edad i) * 100 Edad i = 15, 16, 17, 18, 19	Mujeres adolescentes en cada edad usuarias de anticonceptivos por cada 100 mujeres en esas edades
Distribución adolescentes según estado conyugal	- Total mujeres adolescentes - Mujeres solteras, casadas, unidas, otro estado (viudas, relación ocasional)	Distribución adolescentes según estado conyugal = (mujeres en estado conyugal X / total mujeres) * 100 - Estado conyugal X: solteras, casadas, unidas, otro estado (viudas, relación ocasional)	Mujeres adolescentes en un estado conyugal determinado por cada 100 mujeres en esa edad

Fuente: M. MEDINA 2009.

➤ ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD DIRIGIDAS A MADRES ADOLESCENTES

Para definir la muestra se tuvieron en cuenta el punto de saturación y los criterios de variabilidad, en el siguiente orden:

Dado que el interés es analizar mujeres adolescentes de precarias condiciones socioeconómicas, el punto de saturación, se proyectaba con ocho (8) entrevistas a mujeres que fueron madres adolescentes, pero en el desarrollo de la entrevistas se estableció en seis (6), teniendo en cuenta que la muestra de las entrevistas de los estudios cualitativos son artesanales, trajos hechos a la medida de las

circunstancias y el principal factor es que los casos proporcionen un sentido de comprensión profunda del ambiente y el problema de investigación (Hernández Galicia Roberto).

Los criterios de variabilidad se definieron considerando, madre solterísimo adolescentes vs convivencia con el padre del hijo, y deserción escolar vs continuidad con la escolaridad. Por un lado, las condiciones de las madres adolescentes solteras es distinto a las mujeres que cuentan con el apoyo, y por otro lado, la continuidad y la deserción escolar marca el proyecto de vida, por qué se compromete la situación laboral, satisfacción académica y logros personales.

A partir de las entrevistas semi estructuras y las respuestas recibidas por las mujeres entrevistadas, se puede encontrar que las categorías son conceptos, experiencias, ideas, hechos relevantes y con significado (Hernández, Sampieri y Mendoza, 2008). Las categorías de análisis son: percepción de la educación, percepción de la pareja, educación sexual en la familia, educación sexual en la familia y percepción de la maternidad.

La codificación que se desarrolla es abierta, esta se fundamenta en los datos obtenidos de las mujeres entrevistadas. La codificación en el primer nivel es predominantemente concreta e involucra propiedades de los datos, las categorías se construyen comparando datos, pero en ese nivel no se combinan o relacionan datos, a este primer nivel de codificación se le denomina “codificación abierta”, en esta se trata intensivamente, unidad por unidad, con la identificación de categorías que pudieran ser interesantes, sin limitar; así como la inclusión de cuestiones que aparentemente no son relevantes (Coleman, Unrau, 2005).

Las entrevistas se realizaron a seis (6) mujeres de estrato uno (1) y dos (2), actualmente ellas viven en la ciudad de Bogotá, pero cinco (5) provienen de diferentes lugares del país como Barranquilla, Cali, Sincelejo, Santander y Chía, en donde vivían cuando eran adolescentes. De las seis mujeres entrevistadas cinco

(5) son mujeres que fueron madres adolescentes y una (1) es una adolescente embarazada (anexo 1).

De acuerdo con las experiencias vividas por ellas en su adolescencia, en lo referente al embarazo adolescente, con las seis entrevistas se logró el punto de saturación de categorías, que significa que los datos se convierten en algo repetitivo o redundante y los nuevos análisis confirma lo fundamentado ((Hernández, Sampieri y Mendoza, 2008).

Cuadro1.2 CATEGORÍAS DE ANALISIS CONSIDERADAS EN LAS ENTREVISTAS REALIZADAS A MADRES ADOLESCENTES

Categorías de Análisis	Preguntas entrevista semi estructurada			
<i>Percepción de la educación</i>	<i>Motivaciones educativas</i>			
<i>Percepción de la pareja</i>	<i>Iniciación en la Sexualidad</i>	<i>Historia de su sexualidad</i>	<i>Percepción y Valores sobre la sexualidad</i>	<i>Relación de pareja</i>
<i>Educación Sexual en la Familia</i>	<i>Percepción ideológica y de valores de la familia sobre la sexualidad.</i>	<i>Educación Sexual recibida en el hogar</i>	<i>Reflexión y recomendaciones sobre la educación sexual recibida en el hogar.</i>	
<i>Educación Sexual en el Colegio</i>	<i>Percepción ideológica y de valores del colegio sobre la</i>	<i>Análisis programas de Educación Sexual en el Colegio</i>	<i>Reflexión y recomendaciones sobre la educación sexual recibida en el Colegio.</i>	

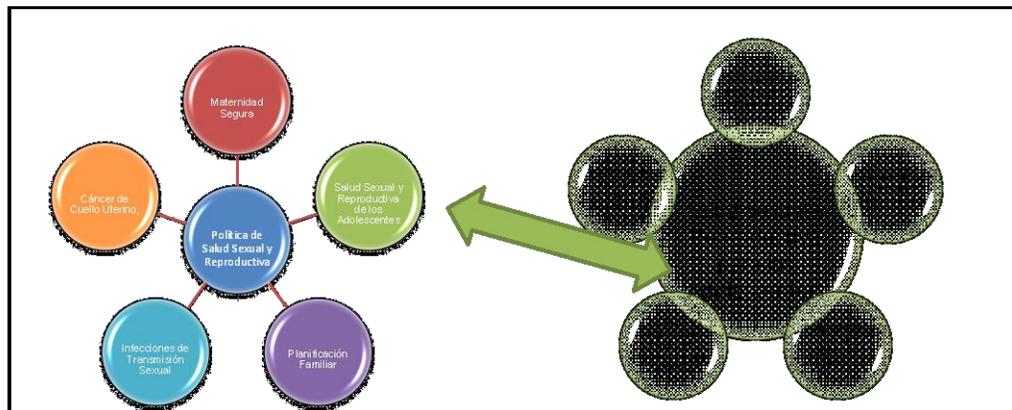
	<i>sexualidad</i>		
<i>Percepción de la maternidad</i>	<i>Percepción sobre el embarazo adolescente</i>	<i>Métodos de planificación familiar</i>	<i>Rol de Madre</i>

Fuente: elaboración propia

2. EMBARAZO ADOLESCENTE EN LA POLITICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

2.1 ESTRATEGIAS DE LA POLITICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES DIRIGIDO A LOS ADOLESCENTES. COLOMBIA. 2003

Figura 2.1 LÍNEAS DE ACCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES EN COLOMBIA. 2003

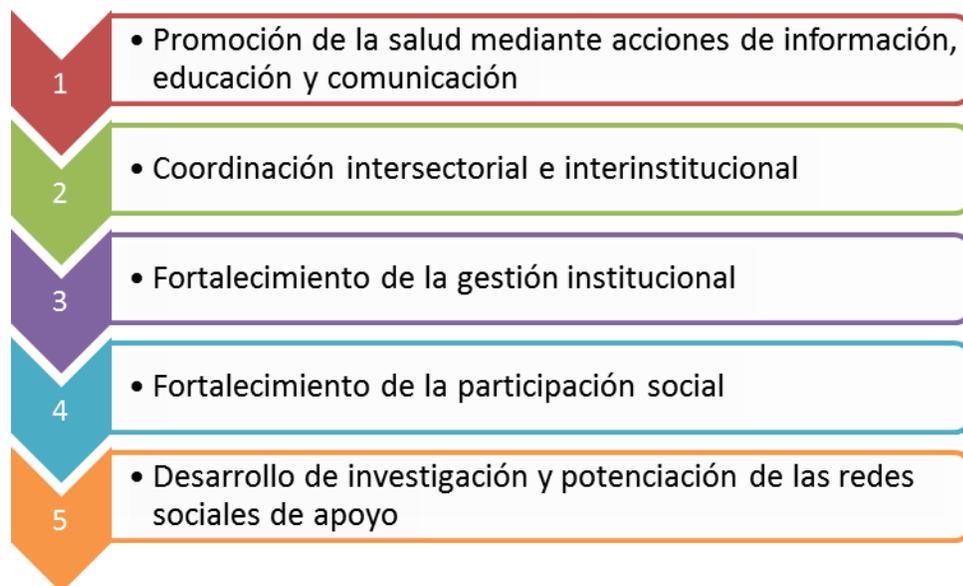


Fuente: Elaboración propia con base en Ministerio de Protección Social, Política SSR, 2003

Las metas principales de la política nacional de SSR se refieren a la reducción del embarazo adolescente, la reducción de la tasa de mortalidad materna evitable, el cubrimiento de la demanda insatisfecha en planificación familiar, la detección temprana del cáncer de cuello uterino, la prevención y atención de las ITS, el VIH y el SIDA y la detección y atención a la violencia doméstica y sexual.

Para cumplir con las estrategias la Política de Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes, se propone las siguientes estrategias: promoción de la salud mediante acciones de información, educación y comunicación, coordinación intersectorial e interinstitucional, fortalecimiento de la gestión institucional, fortalecimiento de la participación social, desarrollo de investigación y potenciación de las redes sociales de apoyo, estas estrategias se desarrollarán para cada una de las líneas de acción.

Figura 2. 2: Estrategias de la política de salud sexual y reproductiva. Colombia, 2003.



Fuente: Elaboración propia con base en Política SSR, 2003

El presente trabajo se fundamenta en analizar la línea estratégica de la Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes en Colombia. Para el desarrollo de esta línea estratégica el gobierno plantea cinco estrategias fundamentales para el desarrollo de la política de SSR, en sus diferentes líneas de acción. Para la implementación de cada estrategia se deben desarrollar unos lineamientos, estos a su vez deben contribuir para el cumplimiento de los objetivos de la Política y con las metas específicas, para cada línea de acción (anexo 2).

La meta principal de la política SSR en adolescentes es la reducción del embarazo adolescente. La reflexión sobre el logro de la meta, se basa en los indicadores socio demográficos trazadores sobre el tema lo cual se presenta más adelante (tercer capítulo referido a fecundidad, nupcialidad y anticoncepción en adolescentes de 1986 al 2010).

2.2 ACCIONES DE LA POLITICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES COLOMBIANOS

Para esta investigación, la pertinencia de la política se fundamenta en el cumplimiento de las metas y las estrategias. La meta principal de la política, es la reducción del embarazo adolescente, para dar cumplimiento a la misma se formulan cinco estrategias: promoción de la salud mediante acciones de información, educación y comunicación, coordinación intersectorial e institucional, fortalecimiento de la gestión institucional, fortalecimiento de la participación social, desarrollo de investigación y potenciación de las redes sociales de apoyo.

Al revisar las acciones desarrolladas para cada estrategia, se establecen tres grandes pilares: construcción social de la sexualidad, aumentar y cubrir la demanda de métodos anticonceptivos, formulación de programas de educación sexual en los colegios.

➤ Construcción social de la sexualidad

Se fundamenta en: desarrollar proyectos de vida en los adolescentes, para postergar el inicio de la primera relación sexual y cuestionar los modelos sociales y culturales que posicionan el embarazo precoz como una forma de ganar estatus o reconocimiento social y afectivo.

La comprensión de actitudes hacia el cuerpo y la sexualidad nacen de un contexto social específico, estas son el resultado de variables históricas y culturales que condicionan el surgimiento de ciertos comportamientos; inicio

temprano de relaciones sexuales y embarazo precoz. Además, hacen ver la conducta como algo normal o anormal, aceptable o inaceptable (Weeks, 1998).

La acción pretende desarrollar proyectos de vida en los y las adolescentes, pero la política lo enuncia, pero no lo explica, es complejo desarrollar proyectos de vida, cuando no se indica quien o como se desarrollaran.

Lograr postergar el inicio de la primera relación sexual, a la luz del indicador, la edad de inicio ha disminuido (ver capítulo 3, anticoncepción), es decir que cada vez los adolescentes comienzan a menor edad su vida sexual. Las causas del inicio de precoz en la sexualidad, están relacionados con: curiosidad, amor, carencias de educación sexual en la familia y el hogar (capítulo 4).

La maternidad precoz en todos los casos no es resultado, de buscar estatus o reconocimiento social y afectivo, es consecuencia de otros factores como: pertenecer a población vulnerable, falta de acceso a métodos anticonceptivos, bajo nivel educativo, abuso sexual.

La construcción social de la sexualidad, debe abordarse más allá de la construcción de un proyecto de vida, se debe concebir desde la realidad que viven los y las adolescentes, desde las necesidades de la población vulnerable en acceso a educación y salud.

- Aumentar y cubrir la demanda de métodos anticonceptivos

En Colombia el uso de métodos anticonceptivos ha aumentado (capítulo 3), pero la capacidad para cubrir la demanda de la población vulnerable no es satisfactoria, en Bogotá algunos beneficiarios del régimen subsidiado informan que el acceso a métodos anticonceptivos es limitado, “pueden acceder a seis (6) condones y frente a las pastillas anticonceptivas se entregan la primera vez y luego se deben adquirir

por cuenta propia, cuando se busca otros métodos como el yade estos en la IPS pública no se consiguen” (Vargas, Pajaveau, Riaño, Bernal, 2011).

- Formulación y ejecución de programas de educación sexual en los colegios.

En Colombia es obligatoria la educación sexual en los colegios, por la Resolución 3353 de 1993, expedida por el Ministerio Nacional de Educación y la política además explica, como se realiza la formulación y revisión de los contenidos y que estos deben ser el resultado de la participación de adolescentes, organizaciones de jóvenes, padres de familia, profesores (figura 2.3). “La revisión de los contenidos de los libros de educación sexual que se utilizan en las instituciones con miras a que sus contenidos sean precisos y estén libres de perspectivas moralistas sobre la SSR”.(Colombia, Ministerio de Protección Social, 2003)

Figura 2.3 PROMOCIÓN ESTRATÉGICA DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN

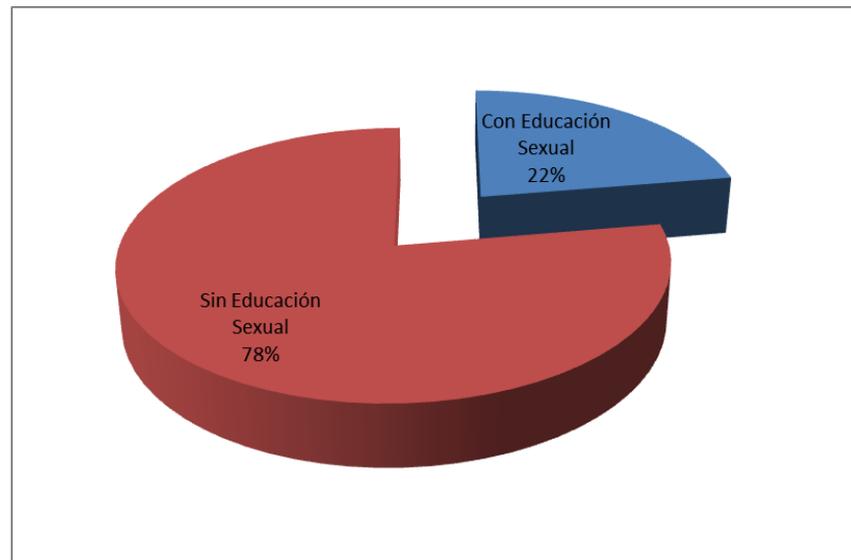


Fuente: Elaboración propia con base en POLÍTICA DE SSR(2003)

Para el año 2010, Colombia contaba con 14.000 instituciones oficiales de las cuales 3.135 cuentan con un proyecto de educación sexual (Linares, 2010, 30 de noviembre,” Colombia sigue rezagada en proyectos de educación sexual.”, en El Tiempo, Bogotá, vida de hoy), es decir que solamente el 22% de las instituciones

oficiales cuentan con proyectos de educación sexual, mientras que el 78% de las instituciones oficiales no cuentan con proyectos de educación sexual (grafica 1).

Gráfico 2.1 INSTITUCIONES OFICIALES CON PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SEXUAL. COLOMBIA, 2010



Fuente: Diario El Tiempo (30 noviembre 2010)

“En general el adolescente recibe educación sobre sexualidad y SSR a lo largo de su formación escolar. la frecuencia con que se aborda este tema varía según la institución y no parece estar incluido dentro de un plan curricular al que se le asignen horarios y responsables directos.

La educación sexual se delega en profesionales sin vínculo formal con la comunidad escolar, pertenecientes a diferentes instituciones que se encargan de dar charlas informativas y talleres eventuales, con frecuencia empresas comercializadoras de toallas higiénicas. los contenidos de las actividades pedagógicas sobre SSR durante la primaria actividad comprenden aspectos del desarrollo físico, mientras que en la secundaria se abordan temas como las ITS, el embarazo y la anticoncepción, contenidos que el adolescente considera

reiterativos. Según adolescentes de instituciones educativas con orientación cristiana, en ellas priman los mensajes explícitos de abstinencia sexual antes del matrimonio” (Montoya, Barreto, Blanco, Cárdenas, Chavarro, 2012).

En el contexto de los programas de educación sexual, se puede denotar un avance del gobierno nacional para dar cumplimiento a las acciones propuestas, pero a pesar de los esfuerzos, estos procesos no han generado la respuesta en lo referente a la participación de las familias, docentes y los y las adolescentes.

El programa de *salud al colegio* de la Alcaldía de Bogotá en febrero del año 2012, genero una controversia entre padres de familia y docentes en referencia, a la cartilla que hace parte del plan "Promoción de la salud y el desarrollo en el ámbito escolar", en donde se generó grandes críticas por parte de docentes y padres de familia, en donde informaban que la cartilla estaba dirigida a los docentes y en uno de sus apartes dice así:

“A media luz... le proponemos invitar a cada persona para que estimule diversas partes de su cuerpo. Deberán identificar la reacción que se produce y la idea que les deja esa sensación. Un gimnasio con colchonetas es perfecto para este ejercicio” (Malaver, 2012, 22 de febrero, “Padres rechazan pedagogía del Distrito en educación sexual”, en El Tiempo, Bogotá).

La explicación de la Alcaldía de Bogotá, en referencia al contenido de la cartilla: *La cartilla no enseña cómo masturbarse, ni incita a hacerlo. La cartilla es parte de una estrategia educativa y pedagógica que aborda 3 ejes temáticos (su relación con el alcohol, con otras sustancias adictivas y la vivencia de su sexualidad) y trata un total de 30 temas, uno de ellos el autoerotismo.*

- *La cartilla se trabajó con 205 docentes de 95 colegios públicos de Bogotá. Un proceso de formación con los maestros que se realizó durante 10 meses aproximadamente.*
- *La cartilla que se enfoca en afectivo sexual tiene un total de 10 temas. Se seleccionaron luego de analizar investigaciones sobre el tema en Hispanoamérica y de estudiar lo que proponen los derechos sexuales y reproductivos.*

- *Es mentira afirmar que dentro de la cartilla se propone un ejercicio de masturbación colectiva. Lo que se propone es una sesión enfocada a fortalecer la habilidad de Manejo de Emociones y Sentimientos, ubicada en la página 40. Si se revisa en detalle esta página en ninguna parte contiene la palabra masturbación, ni autoerotismo*

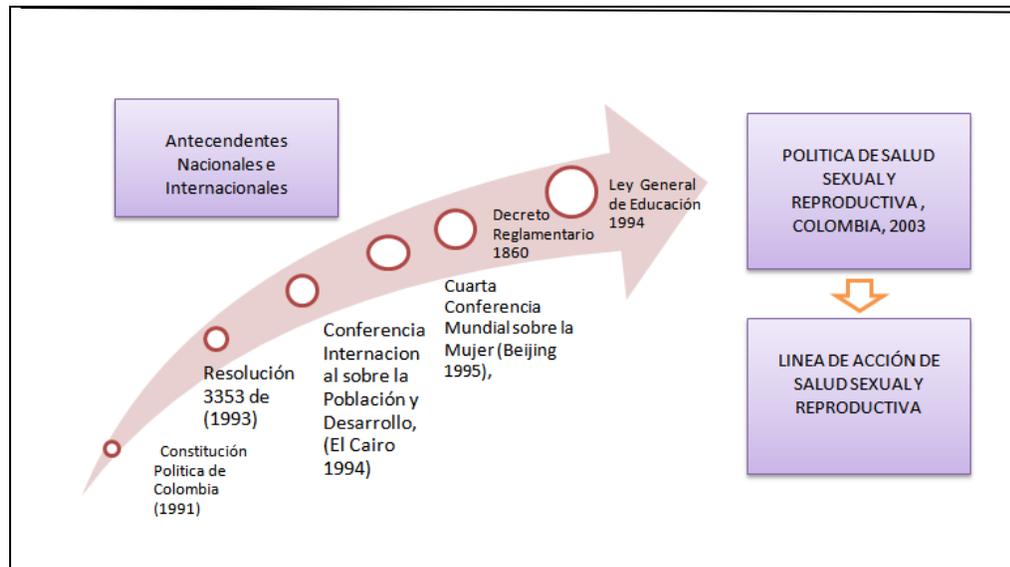
Cuando se consulta la cartilla, en ella se explica que es: “una herramienta para conversar sobre sexualidad y sentimientos, con el propósito de contribuir a la construcción de relaciones satisfactorias mediante el desarrollo de la competencia psicosocial y la educación en valores con chicas y chicos de educación secundaria (“Cartilla Retomemos”, en línea, disponible en: <http://www.retomemos.com/sexual.php>, recuperado 10 de mayo de 2012)

Las percepciones de estudiantes adolescentes, docentes, padres de familia, funcionarios públicos, concejal, ONG, profamilia, frente a la temática de las cartillas, fueron expresados en el programa de televisión (Séptimo día, 2012, 19 de febrero), "Polémica por clases de educación sexual", emisión de televisión, Pulido, productor, Bogotá, Canal Caracol.

2.3 DERECHOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y POLITICAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: COHERENCIA DE LA LÍNEA DE POLÍTICA DIRIGIDA A ADOLESCENTES

La reflexión sobre la coherencia de la política considera en qué medida, los marcos normativos antecedentes más relevantes son adoptados como elementos claves en su formulación. Bajo esta perspectiva, a continuación se analizan los principales antecedentes normativos del componente referido a adolescentes de la política de SSR: Constitución Política de Colombia (1991), Resolución 3353 (1993), Decreto Reglamentario 1860 (1994), la Ley general de educación (1994), Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo (El Cairo 1994), Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing 1995), (figura 2.4).

Figura 2.4 ANTECEDENTES NORMATIVOS DE LA POLÍTICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



Fuente: Elaboración propia

Puede considerarse que el componente sobre SSR dirigido a adolescentes de la política nacional (sobre el tema) en cierta forma es coherente con los antecedentes normativos internacionales y nacionales principales (cuadro 2.1).

Cuadro 2. 1: COHERENCIA DE LA POLÍTICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA CON OTROS ANTECEDENTES NORMATIVOS

Antecedentes de la Política de SSR	Coherencia con el Política SSR
Constitución Política de Colombia (1991)	<i>Artículo 13. Derecho a la igualdad y no discriminación de todas las personas; Artículo 15. Derecho a la intimidad personal y familiar de mujeres, hombres, jóvenes, niños y niñas; Artículo 16. Derecho al libre desarrollo de la personalidad; Artículo 18. Derecho a la libertad de conciencia; Artículo 42. Derecho de la pareja a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos (Constitución Política, 1991).</i>

	<p>En consecuencia con estos artículos de la Constitución, la formulación de la Política SSR, se inspira en los planteamientos de los derechos sexuales y reproductivos y partiendo de ellos, desarrolla marcos normativos estrategias y acciones, y fija metas para el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos.</p>
<p>Resolución 3353 (1993)</p>	<p><i>Otorga carácter obligatorio a la educación sexual en las instituciones educativas.</i> De acuerdo con el planteamiento de la Resolución, la Política reafirma la importancia de brindar educación sexual en las instituciones educativas y establece la participación de jóvenes, padres de familia, docentes y comunidades, en los currículos y material de educación sexual.</p>
<p>Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo, (El Cairo 1994)</p>	<p><i>Plantea la problemática de la cobertura y calidad de los servicios de salud, y además, estos debían complementarse con procesos educativos en los que las personas se apropien de conocimientos, habilidades, actitudes y valores, que aseguraran el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos (Castellanos y Falconier, 2003).</i> La Política de SSR adopta los requerimientos sobre cobertura y calidad de los servicios de salud para adolescentes, así como la complementariedad de la atención con procesos educativos institucionales referidos a educación sexual, considerando la cooperación interinstitucional como una estrategia clave.</p>
<p>Decreto Reglamentario 1860 (1994):</p>	<p><i>Plantea la construcción de currículos en educación sexual en las instituciones educativas de cobertura niveles “primaria” y “secundaria”.</i> De acuerdo con estos planteamientos, en las estrategias de la Política de SSR se retoma el contenido de los cursos de educación sexual, y se adiciona la construcción participativa de estos, profesores, padres de familia y los mismos adolescentes.</p>
<p>Ley General del</p>	<p><i>Dos artículos de la Ley promueven el conocimiento de sí mismo y el autoestima, la construcción de la identidad sexual dentro del respeto por la equidad de los sexos, la efectividad, el respeto mutuo y</i></p>

educación 1994	<i>prepararse para una vida familiar armónica y responsable (Colombia, Ministerio de Educación, 1994).</i> Bajo esta orientación, la Política de SSR retoma en sus acciones la importancia del auto cuidado de la salud, y desde una perspectiva individual considera la auto estima como una condición indispensable para la defensa de los derechos reproductivos.
Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing 1995)	<i>Propone garantizar que las mujeres de todo el mundo tengan derecho a decidir libre y responsablemente sobre el número, intervalo y momento en que quieren tener sus hijos y disponer de la información y los medios para ello.</i> El derecho a decidir libre y responsablemente sobre el tamaño de familia y la oportunidad de los nacimientos está contenido en las estrategias de la política de SSR, donde se plantea la promoción de la información, educación y comunicación en planificación familiar así, como el acceso a los métodos anticonceptivos, derechos humanos que el Estado tiene la obligación de promover su cumplimiento.

Fuente: Elaboración propia

En consecuencia con estos artículos de la Constitución, la formulación de la Política SSR, se inspira en los planteamientos de los derechos sexuales y reproductivos y considera normas y acciones para lograr su cumplimiento. El sector educación es la competencia institucional asignada para la implementación de las acciones propuestas en la Constitución: brindar educación sexual en las instituciones educativas, promover y fortalecer la participación de jóvenes, padres de familia, docentes y comunidades en los currículos y material de educación sexual. La Política de SSR adopta los requerimientos sobre cobertura y calidad de los servicios de salud para adolescentes, así como la complementariedad de la atención con procesos educativos institucionales referidos a educación sexual, considerando la cooperación interinstitucional como una estrategia clave. En las estrategias de la Política de SSR se retoma el contenido de los cursos de educación sexual, y se adiciona la construcción participativa de profesores, padres de familia y los mismos adolescentes. Siguiendo principios de la Ley general de educación (1994), la Política de SSR retoma en sus acciones la importancia del

auto cuidado de la salud, y desde una perspectiva individual considera la auto estima como una condición indispensable para la defensa de los derechos reproductivos. De acuerdo con los marcos normativos internacionales (Conferencia Mundial de Población,1994 y Conferencia Mundial sobre la Mujer 1995), el derecho a decidir libre y responsablemente sobre el tamaño de familia y la oportunidad de los nacimientos es adoptado por las estrategias de la política de SSR, donde se plantea la promoción de la información, educación y comunicación en planificación familiar así, como el acceso a los métodos anticonceptivos, derechos humanos que el Estado tiene la obligación de promover su cumplimiento.

Puede concluirse que la política de SSR dirigida a adolescentes es coherente con marcos normativos internacionales y nacionales. Sin embargo, más allá de la coherencia normativa de la política, que permite incorporar un marco jurídico riguroso, el problema está en que las estrategias implementadas no logran focalizar las adolescentes más necesitadas de atención, y en que no se alcanza la meta principal propuesta referida a la disminución de la fecundidad adolescente. Las adolescentes rurales, las que tienen menor educación y las que tienen menores niveles de riqueza, tienen mayores riesgos de embarazo adolescente. Además, la disminución en la edad a la primera relación sexual, la mayor nupcialidad total, y la mayor proporción de mujeres sexualmente activas en determinados subgrupos de jóvenes, también favorecen la maternidad a edad precoz. Además, las adolescentes con experiencias de maternidad afirman que la educación sexual deficiente por parte de las instituciones educativas y de los contextos familiares, el uso ineficiente o el no acceso efectivo a servicios de anticoncepción, son condiciones favorables para el embarazo adolescente.

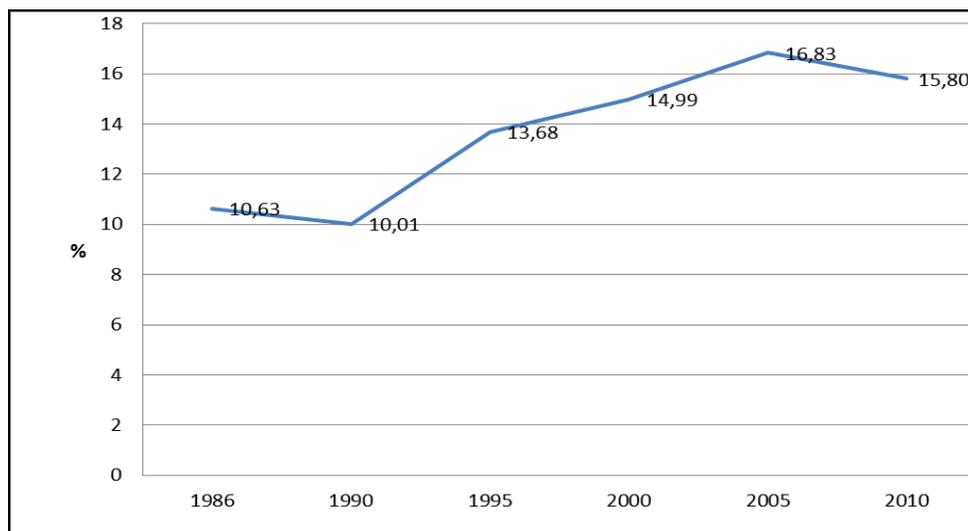
3. FECUNDIDAD, NUPCIALIDAD Y ANTICONCEPCION EN ADOLESCENTES. COLOMBIA 1986 - 2010.

3.1 FECUNDIDAD ADOLESCENTE COLOMBIA 1986 - 2010.

La fecundidad adolescente se ha convertido en un problema de salud pública, teniendo en cuenta que biológicamente las mujeres no se encuentran preparadas para ser madres, aunque “el problema no se fundamenta en el aspecto biológico solamente, es necesario entender que en el contexto social la problemática del embarazo en la adolescencia trae consigo eventuales riesgos que ponen en desequilibrio el bienestar integral y las expectativas de vida; ocasionan eventuales deserciones o discriminaciones en los contextos educativos y sociales; vinculación temprana al mercado laboral; mayores probabilidades de ingresar a cadenas productivas de subempleo u otras formas inestables de relación laboral; tensiones familiares y emocionales, reconfiguración o aceleración de los proyectos de vida; todo lo anterior en virtud del nuevo papel de progenitores que enfrentan los y las adolescentes” (Sandoval, 2009).

La tasa de fecundidad permite entender cuál ha sido el comportamiento del embarazo adolescente entre las jóvenes Colombianas, teniendo en cuenta que el rol de la mujer ha cambiado, en referencia avances en cuanto a condiciones socioeconómicas de la población en general y de la mujer en particular que se esperaría tuvieran efectos negativos sobre la fecundidad adolescente y sus determinantes próximos: mayor permanencia en el sistema educativo, mayor nivel educativo, mayor participación laboral, mayor disponibilidad y acceso a métodos de planificación familiar, mayor nivel de urbanización, cambios favorables en percepciones y valores sobre la maternidad y la familia (Flórez, 1994; Flórez, 2000).

Gráfico 3.1 MADRES ADOLESCENTES EN COLOMBIA. 1986 – 2010

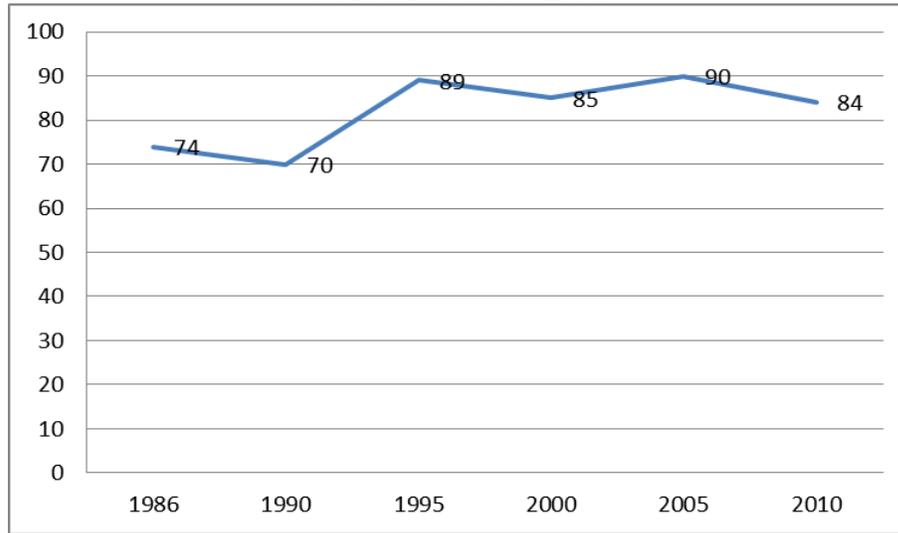


Fuente: M. Medina (2012)

La tasa de fecundidad, en los diferentes grupos de mujeres fértiles ha disminuido, excepto en el grupo de las mujeres de 15 a 19 años en donde el comportamiento es ascendente (grafica 3.1 y cuadro anexo 3.1)¹, este comportamiento en la tasa de fecundidad adolescente no es coherente con la meta de reducción propuesta en la política (Colombia, Ministerio de Protección Social, 2003).

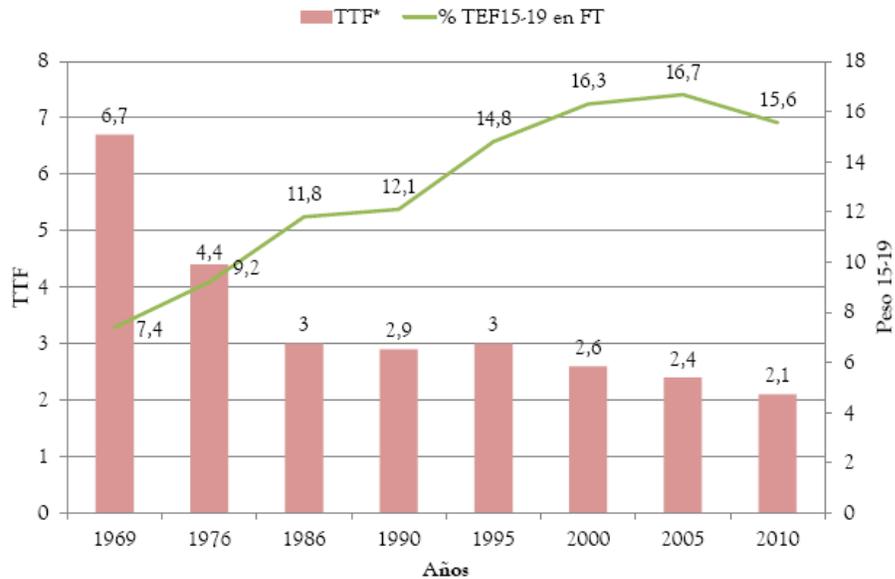
¹ Los cuadros que permiten evidenciar la información de los gráficos se encuentra referenciado en los anexo 3.

Gráfico 3.2 TASA DE FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES DE 15 – 19 AÑOS. COLOMBIA 1986 – 2010.



Fuente: ENDS 1986 – 2010

Gráfico 3. 3: Fecundidad total y fecundidad adolescente. Colombia 1969-2010

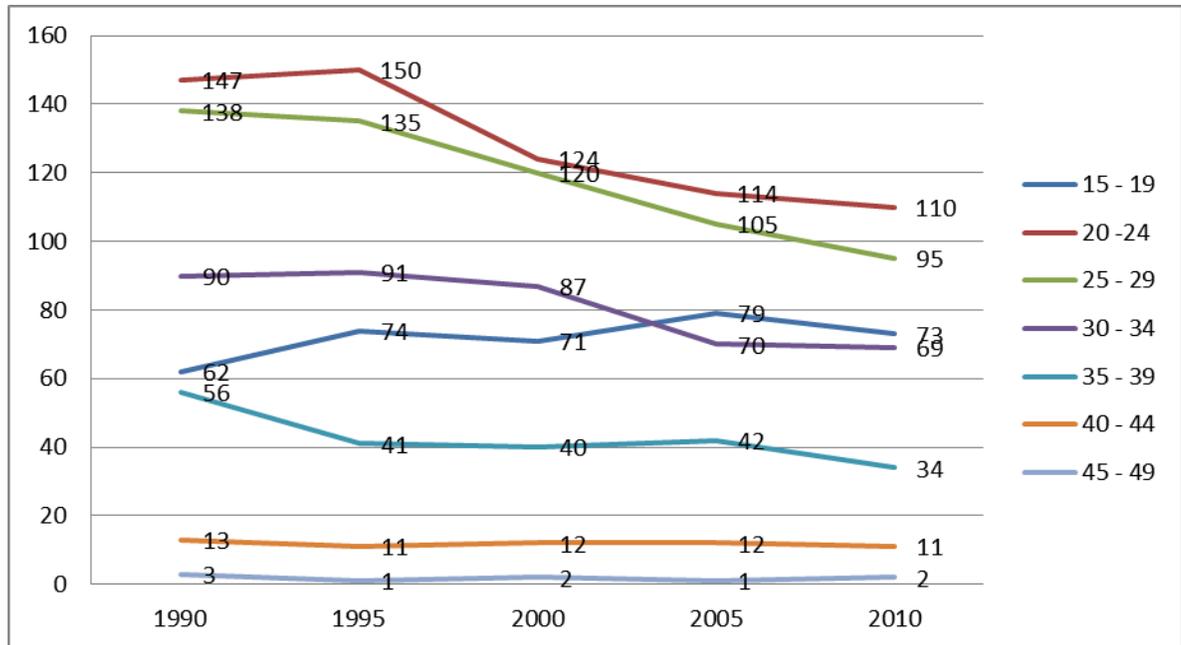


Fuente: M. Medina 2012

La fecundidad de las mujeres fértiles de los 15 a los 49 años, ha disminuido en el grupo de las mujeres de 20 a 49 años, la fecundidad en adolescentes por el contrario se ha incrementado como lo muestra la gráfica (3.3) (Medina, 2010).

➤ **FECUNDIDAD URBANA Y RURAL**

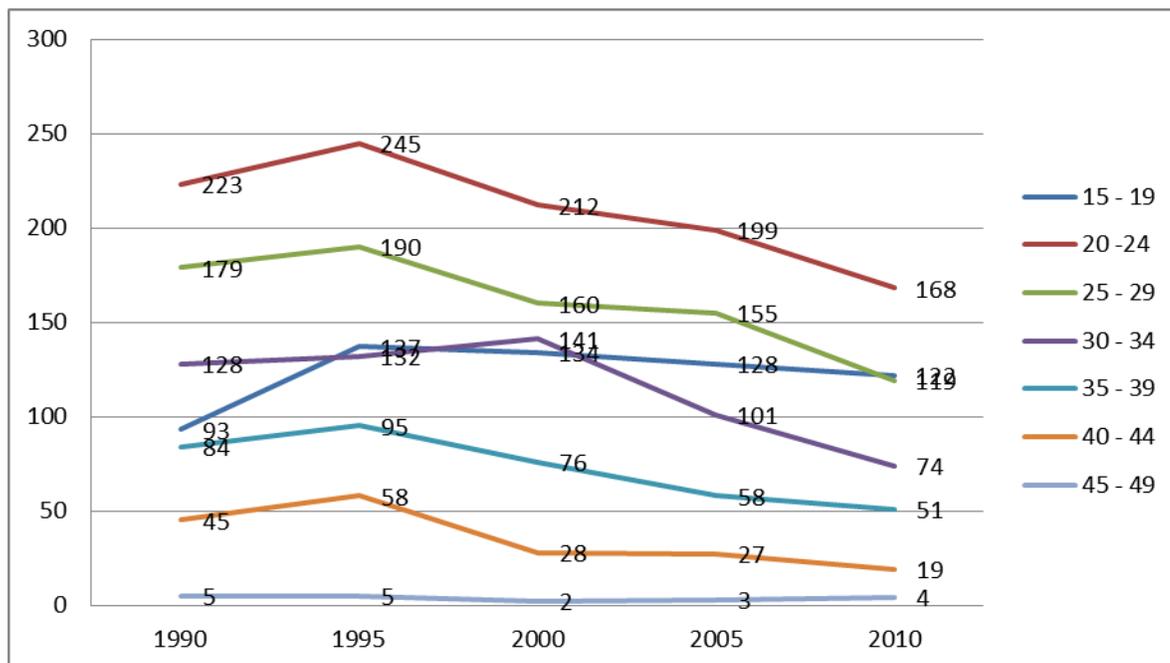
Gráfico 3. 4: Tasas específicas de fecundidad por zona urbana, Colombia 1990 – 2010.



Fuente: ENDS 1990 - 2010

En Colombia en la zona urbana, la tasa específica de fecundidad disminuyó en todos los grupos de mujeres en edad fértil en el periodo 1990 al 2010, excepto en el grupo de mujeres de 15 a 19 años, en donde se evidencia el aumento de la tasa específica de fecundidad. (gráfico 3,4).

Gráfico 3. 5: Tasa de fecundidad en zona rural en Colombia de 1990 – 2010.



Fuente: ENDS 1990 – 2010

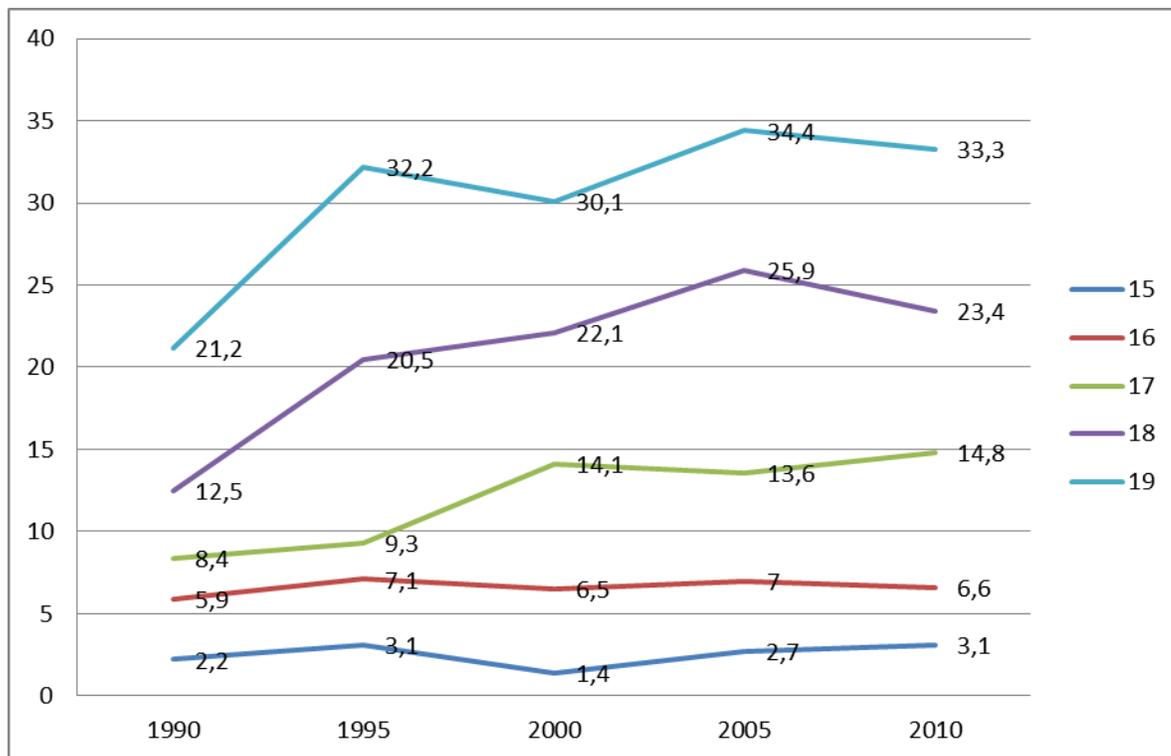
En Colombia en la zona rural, la tasa específica de fecundidad disminuyó en todos los grupos de mujeres en edad fértil en el periodo 1990 al 2010, excepto en el grupo de mujeres de 15 a 19 años, en donde se evidencia el aumento de la tasa específica de fecundidad. (grafica 3,5)

El nivel de fecundidad entre las adolescentes muestra un comportamiento ascendente en la zona rural, al comparar los años 1990 y el 2010 el nivel de fecundidad en el grupo de mujeres de 15 a 19 años en 1990 registro 93 nacimientos y en el año 2010 registro 122 nacimientos por cada mil mujeres.

Este indicador permite evidenciar, la no **pertinencia** de la Política de SSR, en cuanto que la población rural tiene una tasa de fecundidad mayor frente a la urbana, es decir que la población vulnerable, tiene mayor riesgo a la fecundidad frente a la zona urbana y sin embargo en la Política de SSR, no se encuentran metas, acciones o estrategias encaminadas a resolver o mitigar el problema de la fecundidad adolescente en las zonas rurales.

➤ MADRES ADOLESCENTES POR EDAD

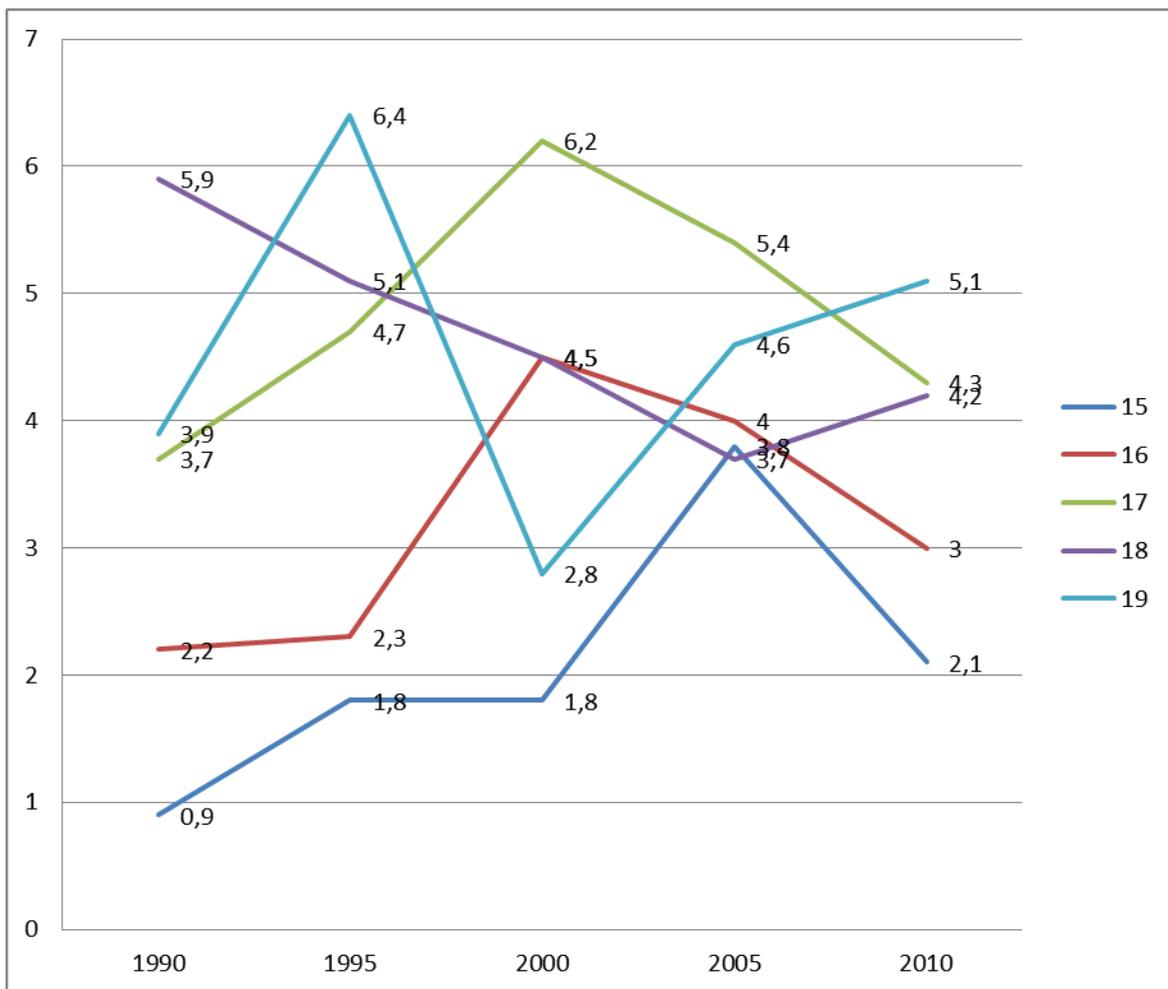
Gráfico 3.6 MADRES ADOLESCENTES POR EDAD. COLOMBIA. 1990 – 2010
(Proporción por cada cien adolescentes 15-19 años)



Fuente: ENDS 1990 – 2010

En Colombia el embarazo adolescente, se incrementó en los grupos que conforman la adolescencia es decir en las jóvenes de 15, 16, 17 18 y 19 años, demostrando un incumplimiento en la meta de reducción del embarazo adolescente referenciada en la Política de SSR.

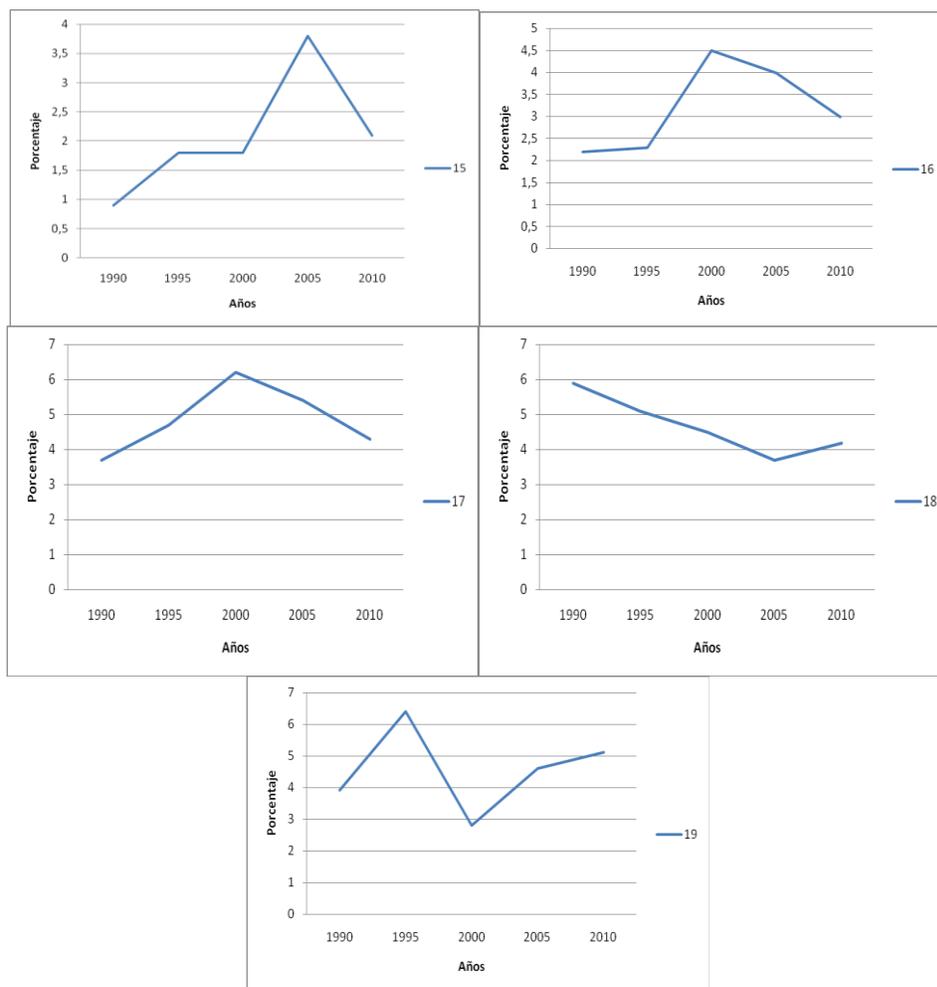
GRÁFICO 3. 7: ADOLESCENTES EN ESTADO DE EMBARAZO COLOMBIA 1990-2010



Fuente: ENDS 1990 – 2010

El embarazo adolescente en Colombia tiene un comportamiento ascendente desde 1990 al 2010, en el grupo de 15 a 19 años, el indicador muestra variaciones distintas con la edad, al compararlo con las mujeres madres en la adolescencia este en todas las edades registra crecimiento, en referencia al embarazo el comportamiento es distinto por edad- (gráficos 3.7 y 3.8).

GRÁFICO 3. 8: PORCENTAJE DE ADOLESCENTES EN ESTADO DE EMBARAZO.

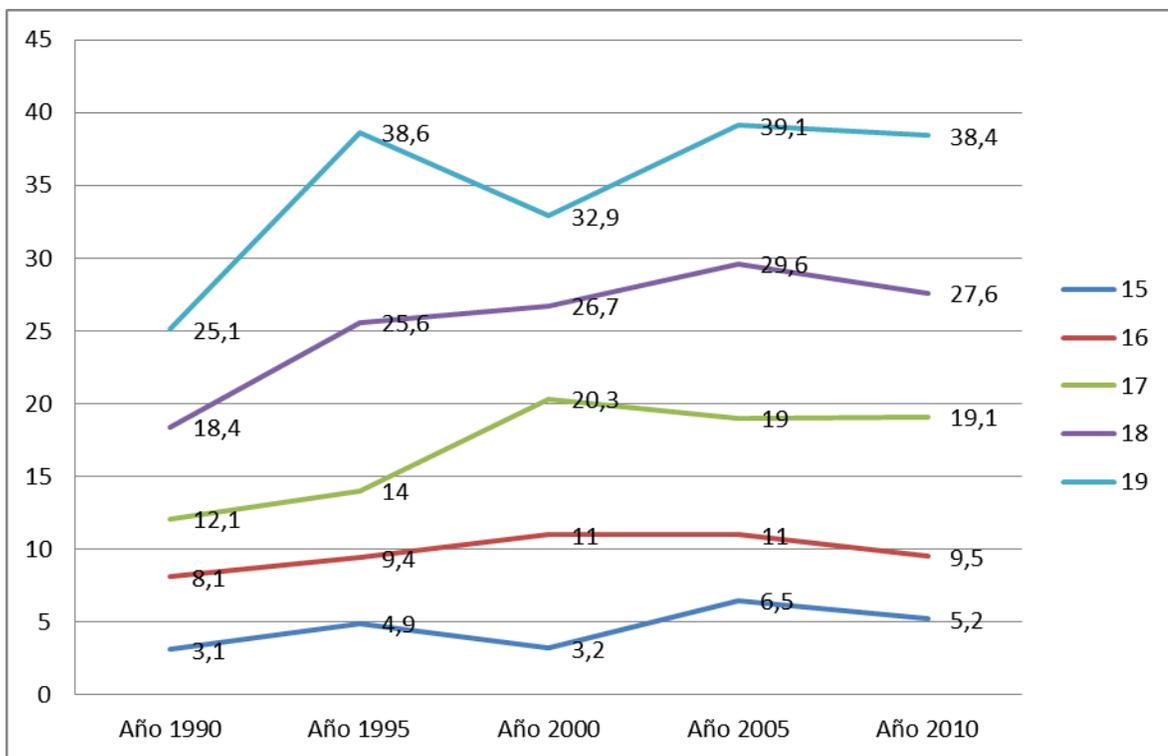


Fuente: ENDS 1990 – 2010

El embarazo adolescente entre las jóvenes de 15, 16 y 17 años ha mostrado un aumento desde 1990 al 2010, el comportamiento de las jóvenes de 18 años demuestra disminución, teniendo en cuenta que es en la única edad que registra disminución el embarazo, entre las jóvenes de 19 años el embarazo ha tenido un comportamiento creciente excepto en el año 2000, en donde se evidencia una disminución drástica, pero finalmente al comparar el año 1990 con el 2010, el indicador se ha incrementado (gráfica 3,8)

➤ Madres y adolescentes embarazadas, Colombia 1990 – 2010

Gráfico 3.9 MADRES Y ADOLESCENTES EMBARAZADAS. COLOMBIA 1990 – 2010

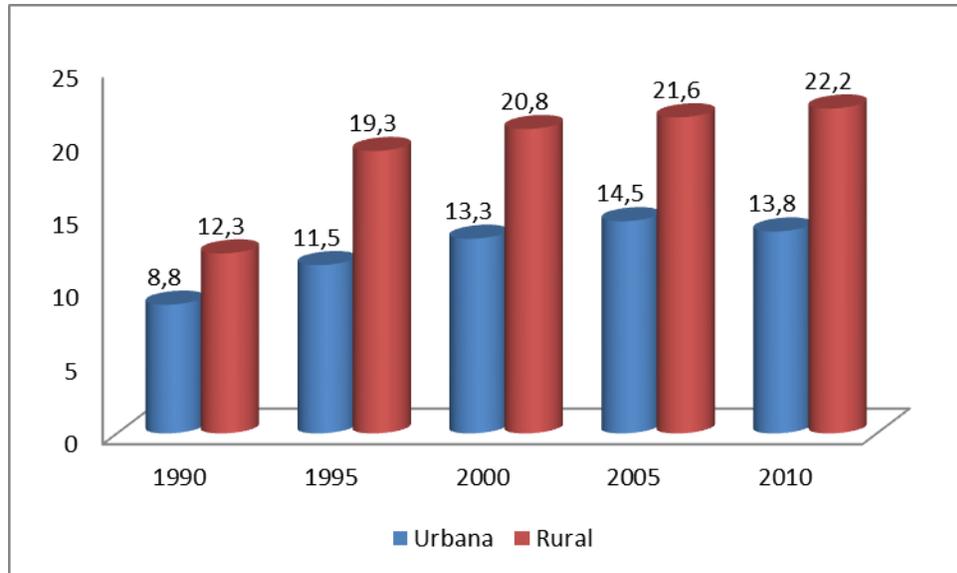


Fuente: ENDS 1990 – 2010

El comportamiento del indicador de madres y embarazadas adolescente, es distinto, las madres adolescentes evidencian un crecimiento en todas las edades de 15 a 19 años, mientras que el embarazo adolescente registra variaciones más significativas en referencia a los años analizados, pero finalmente en el grupo de las jóvenes de 18 años disminuye, en los demás grupos de edad se comporta diferente pero finalmente es mayor a 1990. Al sumar madres y embarazadas adolescentes, el indicador demuestra un aumento en todas las edades de 15 a 19 años. (grafico 3,9).

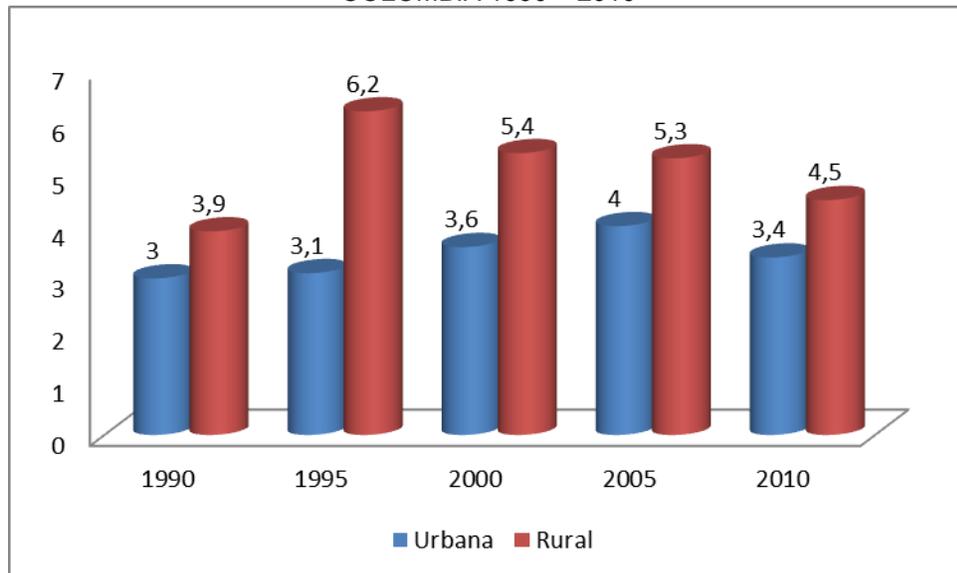
➤ FECUNDIDAD URBANA Y RURAL ADOLESCENTE

Gráfico 3.10 MADRES ADOLESCENTES POR ZONA DE RESIDENCIA. COLOMBIA 1990 – 2010.



Fuente: ENDS 1990 – 2010

Gráfico 3.11 JÓVENES EMBARAZADAS POR ZONA DE RESIDENCIA. COLOMBIA 1990 – 2010

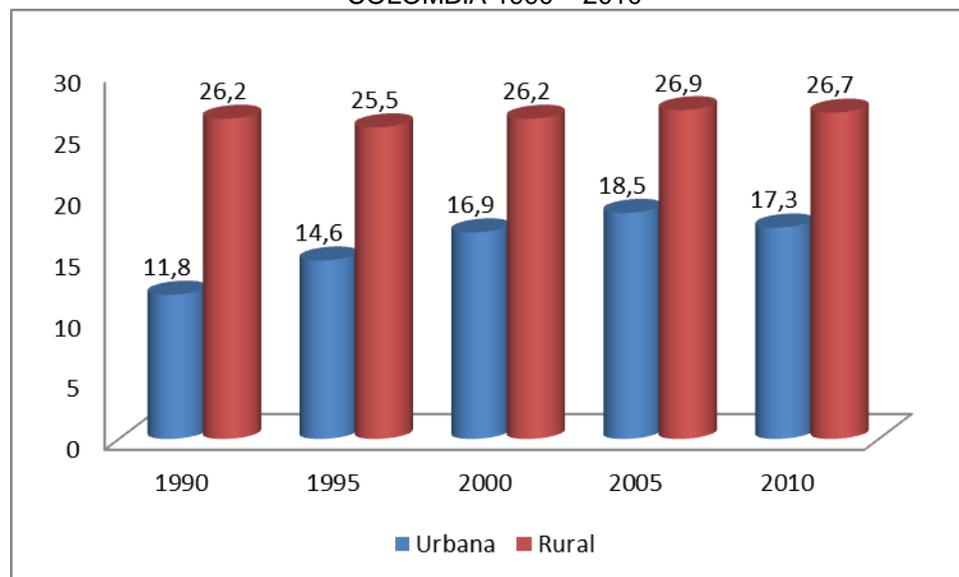


Fuente: ENDS 1990 – 2010

En Colombia en el periodo de 1990 al 2010, la zona rural presenta un mayor porcentaje de mujeres madres adolescentes y adolescente en estado de embarazo, frente a la zona urbana. La política de SSR se concentra en los centros urbanos, pero hace falta que las acciones estratégicas propuestas lleguen a las zonas rurales, en donde existe mayor dificultad para acceder a servicios de salud, sexual y reproductiva, y donde la cobertura de proyectos de educación sexual en los colegios es más deficiente en comparación con las zonas urbanas. De igual forma, el acceso a métodos de anticoncepción es más limitado en zonas rurales puesto que las mujeres deben trasladarse hasta los municipios para la entrega de los métodos anticonceptivos.

Es evidente que la Política de SSR debe hacer esfuerzos para llegar a la población más vulnerable; la política de SSR no cuenta dentro de sus líneas de acción con estrategias específicas dirigidas a mujeres que se encuentren en las zonas rurales (cuadros 3.10, 3.11, 3.12).

Gráfico 3.12 TOTAL JÓVENES MADRES Y EMBARAZADAS POR ZONA DE RESIDENCIA. COLOMBIA 1990 – 2010



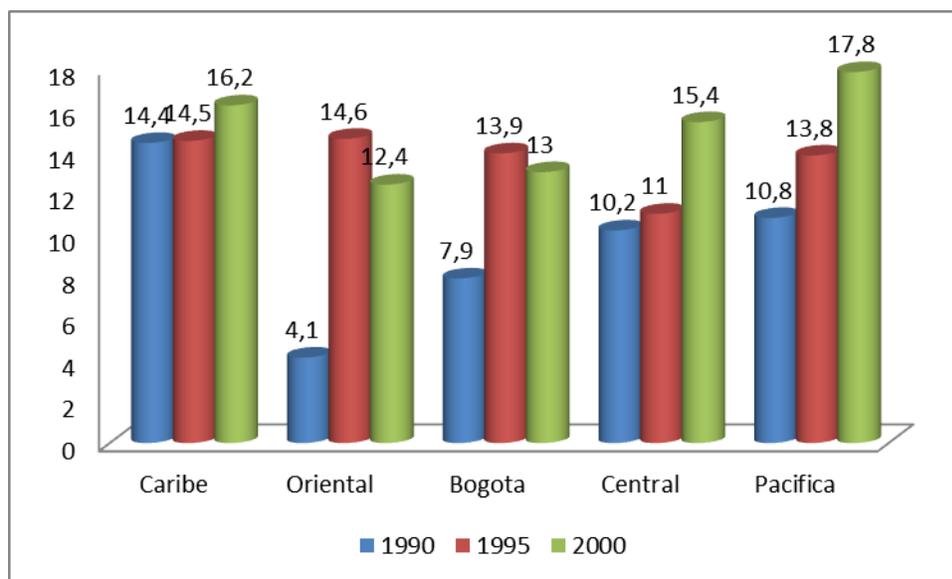
Fuente: ENDS 1990 – 2010

➤ FECUNDIDAD ADOLESCENTE POR REGIONES EN COLOMBIA

Colombia evidencia desde la colonización, crecimiento económicos desiguales entre su población generando desequilibrios regionales, no solo económicos sino sociales. Colombia cuenta con dos océanos, pero aun así, el mayor crecimiento económico no se genera en estas zonas por el contrario, son las zonas más pobres y vulnerables del país. El crecimiento se generó en tres ciudades como son Bogotá, Cali, Medellín, ciudades de montaña, y generando considerables brechas en la distribución del ingreso, mayor pobreza y por ende mayor desigualdad social (Amaya, 2000).

La desigualdad social es causa del embarazo adolescente y como consecuencia generador de círculos viciosos de pobreza, es decir, que los desequilibrios regionales económicos no son solo en lo económico, sino también se generan desequilibrios sociales, es por esto que el mayor el porcentaje de embarazo adolescentes se evidencia en la zona pacifica en el periodo comprendido entre 1990 al 2000 (Grafica 313, 3.14 y 3.15).²

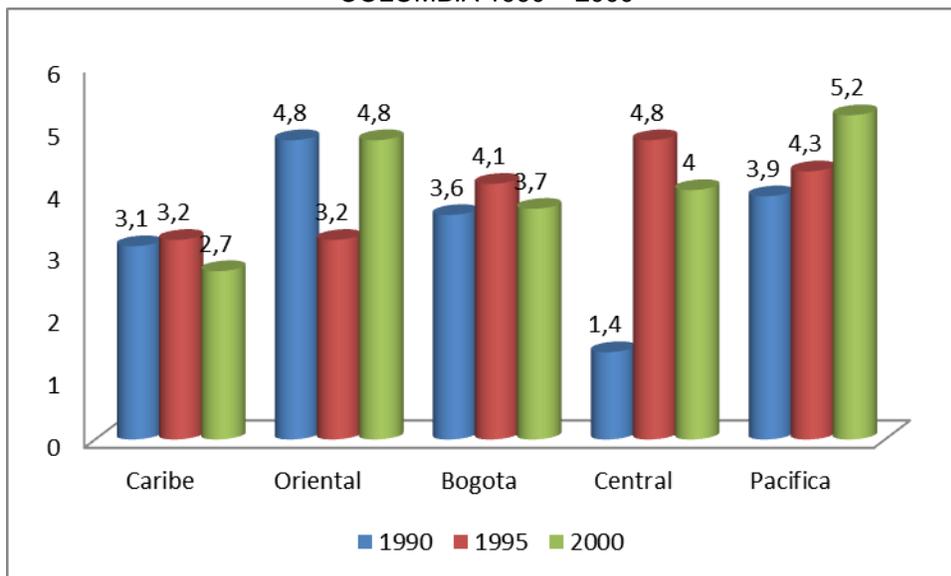
Gráfico 3.13 MADRES ADOLESCENTES POR REGIÓN, COLOMBIA 1990 – 2000



² De acuerdo con la ENDS, a partir de 2005 al 2010, se agregan la región de la Amazonia y la Orinoquia.

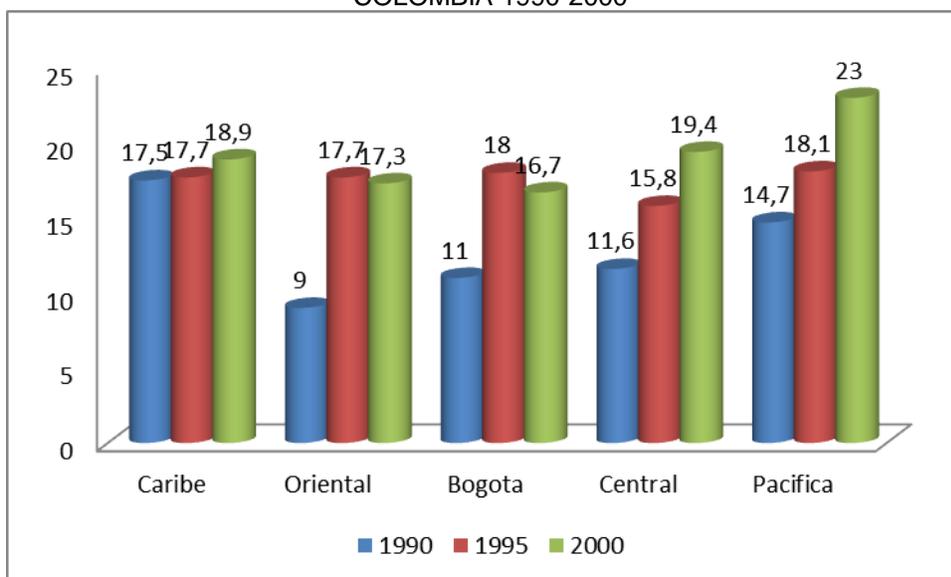
Fuente: ENDS 1990 – 2000

Gráfico 3.14 ADOLESCENTES EMBARAZADAS POR REGIÓN. COLOMBIA 1990 – 2000



Fuente: ENDS 1990 – 2000

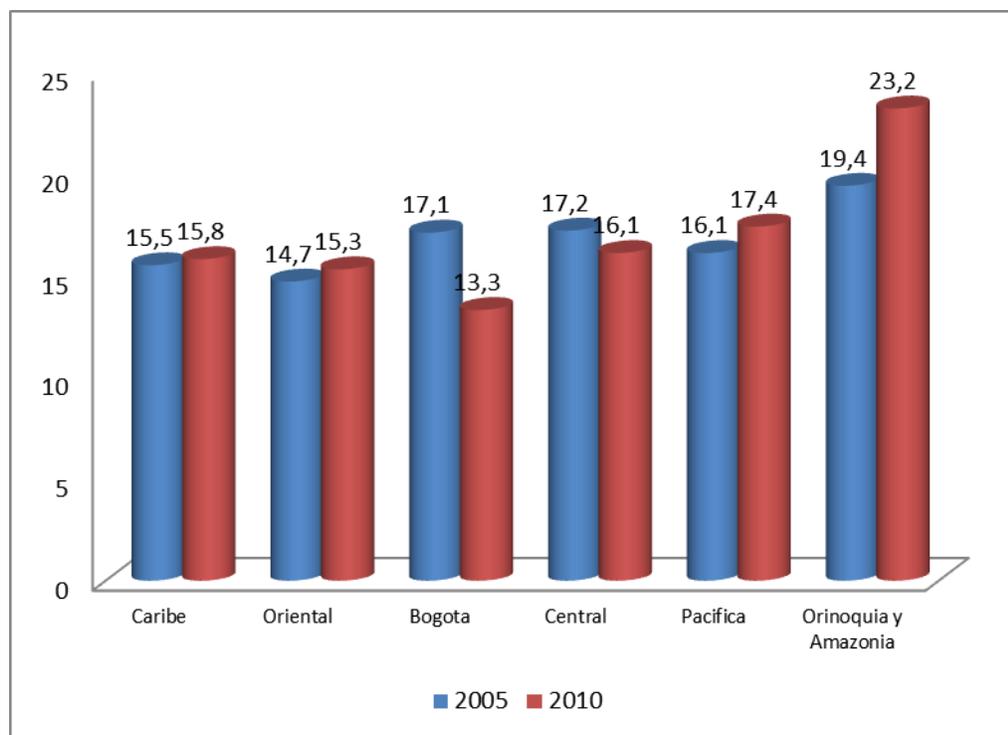
Gráfico 3.15 ADOLESCENTES MADRES Y EMBARAZADAS POR REGIÓN. COLOMBIA 1990-2000



Fuente: ENDS 1990 – 2000

En Colombia, la región de la Amazonia y Orinoquia para el periodo comprendido entre 2005 y 2010 supera a la región Pacífica en el porcentaje de madres adolescentes y mujeres adolescentes embarazadas; este fenómeno está relacionado con la nupcialidad, puesto que en la Amazonia y la Orinoquia la edad de la primera unión es menor, en referencia con las demás regiones. La nupcialidad es un componente fundamental y relacional con el primer nacimiento y con la posibilidad de ser madre.

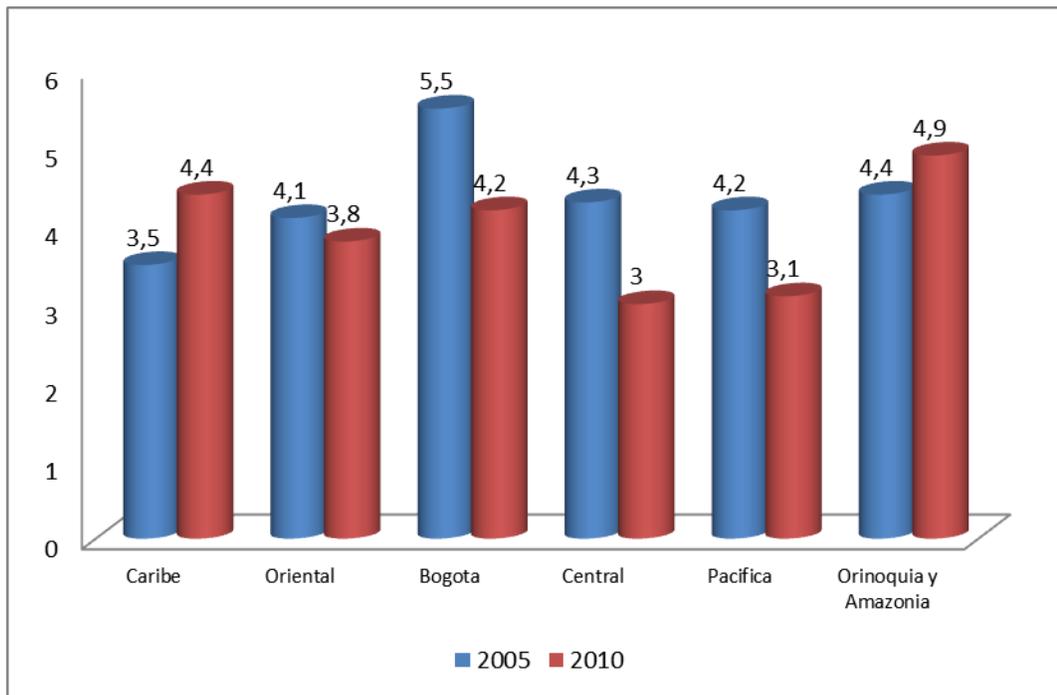
Gráfico 3.16 MADRES ADOLESCENTES POR REGIÓN, COLOMBIA 2005 Y 2010.



Fuente: ENDS 2005 – 2010

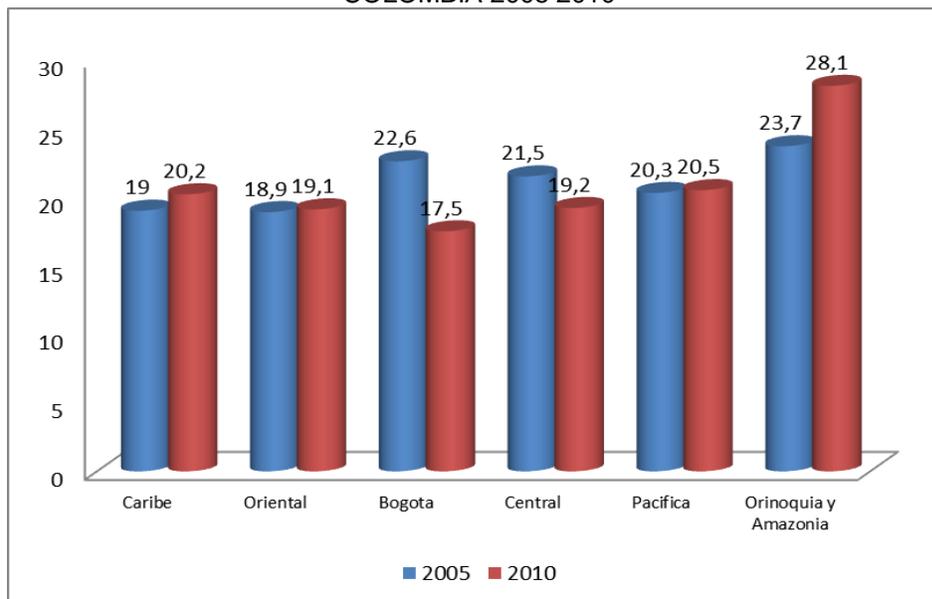
En Bogotá, en el periodo 2005 – 2010 existe una disminución del embarazo adolescente, La Alcaldía de Bogotá explica que es “el programa de subsidios condicionados a la permanencia y rendimiento escolar mostró en un estudio reciente que logra una disminución del 2% en la presentación del fenómeno del embarazo en los grupos estudiados” (El tiempo (2011, 23 de junio)

Gráfico 3.17 ADOLESCENTES EMBARAZADAS POR REGIÓN, COLOMBIA 2005 Y 2010



Fuente: ENDS 2005 – 2010

Gráfico 3.18 ADOLESCENTES MADRES Y EMBARAZADAS POR REGIÓN. COLOMBIA 2005 2010

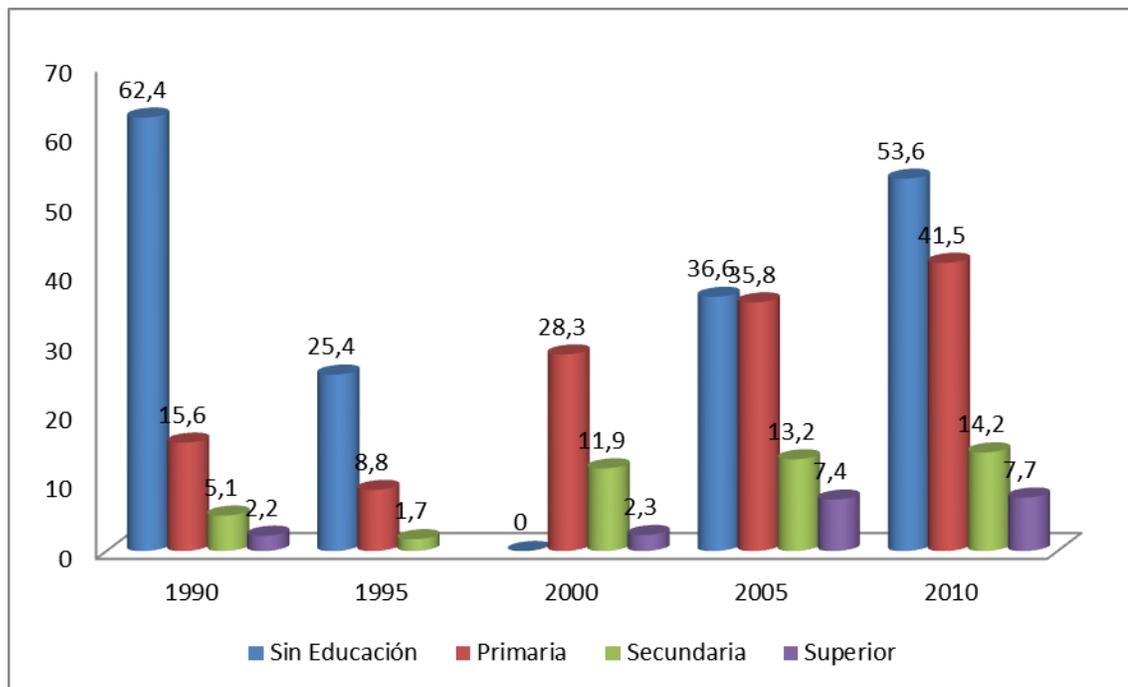


Fuente: ENDS 2005 – 2010

➤ NIVEL EDUCATIVO DE LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE

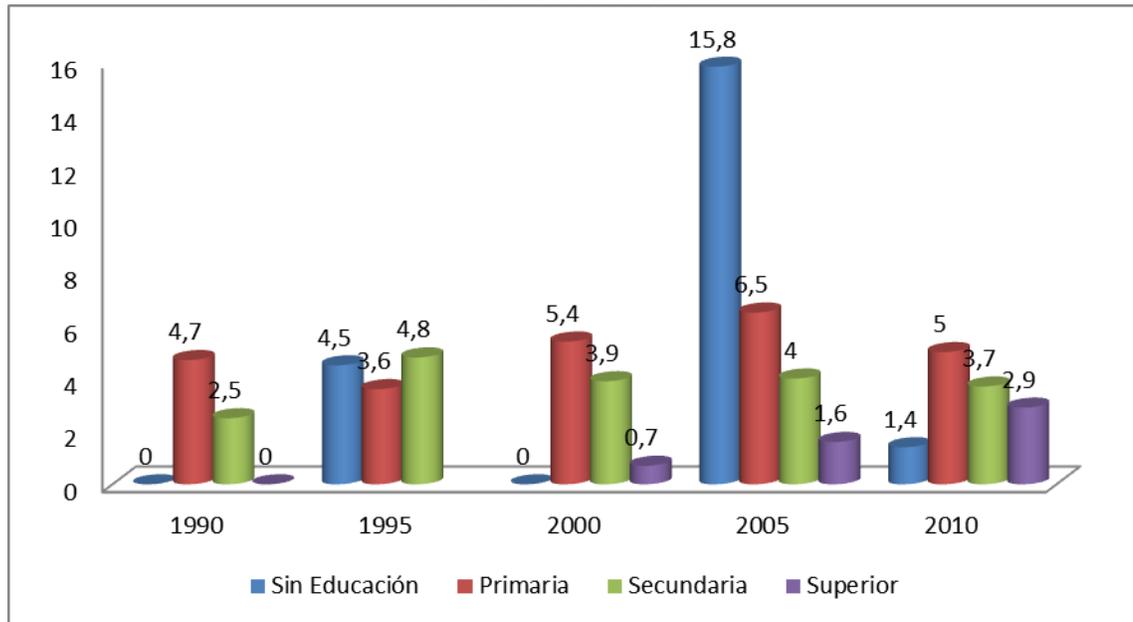
La educación es eje primordial en el desarrollo de los seres humanos, permite ampliar los horizontes de la vida tanto personal como profesional, la educación permite salir de la pobreza. Colombia durante los últimos años ha logrado incrementar la cobertura en educación, sin embargo, la educación es causa y efecto del embarazo adolescente. La mujer tiene mayor posibilidad de ser madre, a medida que tiene un menor nivel educativo (grafico 3.19) y la consecuencia de los embarazos en la adolescencia es la deserción escolar, “ las adolescentes se ven obligadas a interrumpir sus estudios, lo cual limita su desarrollo personal y social y, en el futuro, su progreso económico” (Organización Panamericana de la Salud, 2005).

Gráfico 3.19 ADOLESCENTES MADRES POR NIVEL EDUCATIVO, COLOMBIA 1990-2010.



Fuente: ENDS 2005 – 2010

Gráfico 3.20 ADOLESCENTES EMBARAZADAS POR NIVEL EDUCATIVO.
COLOMBIA 1990-2010.

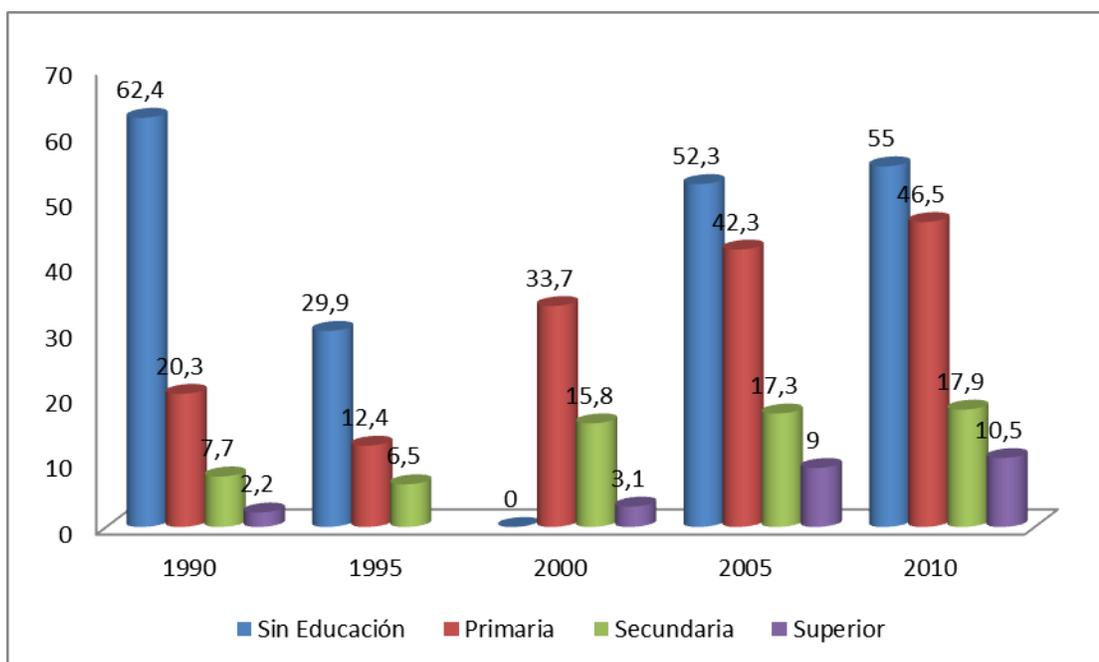


Fuente: ENDS 2005 – 2010

“La educación de la mujer es la variable individual con mayor efecto sobre la fecundidad, no sólo por las mejores oportunidades de empleo que abre la educación sino porque las mujeres educadas tienen ideas más amplias sobre la familia y la maternidad” (Flórez, Méndez, 2000).

A mayor nivel educativo, disminuye la posibilidad de ser madres, es decir que la política de SSR debe estar fundamentada en lograr un mayor acceso a la educación, es decir que la política de gratuidad de la educación, contribuye a la disminución del embarazo y en Chile se demostró que el aumento de la jornada escolar disminuyó el embarazo adolescente y la delincuencia juvenil.

Gráfico 3.21 ADOLESCENTES MADRES Y EMBARAZADAS POR NIVEL EDUCATIVO. COLOMBIA 1990-2010.



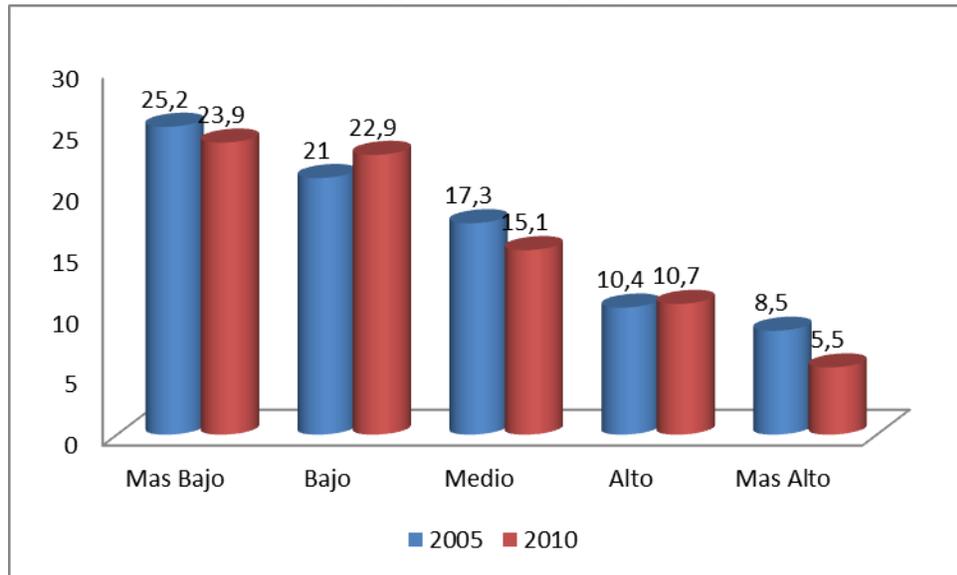
Fuente: ENDS 2005 – 2010

➤ **FECUNDIDAD ADOLESCENTE SEGÚN ÍNDICE DE RIQUEZA**

El embarazo adolescente, es mayor en la población de más bajos ingresos (gráficas 22, 23 y 24), esta circunstancia se genera por varios factores, Colombia es un país con alta concentración de la riqueza, la cual se genera en la colonización con la entrega de tierras a ciertas clases sociales, que se privilegiaron (Amaya, 2002), esos privilegios comienzan a marcar las diferencias sociales en Colombia, pues aunque el embarazo adolescente toma fuerza desde el año 1990, si tiene una relación con el ingreso de las familias.

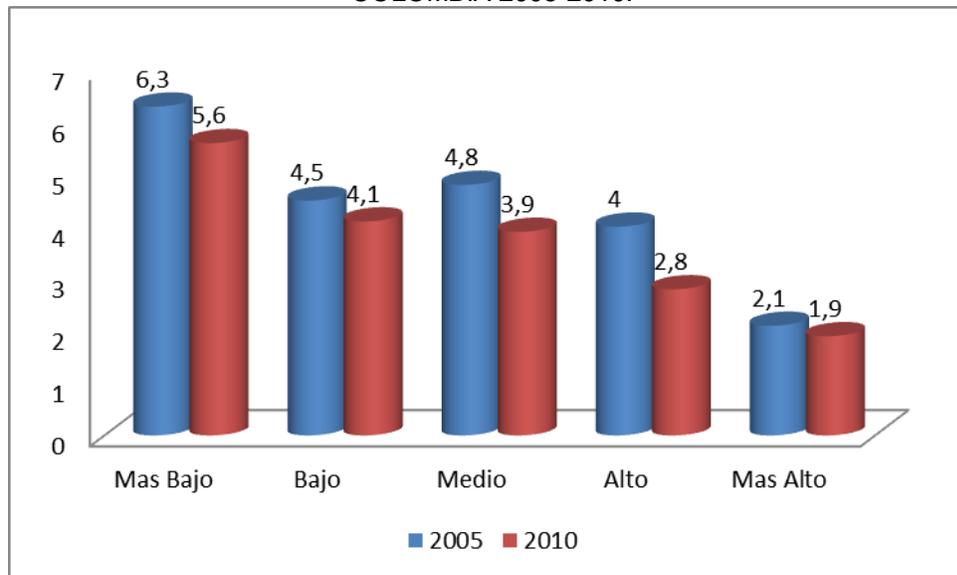
Puesto que el embarazo adolescente, en la población más vulnerable, no significa que el comportamiento e inicio de las relaciones sexuales sea diferentes, frente a otras jóvenes con mayores niveles de ingreso, el problema está relacionado es con las inequidades del estado social de derecho.

Gráfico 3.22 ADOLESCENTES MADRES POR ÍNDICE DE RIQUEZA.
COLOMBIA 2005-2010



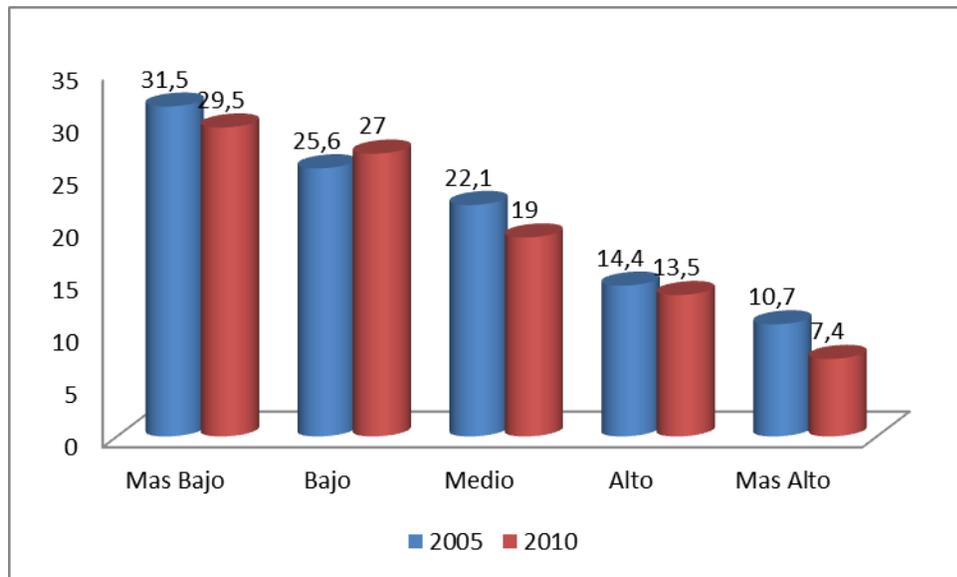
Fuente: ENDS 2005 – 2010

Gráfico 3.23 ADOLESCENTES EMBARAZADAS POR ÍNDICE DE RIQUEZA.
COLOMBIA 2005-2010.



Fuente: ENDS 2005 – 2010

Gráfico 3.24 ADOLESCENTES MADRES Y EMBARAZADAS POR ÍNDICE DE RIQUEZA. COLOMBIA 2005 - 2010



Fuente: ENDS 2005 – 2010

Es decir que el problema está referenciado con la concentración de la riqueza, a la falta de acceso a métodos anticonceptivos, acceso a la educación, aunque actualmente existe la gratuidad, pero la adolescencia va hasta los 19 años y el ingreso a la educación superior en promedio es a los 17 años y a la imposibilidad de generar un proyecto distinto al que ha vivido en la sociedad patriarcal.

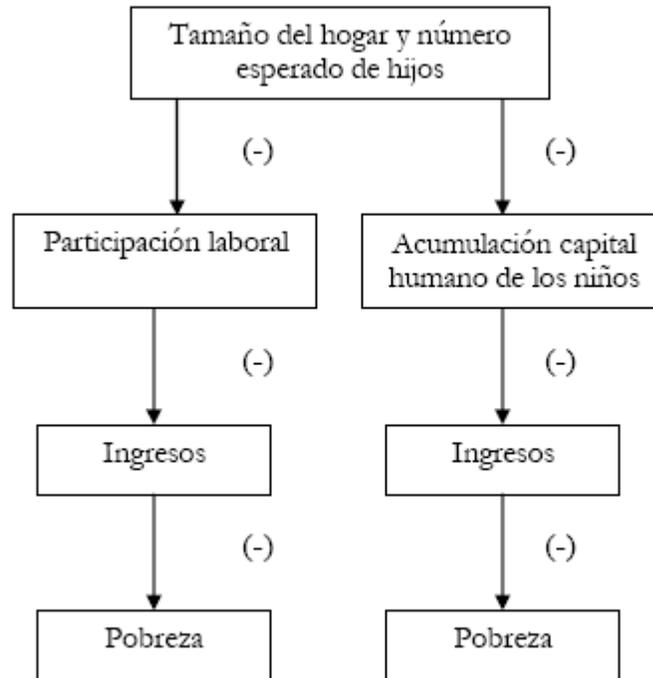
Figura 3. 1: RELACIONES ENTRE DEMOGRAFÍA Y POBREZA



Fuente: Núñez, Cuesta (2006)

La concentración de la riqueza, es generadora de pobreza. “La pobreza puede explicar la falta de acceso y uso de los métodos de planificación familiar, hechos que afectan el crecimiento poblacional. A su vez, la sobrepoblación puede traducirse en mayor desempleo y dependencia económica, alta propensión marginal al consumo, bajo nivel de ahorro, baja inversión, y por tanto, bajo crecimiento. Esto último reproduce la pobreza (Figura 8), repitiendo el ciclo de resultados negativos para el desarrollo de un país” (Núñez, Cuesta, 2006).

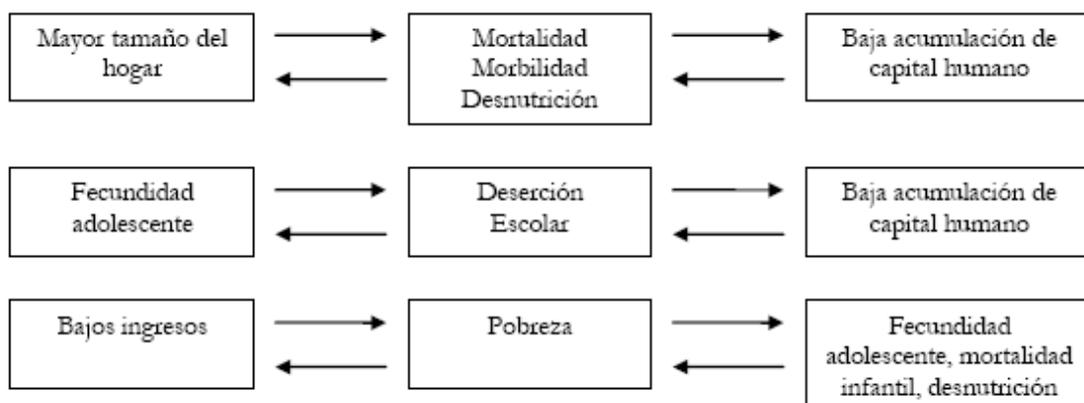
Figura 3.2 RELACIONES MICROECONÓMICAS ENTRE DEMOGRAFÍA Y POBREZA



Fuente: Núñez, Cuesta (2006)

Un incremento del tamaño del hogar y el número de hijos, tiene efectos de corto y largo plazo sobre el bienestar de la familia. En primer lugar, puede reducir la participación laboral de los padres y, por tanto, los ingresos que recibe el hogar. Por otro lado, puede reducir la acumulación de capital humano de los hijos -por las reducciones de las inversiones en salud y educación-, y esto reduce los ingresos futuros de los hijos.

Figura 3.3 TRAMPA DE LA POBREZA

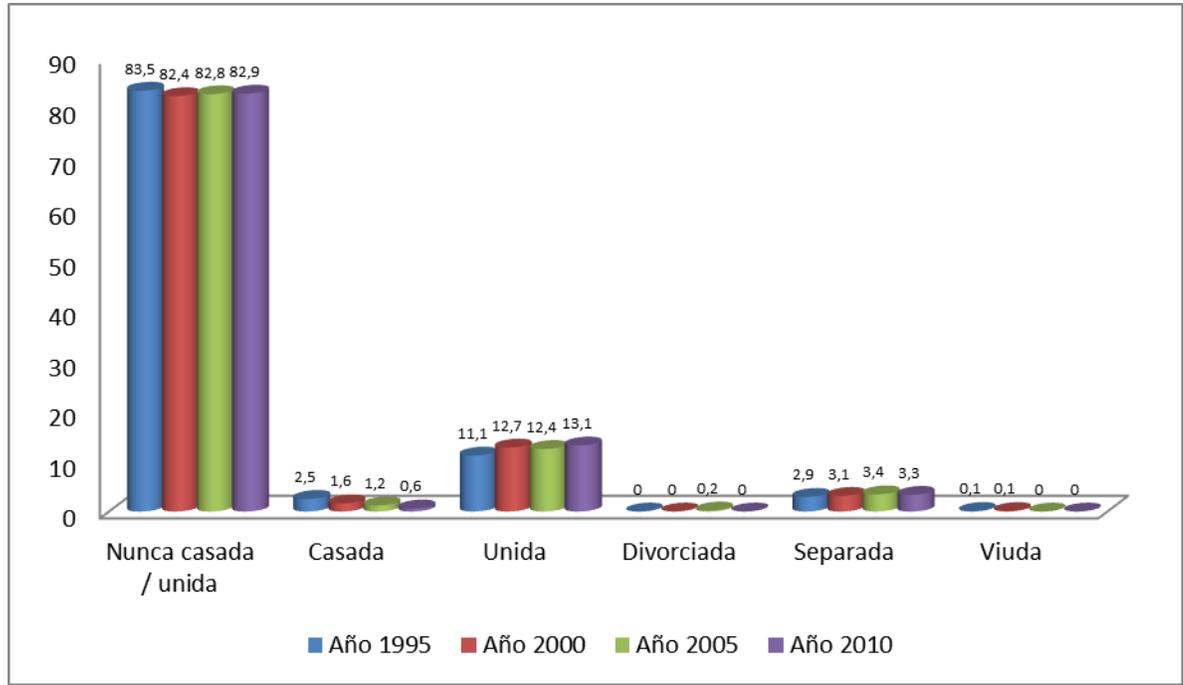


Fuente: Núñez, Cuesta, (2006)

La pobreza puede restringir el acceso al sistema educativo, limitar el uso de métodos de planificación familiar y acelerar el inicio de las relaciones sexuales y la primera unión, determinantes próximos de la fecundidad adolescente. Por otra parte, la decisión de ser madre adolescente puede ocasionar deserción escolar, desacumulación de capital humano, restricciones a la participación laboral y obstáculos en el proceso de generación de ingresos del hogar constituido por la adolescente, hechos que causan pobreza (figura 3.3). Frente a la realización de estos fenómenos, las familias quedan atrapadas, generación tras generación, en un círculo vicioso que contrarresta sus esfuerzos por superar la situación económica adversa, y, a su vez, alimenta las condiciones que la crearon (Núñez y Cuesta, 2006).

3.2 NUPCIALIDAD ADOLESCENTES. COLOMBIA 1986 - 2010

Gráfico 3.25 NUPCIALIDAD EN ADOLESCENTES. COLOMBIA 1995 - 2010



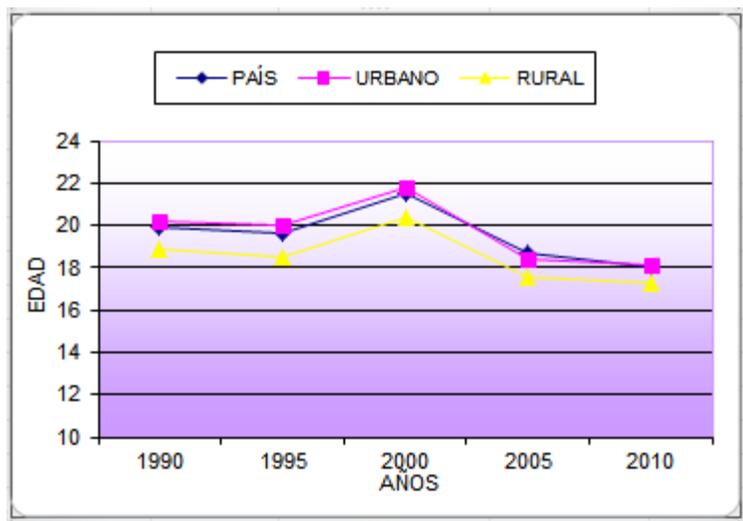
Fuente: ENDS 1995 - 2010

La edad al unirse o casarse por primera vez es importante como una primera indicación del comienzo de la vida reproductiva, ya que puede señalar el inicio de las relaciones sexuales en forma permanente (Profamilia, Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2010).

El porcentaje de adolescentes madres aumenta, pero el comportamiento del estado de conyugal, no sufre variaciones significativas, esto significa que las mujeres adolescentes madres, en el momento del nacimiento de su hijo se encuentran solteras.

En relación a las unidas, este porcentaje ha aumentado, pero no es un crecimiento significativo, es moderado, el comportamiento de las casadas por el contrario demuestra decrecimiento.

Gráfico 3.26 EDAD DE INICIO EN LA SEXUALIDAD COLOMBIA, 1990 – 2010.

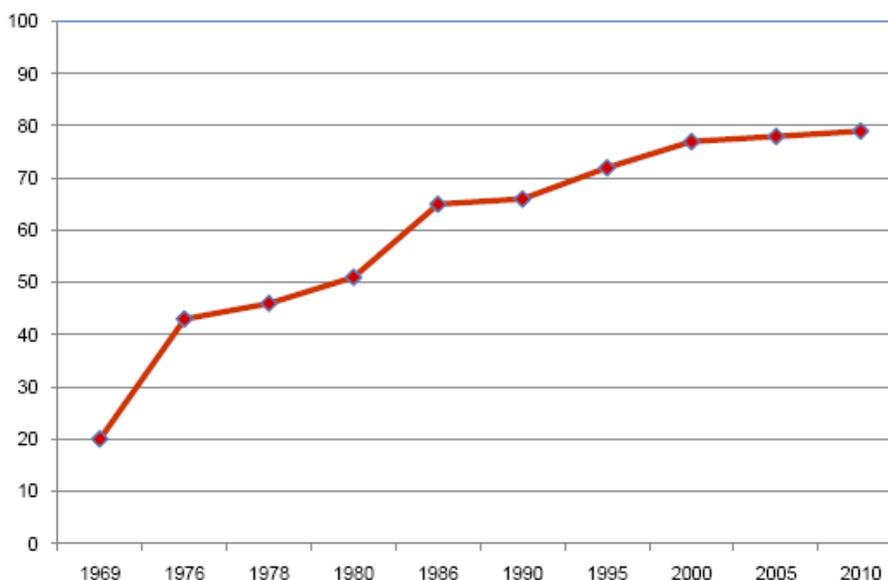


Fuente: M Medina, 2012.

La fecundidad adolescente ha venido aumentando desde la década de los noventa, lo cual está relacionado con un inicio más temprano y más rápido de la actividad sexual, mientras que se ha retardado el inicio de las uniones estables. La tendencia en el inicio de la actividad sexual ha llevado a que se observe un aumento en la maternidad entre adolescentes solteras, (Flórez, et, 2004).

3.3 ANTICONCEPCION ADOLESCENTE 1986 AL 2010.

Gráfico 3.26 PREVALENCIA DE USO ANTICONCEPTIVO.
COLOMBIA 1969 - 2010



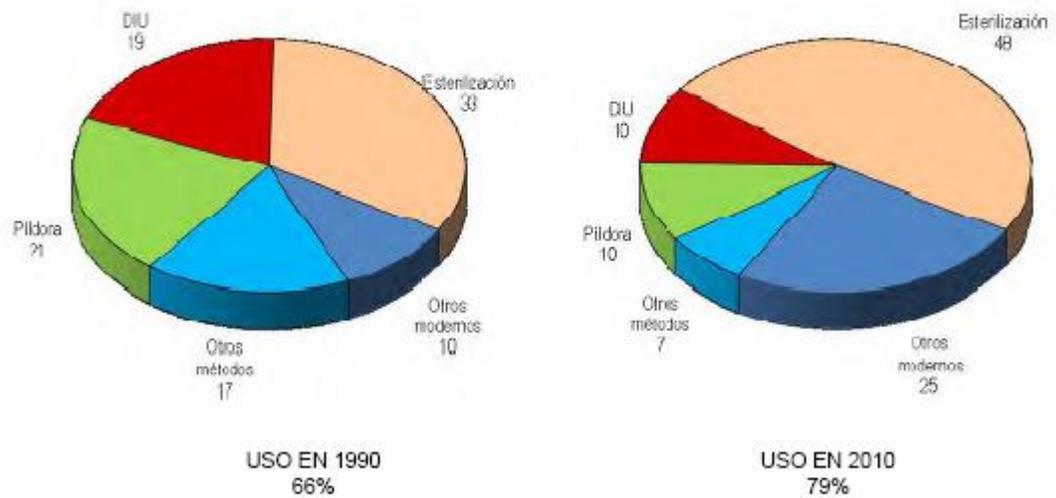
Fuente: ENDS 2010

Aunque en Colombia ha aumentado el uso de anticonceptivos (grafica 3.26), es preciso que se genere una mayor equidad, en el acceso a estos por la población vulnerable, puesto que las adolescentes de bajos recursos, no cuentan con la capacidad adquisitiva para costearlos.

En los y las adolescentes existe el conocimiento sobre métodos de planificación, pero no conocen a profundidad el correcto uso y aunque existe un conocimiento, la falta de recursos y de una educación sexual, no permiten que estos lleguen a toda la población. Aunque en el régimen subsidiado, se brinda una ayuda este no es suficiente, para cubrir la demanda de métodos anticonceptivos en la población adolescente vulnerable, La PSSR, debe ser garante en el acceso real a los métodos de anticoncepción, para cumplir con los derechos sexuales y reproductivos, con la Constitución Nacional, en donde se afirma que Colombia es

un estado social de derecho, pero cuando no se cubren las necesidades de los más vulnerados, desafortunadamente se están violando sus derechos.

Gráfico 3.27 CAMBIOS EN EL USO DE MÉTODOS DE LAS MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS. COLOMBIA. 1990 Y 2010



Fuente: ENDS 2010

4. ELEMENTOS PARA UNA POLÍTICA DE SSR DIRIGIDA A ADOLESCENTES: EXPERIENCIAS DE MATERNIDAD A EDAD PRECOZ

Escuchar las voces de madres adolescentes que viven en condiciones de vulnerabilidad social, es necesario para comprender por qué en ese momento de la vida decidieron ser madres, si fue un embarazo deseado o no, cómo asumió su rol de madre y cómo la maternidad cambió su vida. Estos aspectos se consideran muy útiles para entender la responsabilidad de las adolescentes, de la familia, del colegio y la pertinencia de la política de SSR en la línea de acción dirigida a adolescentes.

En este componente cualitativo de la investigación, se realizaron seis (6) entrevistas de las cuales cinco (5) fueron madres adolescentes y una adolescente (1) se encuentra esperando su primer hijo, las mujeres seleccionadas pertenecen a estrato uno (1) y dos (2). Con este tamaño de muestra se estableció el punto de saturación, porque de acuerdo con los objetivos de investigación previstos, se evidenció que el hacer nuevas entrevistas no aportaba nuevos aspectos básicos a la explicación del problema.

La variabilidad de la muestra se establece en la continuidad o deserción de la escolaridad a raíz del embarazo adolescente, y en el estado conyugal actual (en el momento de la entrevista). En el momento previo al embarazo las seis (6) mujeres se encontraban estudiando en diferentes grados de secundaria, en referencia al estado conyugal, cinco (5) se encontraban solteras y una (1) se encontraba unida (cuadro 4.1). Se consideraron estos criterios de variabilidad porque para la madre adolescente es muy importante el apoyo psico afectivo y económico que aporta la convivencia con el padre del hijo, y porque la continuidad

en la escolaridad una vez se da el embarazo, es muy importante en el proyecto de vida de la joven madre puesto que define su capacitación y su futuro laboral.

Cuadro 4.1 CARACTERISTICAS DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS. BOGOTÁ. 2012

Características de las mujeres entrevistadas	Estado Civil Actual	Continúa con la mismas pareja desde la adolescencia	Edad a la cual fue Madre	Edad Actual
Mujer madre adolescente, casada escolarizada 01	Casada	Si	17	19
Mujer madre adolescente, soltera desescolarizada 01	Soltera	No	18	22
Mujer madre adolescente unida desescolarizada 01	Unida	Si	16 (Embarazo en curso)	16
Mujer madre adolescente, soltera desescolarizada 02	Soltera	No	16	22
Mujer madre adolescente, unida desescolarizada 02	Unida	Si	16	16
Mujer madre adolescente, casada escolarizado 02	Casada	No	16	25

Fuente: Entrevistas a madres adolescentes

Para obtener la información se aplicó un modelo de entrevista semi estructurada, en donde se abordaron, temas relacionados con la percepción sobre la educación sexual recibida en la casa, en el colegio, cómo se da inicio a su vida sexual, cómo afronta el embarazo adolescente, la percepción de su historia de vida y finalmente cómo asume el rol de madre (metodología, páginas 24 - 26).

➤ Percepción de la educación

La falta de educación es catalogada como causa y consecuencia de los embarazos adolescentes (FLÓREZ 2000, 2009; MEDINA 2006), es necesario conocer las expectativas que estas jóvenes tienen sobre la educación, como era su proyección de vida, si realmente el embarazo genera deserción, y como se idealizaban ellas en el aspecto educativo, laboral y profesional.

“Pues así, como cuando yo estaba en el colegio pues quería hacer la carrera de enfermería yo quería eso, yo pues siempre había tenido ese sueño ser enfermera pues a raíz de lo que pasó pues ahí sí como que se me hizo imposible” (mujer madre adolescente, 22 años de edad, soltera desescolarizada).

Pues yo me proyectaba una mujer ejecutiva trabajando en una oficina pero menos con mmm (..) porque a mí los niños, sí, como yo tuve una infancia muy difícil porque no me crié con mis padres si no con mi hermana y sola pues era muy difícil, y yo no quería que un hijo

mío pasara por las mismas cosa que yo pasé (...) (mujer madre adolescente, 16 años de edad, unida desescolarizada).

“Eran tan diferente a esto, yo quería estudiar artes escénicas incluso cuando estaba siendo modelo me metí hacer un taller de artes escénicas, y el décimo también lo estaba haciendo, entonces llevaba dos años y de ahí me daban como un certificado de que yo era aprendiz, entonces yo tenía muy claro hacer eso, o sea, mi vida era actuar, yo quería actuar y me fui hacer comerciales y todo eso, ya estaba muy emocionada con el tema y ...” (mujer madre adolescente, 16 años de edad, unida desescolarizada).

“Dejé de estudiar porque primero me dio mucha pena, o sea me dio demasiada pena” (mujer madre adolescente, 16 años de edad, unida desescolarizada).

Las jóvenes entrevistadas afirman que el embarazo sí influyó en su proceso educativo, se evidencian diferencias marcadas en estas opiniones y percepciones de acuerdo con la estado conyugal: para las mujeres unidas y solteras el proyecto educativo culminó con la maternidad adolescente, pero para las mujeres casadas el proyecto educativo continuó con la culminación de estudios tecnológicos o una carrera profesional.

Aunque con el embarazo las expectativas y el proyecto de vida cambió, para todas las entrevistadas, para las mujeres que no tienen una unión marital consolidada el embarazo generó deserción escolar. El embarazo adolescente en población vulnerable genera deserción escolar, en parte por las condiciones económicas de las familias, y el cambio de prioridades en la ocupación del tiempo consecuente al el nacimiento de los hijos.

En las voces de estas mujeres, se escucha la tristeza por el cambio en su proyecto de vida, antes del embarazo pensaban estudiar, ejercer una carrera y luego tener sus hijos, pero el embarazo adolescente significó el cambio en sus proyectos de vida, dejar su estudio y cambiar los libros por ejercer la maternidad.

➤ Percepción de la pareja

Cuadro 4.2 CONYUGALIDAD Y EDUCACIÓN ANTES Y DESPUÉS DEL EMBARAZO.
BOGOTÁ. 2012

Antes del embarazo adolescentes		Después del embarazo	
Estado Conyugal	Nivel de Estudio	Estado Conyugal	Nivel de Estudio
Unida	Cursaba tecnología	Casada	Tecnóloga
Soltera	Cursaba Bachillerato	Soltera	No continuo sus estudios
Soltera	Cursaba Bachillerato	Unida	No continuo sus estudios
Soltera	Cursaba Bachillerato	Soltera	No continuo sus estudios
Soltera	Cursaba Bachillerato	Unida	No continuo sus estudios
Soltera	Cursaba Bachillerato	Casada	Profesional

Fuente: Entrevistas a madres adolescentes

La percepción de la pareja cambia con la noticia del embarazo, y el cambio es mayor cuando nace el hijo y se asume el rol de padre. Ante la noticia de un embarazo, no todos los hombres reaccionaron de la misma forma, en el caso la entrevista mujer madre adolescente, casada escolarizada, ella manifiesta que su embarazo es planeado y que la noticia es felicidad, pero también expresa que el nacimiento de su hijo cambió aspectos importantes de la relación de pareja:

“Pues al principio como que ya no teníamos tanto tiempo de intimidad solos, de consentirnos los dos, entonces ya el niño como nos quitaba como ese espacio para los dos, pero como decía él, nosotros no nacimos aprendidos toca aprender, ya pues tenemos una relación ya sabemos en qué momento podemos consentirnos que podemos ver una película, que podemos comernos un helado los dos, él es muy consentidor ...” (mujer madre adolescente, 19 años de edad, casada escolarizada).

En otros casos, la reacción a la noticia del embarazo fue muy distinta, puesto que en el momento de informar a sus parejas sobre su embarazo, los hombres pensaron que la mejor opción era abortar.

“Si estoy embarazada y tú no me quieres creer, entonces él dijo, entonces él dijo que piensas ¡hacer!. Y yo le dije no, que tenemos que hacer!. Porque este hijo no es solamente mío, entonces él dijo que para no darle mala vida era mejor abortarlo, entonces yo le dije no, no, yo no lo voy abortar, no, si Usted no quiere no me quiere ayudar, no quiere estar ahí, pues qué pena pero Usted me da mucha tristeza que Usted piense así de un hijo suyo, y así como me lo hace a mi puede que el día de mañana se lo haga a otra, y puede que ella si quiere aceptar lo que me dijo ahorita pero yo no, entonces me dijo, hay pero no te pongas así, y yo le dije, cómo no me voy a poner así si usted me está diciendo que no tenga a mi

hijo, o sea que en vez de tener los pantalones así como los tuvo para bajárselos, por qué no los tiene para enfrentar la situación” (mujer madre adolescente, 16 años de edad, unida desescolarizada).

De los seis casos analizados, solo uno (1) corresponde a un embarazo deseado, las cinco experiencias restantes son embarazos no deseados, y de estos cinco (5), casos sus parejas les pidieron que abortaran a cuatro (4), el caso restante corresponde a un caso de abuso sexual. Las mujeres afirman no estar de acuerdo con el aborto, y que desde que se enteraron de la noticia asumieron la responsabilidad.

En cuanto a la nupcialidad, las entrevistas muestran que las dos (2) mujeres casadas pueden continuar sus estudios, mientras las unidas y solteras (4) no continuaron sus estudios.

➤ Educación sexual recibida en la familia

Al comparar la educación sexual impartida en la familia de origen de las mujeres casadas, unidas y solteras, actualmente escolarizadas o desescolarizadas, se observa una generalidad: desde los primeros años de la infancia la educación sexual tiene falencias pues los padres tienen miedo de hablar de sexualidad, y cuando las hijas son adolescentes, los padres hacen hincapié en la importancia de informarles que se cuiden, pero no las orientan en cómo debe ser ese cuidado, o cómo buscar orientación médica.

La educación sexual en la familia tiene tabús y mitos, a las adolescentes se les dice que es importante que se “cuiden” pero no se les explica, cómo, o cuál sería el mejor método. El tema de la sexualidad en la familia comienza con falencias desde la niñez, incluso, todavía se explica la llegada de los bebés como “regalos de la cigüeña”.

“Bueno cuando estaba pequeñita me decían que (...) mi papa me decía que era la cigüeña la que traía los bebés (hee), como a los 8 ó 10 años mi mami empezó a explicarme no es que las mujeres tenemos una vagina los hombres un pene y cuando (heee) la vagina tiene

un huequito entonces se introduce el pene y ahí entonces mi mami me explicó, entonces ahí más o menos iba teniendo idea pero pues nunca hacía como más preguntas, no, yo solo adquiría como lo que me decían y ya, con el tiempo en el colegio vi todo en los videos” (mujer madre adolescente, 19 años de edad, casada escolarizada).

“Porque por ejemplo, mi mamá es del tiempo de antes, que los adultos hablan y los niños ni escuchan ni nada, mi hermana no era muy confiable conmigo para que yo hablara con ella o yo le preguntara, no, y la familia pues mis tíos y eso pues vivían cerca de uno pero no era que uno(...) sí, como en el tiempo de antes que uno ni les preguntaba, y pues uno era muy inocente no como ahora los niños sí que se saben todo el repertorio” (mujer madre adolescente, 25 años de edad, casada escolarizada).

La sexualidad encierra muchos mitos, uno de los más conocidos está relacionado con la primera relación sexual, se piensa que no se corre el riesgo de quedar en embarazo. Este es el caso de una joven de 16 años que en su primera relación sexual quedó embarazada, ella explica que sus hermanas mayores le informaron que en la primera vez no se queda embarazada.

“La decisión de protegerse en la primera relación sexual está asociada tanto con la percepción del riesgo como con la naturalidad y romanticismo que vive el evento. En los estratos altos, las adolescentes suelen narrar una mayor percepción de riesgo de embarazo y en menor medida de ITS, aunque estas opiniones no están asociadas linealmente con la práctica de alguna forma de protección.

La espontaneidad y la naturalidad en la primera relación sexual, valoradas positivamente en la mayoría de los casos, constituyen obstáculos para la protección anti conceptiva. En los sectores bajos persiste la idea de que la primera relación no es riesgosa, o de que por alguna razón el riesgo es menor: *“la primera vez, no quedas embarazada”*. Cuando no hay uso de anticonceptivos, tanto por falta de conciencia del riesgo como por la misma espontaneidad del acto, no se toma una decisión consciente ante no hacerlo, o utilizar un anticonceptivo: *“simplemente no hubo decisión”* (Penechy, 2010).

“No, yo creí que no, o sea, yo estaba tan segura de que no iba a pasar porque yo dije hay tan de malas si yo quedo de una, ahí está primera vez porque yo ahí mis hermanas nunca quedaron, mi mamá ni nada, mi hermana incluso me dijo eso, en la primera uno no queda, o sea, no, y más pero yo no conté los días de ovulación entonces no sabía” (mujer madre adolescente, 16 años de edad, unida desescolarizada).

➤ Educación sexual recibida en el colegio

La educación sexual en Colombia está sustentada en la Ley General de Educación, en donde se establece la obligatoriedad para todos los colegios a partir de 1993. Sin embargo, los problemas de cobertura son enormes, (19) años después de promulgada la Ley la cobertura programas de educación sexual en el 2010 tan solo llega al 22% de los colegios oficiales. Además, los programas de educación sexual constantemente son cuestionados por la falta de participación de padres, docentes y adolescentes (capítulo 2).

“Pues a veces como cuando empiezan hablar de la educación sexual hasta ahora yo creo que es como en octavo noveno que empezaban a mostrarnos, hasta a unos compañeros nos contaban, no es que eso nos despertó como la gana de saber más y más y tener relaciones, entonces a veces yo pienso que de pronto es muy temprano, pero bueno, eso fue ya hace años atrás porque ahorita hasta las niñas de 11 años están contando unas historias terribles” (mujer madre adolescente, 19 años de edad, casada escolarizada).

“ En una clase de educación sexual me gustaría que le hablaran a uno, de que no le tapen porque muchas veces ciertos profesores o alumnos que les llegan hablar del tema y siente como ese pudor o ese rechazo o esa risa, entonces que son temas muy serios, no es un tema de que a uno lo van a llevar hablar del clítoris de la vagina y entonces uno se ponga a reír, y entre niños y niñas se miren como si eso fuera algo del otro mundo, o sea, es algo que todos tenemos y que en cierto momento toca saber cómo usarlo porque de lo contrario la vida nos puede cambiar del cielo a la tierra, sea por un bebé o sea por una enfermedad” (mujer madre adolescente, 16 años de edad, unida desescolarizada).

“En el último colegio que estudié tuve muchos problemas por eso, porque digamos alguna compañera o compañero llegaba a preguntarme algo entonces yo les podía explicar, si, o sea, les podía explicar pero entonces el rumor se empezó a regar y obviamente los rumores llegaron a los profesores, y me empezaron a preguntar que cómo así, que yo por qué tenía que saber esas cosas, que yo era una insolente, que yo (risas) no (risas) tenía que decirle todo eso a mis compañeros, entonces pues si fue tenaz, hicieron una reunión de padres que por qué yo tenía que saber esas cosas, entonces era la controversia en el salón (mujer madre adolescente, 22 años de edad, soltera desescolarizada).

La sexualidad se encuentra enmarcada dentro de la sociedad, la familia y los estigmas morales, estos se evidencian desde la educación que los jóvenes reciben en sus hogares de origen, y se refuerzan en el colegio, en donde los tabús y los mitos prevalecen. Los programas de educación sexual se fundamentan en explicaciones biológicas, pero no van más allá, adicionalmente, en este aspecto la política tiene dificultades para cumplir con la **pertinencia** y la **suficiencia**.

La no **suficiencia** de la política se evidencia en el no cumplimiento con la cobertura universal de los programas de educación sexual, que por Ley se deben incluir en todos los colegios. Como se mencionó, en el año 2010 tan solo el 22% de las instituciones educativas cuentan con programas de educación sexual. El Ministerio de Educación Nacional, expidió al la ley general de educación en donde es obligatoria la educación sexual en los colegios, es decir que no da cumplimiento a los marcos jurídicos antecesores de la Políticas de SSR.

La no **pertinencia** de la política se evidencia, en que la población vulnerable, es decir mujeres adolescentes de estrato 1 y 2, tienen un acceso precario a programas de salud sexual y reproductiva, a métodos anticonceptivos y finalmente las consecuencias son deserción escolar y mayor pobreza.

➤ Percepción de la maternidad

Cuando se escucha la historia de estas jóvenes, se evidencian actitudes y valores indican culpabilidad acerca de su embarazo, en el sentido de que no hicieron nada para evitar quedar embarazadas, a pesar de que conocían métodos

anticonceptivos, y se les había dicho que se cuidaran. La falta de educación sexual en la familia y en el colegio, no son atribuciones importantes a los embarazos no planificados y no deseados.

Se evidencia que la decisión de tener hijos no es una decisión conjunta asumida en pareja, por el contrario, es una responsabilidad de las mujeres, que son ellas las culpables, que fueron ellas las que no se cuidaron, las que no escucharon los consejos de sus padres, ni las explicaciones recibidas en el colegio. Esa culpabilidad la ha generado la misma sociedad, el estigma de no cumplir con un proyecto de vida en donde la principal preocupación debe ser primero estudiar y luego tener hijos.

Con excepción de una de las entrevistadas, todas las demás manifestaron estar en contra del aborto, enfatizaron en la importancia de la vida y de la importancia de asumir responsabilidades frente a las decisiones tomadas.

Cabe pensar que más allá de la culpabilidad individual, el embarazo adolescente no planificado y no deseado es un problema de política pública, fundamentado en la desigualdad. De hecho, las mujeres con la menor educación y las condiciones de vida más precarias son las que viven estas experiencias en mayor medida.

“La preocupación por el embarazo adolescente de madres/padres tiene que ver con la sanción social que produce que la hija haya “fallado en cuidarse” o “metido las patas” (PACHECO et. al., 2007), esta expresión fue la constante en las entrevistas realizadas a las jóvenes, ellas sienten que son las culpables, puesto que pareja, familia y sociedad las culpo por su embarazo.

“No no tengo nada que criticar, incluso agradezco lo que me dijo mi mamá, si no que uno de joven por terco por no hacerle caso a la mamá pasa esto” (mujer madre adolescente, 22 años de edad, soltera desescolarizada).

“Huy lo tenía, huy, huy, cuando terminara mi carrera de enfermería y ya tuviera trabajo estable, ya tuviera todo, pero lo tenaz fue tenerlo antes”. (Mujer madre adolescente, 22 años de edad, unida desescolarizada).

Por otra parte, en las entrevistas se preguntó a las mujeres que describieran cómo era su vida antes de ser madres. Todas las entrevistas respondieron que se encontraban estudiando y que su vida era tranquila y muy diferente.

Cuando se les pregunto cómo había cambiado su vida con el nacimiento de su primer hijo en la adolescencia, se habló de un cambio total, algunas de las mujeres explicaron que incluso el embarazo no muestra la realidad de los cambios que van a suceder en la vida: *“uno se estrella contra el mundo, cuando nace en ese momento es que uno se da cuenta de la responsabilidad que tiene”* (mujer madre adolescente, 22 años de edad, soltera desescolarizada).

Cuadro 4.3 CAUSAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE. BOGOTÁ. 2012

Mujer	Causa del Embarazo	Edad a la cual fue Madre	Edad Actual
Mujer madre adolescente, casada escolarizada 01	Bebe Planeado	17	19
Mujer madre adolescente, soltera desescolarizada 01	No utilizo métodos anticonceptivos	18	22
Mujer madre adolescente unida desescolarizada 01	No utilizo métodos anticonceptivos	16 (Embarazo)	16
Mujer madre adolescente, soltera desescolarizada 02	No utilizo métodos anticonceptivos	16	22
Mujer madre adolescente, unida desescolarizada 02	Fallo el método anticonceptivo	16	16
Mujer madre adolescente, casada escolarizado 02	Abuso Sexual	16	25

Fuente: Entrevistas a madres adolescentes

Finalmente, hay que considerar que aunque la sociedad ha logrado un avance en lo referente a mayor acceso a la educación las coberturas de los niveles de la secundaria aún son deficientes; la cobertura de la carnetización que da acceso al SGSSS ha aumentado mucho en años recientes pero el acceso efectivo aún es muy limitado. Esto con el agravante de que la educación sexual que se propone en la política de SSR no se incluye en buena parte de los colegios, y que aunque se tenga el carnet de salud en la práctica en los servicios de salud no entregan a los adolescentes los métodos anticonceptivos que requieren. Estas experiencias se observaron repetidamente entre las jóvenes entrevistadas. La población con

precarias condiciones de vida tiene dificultad en el acceso a métodos anticonceptivos y a programas de educación sexual en los colegios.

La política de SSR contiene unos marcos normativos muy estructurados, pero al revisar los indicadores de fecundidad se puede concluir que la política no ha cumplido con su meta principal, reducir el embarazo adolescente. Las estadísticas sociales evidencian aumentos generales en la prevalencia de anticoncepción, pero el problema de accesibilidad de la población vulnerable puede ser una causal de los embarazos no deseados, porque en la práctica el acceso a ellos en los servicios de salud es limitado para estos grupos sociales.

5. CONCLUSIONES

La **pertinencia**, capacidad de la política para focalizar los grupos más vulnerables, no se constata en la Política SSR de adolescentes vigente en Colombia, puesto que no se alcanzan las metas de disminuir la magnitud del embarazo adolescente. La no pertinencia de la política se relaciona con el hecho que las estrategias y acción no alcanzan a cubrir a la población más vulnerable. A la luz de los indicadores de fecundidad adolescente, el problema es mayor en las zonas rurales que en las urbanas y entre las adolescentes con menor nivel educativo. Precisamente, estas son las poblaciones que tienen inicios más precoces en la vida sexual, donde hay una mayor proporción de jóvenes sexualmente activas y donde el uso de anticonceptivos es más ineficiente y se tiene menor acceso a los programas de planificación familiar del SGSSS.

Aunque se evidencia una alta **coherencia** entre los marcos normativos nacionales e internacionales antecedentes a la formulación de la política y la orientación de la misma, el marco jurídico riguroso propio de la política no garantiza el que se alcancen sus metas. Entre el año 2000 y 2010 la fecundidad adolescente ha tenido un aumento importante con el agravante, de que en los últimos 25 años el peso de la fecundidad adolescente sobre la fecundidad total registra incrementos sostenidos. Aunque los indicadores demográficos indican alzas continuas en la prevalencia de anticoncepción entre adolescentes, el acceso económico y cultural diferenciado por grupos sociales aun es un tema importante de atender. La prevalencia es alta, pero la discontinuidad en el uso de métodos y el uso de métodos ineficientes aun es alto entre los adolescentes. La educación sexual en familias y colegios está lejos de responder a las necesidades reales de los jóvenes.

El documento de la PSSR no cuantifica sus metas y esta gran deficiencia no posibilita desarrollar el análisis de **suficiencia** de la misma.

Específicamente, la Política de SSR no ha logrado cumplir todas las metas y acciones propuestas como son: reducción del embarazo adolescente, desarrollar programas de salud sexual y reproductiva en todas las instituciones educativas, promover la participación de los y las adolescentes, organizaciones juveniles, padres, docentes y la comunidad en la construcción de los contenidos de los programas de educación sexual, aumentar el uso y el acceso a métodos de planificación familiar a través del SGSSS.

A pesar de que la línea de acción de salud sexual y reproductiva en adolescentes establece la prioridad del acceso a la educación sexual y reproductiva y el acceso a servicios médicos en SSR y que la educación sexual en Colombia se debe impartir de forma obligatoria a todos los colegios (Colombia, Ley general de educación, 1994), en el año 2010 de acuerdo con cifras del Ministerio de Educación Nacional, solo el 22% de las instituciones cuenta con programas de educación sexual. Este es otra evidencia agravante de la no pertinencia de la política.

Entre las adolescentes Colombianas en las últimas décadas la nupcialidad total adolescente ha aumentado a costa del incremento de la unión libre, ha disminuido la edad de inicio en la primera relación sexual sobre todo en las zonas rurales y la proporción de adolescentes sexualmente activas es cada vez mayor. La persistencia de todos estos factores que son favorables al incremento de la fecundidad adolescente deben ser tenidos en la ejecución real de las estrategias y acciones de la política. Aunque, el marco normativo y programático de la política considera estos aspectos, en la práctica los indicadores socio demográficos indican que no habido una intervención eficaz.

Para el periodo de 1986 a 2010, la tasa de fecundidad en adolescentes se ha incrementado, las tendencias en nupcialidad han variado solamente en el aumento de las uniones libres y finalmente se incrementó el uso de preservativos, pero la política de SSR no explica cómo cubrir una cobertura que satisfaga la demanda de métodos anticonceptivos en la población vulnerable. Experiencias de madres adolescentes permiten evidenciar el conocimiento sobre métodos de anticoncepción, concomitante a la baja conciencia sobre los riesgos reales de embarazo. Entre las jóvenes entrevistadas se evidenció que el abuso sexual, la falta o el no uso de métodos de anticoncepción, conlleva al embarazo indeseado.

El embarazo adolescente consecuente con la no conciencia sobre los riesgos de embarazo se da más para las mujeres que no tienen una unión marital consolidada. Las adolescentes madres casadas entrevistadas lograron continuar sus proyectos educativos en tanto que las no casadas desertaron en la escolaridad. Este orden de diferencias marca diferencias en el bienestar material y psicológico de las adolescentes madres.

6. RECOMENDACIONES

Se debe aumentar la cobertura de la educación sexual del país, para dar cumplimiento a la Ley General de Educación y las estrategias que se promulgan en la PSSR en la línea de acción de Salud Sexual y Reproductivas en Adolescente y finalmente para dar cumplimiento a los Derechos Sexuales y Reproductivo.

Es importante considerar las implicaciones del embarazo adolescente en grupos diferenciados por su condición conyugal educativa, su nivel de riqueza, su zona de residencia urbana o rural con igual importancia, considerar el no acceso y el uso ineficiente de anticonceptivos prevaleciente entre los jóvenes.

Debe fomentarse el enfoque participativo que propone la política de SSR para jóvenes en sus estrategias educativas, fomentando medidas eficientes para incorporar a padres comunidades y profesores en la definición de los contenidos de los programas de educación sexual y reproductiva, así como en el mayor alcance de las coberturas de los mismos.

Es necesario no solo intensificar la difusión de información sobre anticoncepción, sino promover a través de la educación familiar y formal, enfoques de desarrollo personal para motivar a las adolescentes para que tomen decisiones constructivas en torno a la oportunidad de la maternidad .

Se debe involucrar a hombres y mujeres en los programas de salud sexual y reproductiva, para que no se asuma la planificación familiar, como responsabilidad exclusiva de la mujer.

En cumplimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos, se debe garantizar el acceso efectivo a los métodos de planificación familiar, a la información y a programas de educación sexual en la familia, comunidad y en los establecimientos educativos a los y las adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA

AMAYA, Pedro, Un país por construir, Unibiblos, 2000,

CASTAÑEDA Osorio Yenny Tatiana, Corredor Agudelo Luisa Fernanda, Vargas Soto Claudia Marcela, Embarazos en Adolescentes (11- 16 años), Profamilia, 2005.

CASTELLANOS, Beatriz, Falconier de Moyano Martha, La educación de la sexualidad en países de América Latina y el Caribe, Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA, México, 2001.

CEPAL-UNFPA, Fecundidad Adolescente y Desigualdad en Colombia y la Región de América Latina y el Caribe, Cepal – Unfpa, 2006.

CUESTA Laura, Nuñez Jairo, Ramirez Juan Carlos, Determinantes de la Pobreza en Colombia, Cepal, 2006.

CUESTA Laura, Nuñez Jairo, Efectos de la demografía sobre el bienestar de las madres y sus hijos en Colombia, 2005.

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, 1991.

DEPARTAMENTO DE PLANEACIÓN NACIONAL 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, 2012.

FLÓREZ, Carmen Elisa, Fecundidad Adolescente y desigualdad en Colombia, 2006.

FLÓREZ, Carmen Elisa, González Constanza, Henao Juanita, Kassem Diana, Soto Victoria, Vargas Elvia, Fecundidad Adolescente en Colombia, Cede, 2004.

GALDA, Muñoz Gabriel, Atención al adolescente, Universidad de Cantabria, 2008.

HERNANDEZ, Sampieri Roberto, Metodología de la investigación, 2010

KRAUSKOPF, Dina, Embarazo en la Adolescencia, Celade, 1985.

LINARES, 2010, 30 de noviembre,” Colombia sigue rezagada en proyectos de educación sexual.”, en El Tiempo, Bogotá, Vida de Hoy.

MALAVER, 2012, 22 de febrero,” Padres rechazan pedagogía del Distrito en educación sexual”, en El Tiempo, Bogotá.

MEDINA, Margarita, Historias reproductivas en el contexto de la transición de la fecundidad. Estudio de la trayectoria conyugal y anticonceptiva de mujeres Colombianas, Tesis doctoral en Demografía. Centro de Estudios Demográficos. Universidad Autónoma de Barcelona, 2005.

MEDINA, Margarita, Fecundidad y Anticoncepción de Jóvenes Adolescentes Colombianas cambios en 25 años (1980 – 2005), 2005.

MEDINA, Margarita, Trayectoria de paradigmas que explican la fecundidad, Desarrollo y Sociedad, Universidad de los Andes CEDE, 2005.

NÚÑEZ y Cuesta, Efectos de la demografía sobre el bienestar de las madres y sus hijos en Colombia., 2006.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN, Ley general de educación, 1994.

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL Política de Salud Sexual y Reproductiva, 2003.

MONTOYA Pablo, Barreto Eliane, Blanco Ana Judith, Cárdenas Yasmith, Chavarro Carolina, Piñeros Sandra, Barreras, Facilitadores para el acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios de salud sexual y reproductiva en Bogotá, 2011.

NIETO .Olivar José Miguel, Rincón Suárez Liz Johana, Ávila Garzón Samuel Asdrúbal Mariño Suárez Yenifer Lady, Forero Bareño Maryely, Aproximación a los significados de paternidad, maternidad y embarazo adolescente en contextos de desplazamiento, 2011.

PACHECO, Sánchez Carlos Iván, Bogotá: gestión del conocimiento para el abordaje del fenómeno del embarazo adolescente, 2011.

PENECHY, Mario, Barrera a la accesibilidad de anticonceptivos en Argentina, 2010.

PROFAMILIA. (2012) Encuesta de Salud Sexual y Reproductiva, Colombia. 1986, 1990, 1995, 2000, 2005, 2010. www.measuredhs.com

RICHARDSON, J. Policy Styles in Western Europe, London: Allen & Unwin.1982.

SÉPTIMO DÍA, 2012, 19 de febrero, "Polémica por clases de educación sexual", emisión de televisión, Pulido, productor, Bogotá, Canal Caracol.

VARGAS Rojas Clara Inés, Pavajeau Delgado Carol, Riaño Sanabria Maribel, Bernal Gómez Marina, Tatis Amaya Javier, significados, actitudes y comportamientos del personal de servicios de salud de Bogotá sobre la sexualidad adolescente, 2011.

ANEXOS

Anexo 1: Guía de entrevista dirigida a mujeres que fueron madres en la adolescencia

<i>Percepción de la educación</i>	Te gusta ir al estudiar
	Alguna vez has dejado de estudiar? Por qué dejaste de estudiar y qué hacías en ese tiempo en el que no estudiabas
	Después de tener tu bebe, piensas que puedes seguir estudiando.
<i>Percepción de la maternidad</i>	Que sentiste al saber que estabas embarazada
	Porque tomaste la decisión de ser madre.
	tu embarazo es el resultado de un descuido, de la falla de un método de planificación o es un bebe planificado
	Como recibió tu familia la noticia de tu embarazo.
	Piensas que la adolescencia es un buen momento para ser madre.
	Como es tu roll de mamá.
	Cuantos hijos tienes y como es tu vida ahora que eres madres.
<i>Educación sexual en la familia</i>	En tu casa como te explicaron las diferencias entre los niños y las niñas
	¿Quién te hablo sobre el desarrollo sexual de la mujer, es decir sobre la primera menstruación?
	¿Quién te explico cómo llegan los niños al mundo? ¿ Quién te explico cómo nacen los niños
	¿Quién fue la primera persona que te hablo de relaciones sexuales?
	Cuantos años tenías cuando te explicaron cómo quedan embarazadas las mujeres y quien te lo explico
	tus padres te hablaron de las consecuencias de tener relaciones sexuales

Educación sexual en la Familia (continuación)	Como era la relación con tu familia antes de estar embarazada.
	Como es tu relación con tu familia ahora que estas embarazada
	Piensas que ser madre genera un reconocimiento social
	En el colegio te hablaron sobre las consecuencias de tener relaciones sexuales
	Como es la metodología de la cátedra de educación sexual en el Colegio
	Cree que es importante recibir educación sexual en el Colegio
	Cuáles son las fortalezas y debilidades de la cátedra de educación sexual
	Si pudieras compartir tu experiencia con otras adolescentes les dirías y las encaminarías para que fueran madres.
Percepción de la pareja	Perdiste la virginidad como resultado de una decisión propia, presión de tu pareja, del grupo de amigas o por curiosidad.
	Como es la relación con el padre del bebe
	El padre de tu hijo está pendiente de ti y de tu bebe, quien responde económicamente por él bebe, quien cuida del bebe, estas casada con tu pareja o piensan casarse o viven juntos
	A veces pelas con tu pareja? Por qué? y cómo se resuelven los conflictos?

Anexo 2: Acciones de la política de salud sexual y reproductiva para adolescentes

Estrategia	Acciones
<p>Promoción de la SSR de los y las adolescentes mediante estrategias de información, educación y comunicación</p>	Lleven a cabo acciones de autocuidado centradas en la doble protección.
	Demanden métodos anticonceptivos adecuados a sus condiciones.
	Desarrollen capacidades de negociación con su pareja sobre el método anticonceptivo y de protección que se escogen en un momento dado.
	Se apropien de la posibilidad de retardar la edad de inicio de las relaciones genitales, las frecuencias con que estas se tienen y la edad de concepción.
	Asuman que la sexualidad y la reproducción y la forma en que estas se viven están determinadas por condiciones culturales y sociales que es posible de construir en el marco de un proyecto de vida que cada quien elige para sí.
	Se cuestionan los modelos sociales y culturales que posición el embarazo precoz como una forma de ganar estatus o reconocimiento social y afectivo.
	Rechacen la violencia sexual y domestica (física y psicológica) como modelo de relación afectiva o de resolución de conflictos.
<p>Coordinación intersectorial e interinstitucional</p>	La formulación conjunta de currículos para el desarrollo de competencias comunicativas y de gestión en los estudiantes de profesiones de la salud en el campo específico del trabajo con los adolescentes. Estas competencias deben seguir desarrollándose mediante acciones de formación continuada.
	La revisión de los contenidos de los libros de educación sexual que se utilizan en las instituciones con miras a que sus contenidos sean precisos y estén libres de perspectivas moralistas sobre la SSR.
	El desarrollo de una sexualidad satisfactoria, libre, responsable y sana por parte del recurso humano que trabaja en las IPS y los educadores y educadoras sexuales.
	La implementación de proyectos de educación sexual en las instituciones de educación básica y media que tengan en cuenta las necesidades de los adolescentes.
	La participación activa de los y las adolescentes y los padres y madres de familia en la formulación y seguimiento a los proyectos de educación sexual que se llevan a cabo en las instituciones escolares de educación básica y media.
	La formación de los diferentes miembros de la comunidad educativa (directivos, docentes, padres/madres de familia y estudiantes) en actitudes y prácticas de educación sexual para la creación de un clima de confianza y diálogo entre padres/madres de familia e hijos/hijas, para la prevención del embarazo precoz y para la toma de decisiones informadas en lo que se refiere al inicio temprano de relaciones sexuales y la interacción sexual con diferentes parejas.
	La formación de los miembros de la comunidad educativa para la prevención de la violencia doméstica (física y psicológica) y la violencia sexual, y la promoción de estilos pacíficos de resolución de conflictos.
	La obtención y provisión de ayuda psicológica y legal en caso de ser víctimas de violencia doméstica o sexual.

Coordinación intersectorial e interinstitucional (continuación)	<p>La generación de proyectos dirigidos a la comunidad en su conjunto, con especial énfasis en las organizaciones de adolescentes, sobre temas relacionados con la educación sexual que involucren como formadores a los adolescentes mismos, a los padres/madres de familia y a diferentes miembros de la comunidad. Los temas discutidos y promovidos deben tener en cuenta los lineamientos generales sobre educación sexual emanados del Ministerio de Educación Nacional y hacer hincapié en el fortalecimiento de las capacidades de negociación en la relación de pareja mediante la comunicación abierta y directa.</p>
	<p>La promoción de proyectos para la implementación de ambientes saludables.</p>
	<p>El apoyo a programas y proyectos escolares relacionados con la promoción de una vida sana. .(Colombia, Ministerio de Protección Social, 2003).</p>
Fortalecimiento de la gestión institucional	<p>Diseñar mecanismos operativos para que los servicios de SSR se realicen de manera eficaz evitando oportunas pérdidas.</p>
	<p>Canalizar a los y las adolescentes hacia los programas que se ofrecen para ellos a través de otros servicios de salud, con el fin de realizar la consejería y el ingreso a las actividades de promoción de la SSR.</p>
	<p>Formar a los y las prestadores de servicios de salud en el abordaje adecuado en los momentos de encuentro con los y las adolescentes con el fin de mantenerlos adheridos a los programas de SSR dirigidos a ellos.</p>
	<p>Promover mecanismos para facilitar el acceso de los y las adolescentes a medios anticonceptivos apropiados.</p>
	<p>Disponer de métodos de anticoncepción de emergencia para suministrar cuando existan indicaciones para su formulación y realizar acciones de canalización hacia los servicios de SSR en población adolescente para el establecimiento de métodos eficaces y seguros.</p>
<p>Fortalecer las acciones de vigilancia y control en el nivel territorial y nacional en lo relacionado con el seguimiento de las normas técnicas vigentes, haciendo especial énfasis en los mecanismos operativos empleados para brindar la consejería y garantizar el suministro oportuno y continuo de los métodos anticonceptivos elegidos.</p>	
Fortalecimiento de la participación	<p>Facilitar el acceso y promover la participación cualificada de los y las adolescentes como individuos o como parte de organizaciones juveniles en los comités de salud departamentales o municipales.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Empoderar a los y las adolescentes para que demanden, a través de sus organizaciones, el cumplimiento de las normas del POS para adolescentes en el tema de SSR.
	<ul style="list-style-type: none"> • Promover las responsabilidades de los adolescentes en cuanto al autocuidado, con especial énfasis en la doble protección.
Desarrollo de investigación	<p>Realizar investigaciones cualitativas sobre el comportamiento de los y las adolescentes frente a temas como el embarazo precoz y las ITS, VIH-SIDA.</p>
	<p>Realizar investigaciones cuantitativas y cualitativas para establecer las causas de la baja participación de los y las adolescentes en las ligas de usuarios y comités de salud.</p>
	<p>Evaluar la percepción de los y las adolescentes sobre las acciones de educación y comunicación en SSR dirigidas a ellos.</p>

Desarrollo de investigación (continuación)	Realizar investigaciones que permitan adecuar los servicios de SSR a las necesidades específicas de los y las adolescentes.
	Realizar investigaciones tendientes a detectar las redes de apoyo de los adolescentes en diferentes localidades y comunas, espacios escolarizados, barrios y veredas, entre otros.

Anexo 3: Cuadros de soporte

Anexo 3. 1: Tasa de fecundidad por edad, Colombia 1986 al 2010.

Edad e Indicador	1986	1990	1995	2000	2005	2010
15 – 19	74	70	89	85	90	84
20 -24	181	166	173	142	132	122
25 – 29	171	148	148	129	116	100
30 – 34	121	99	101	99	77	70
35 – 39	79	63	56	49	46	38
40 – 44	29	22	24	12	12	12
45 – 49	8	3	2	2	2	2
Total			NA			
Tasa Global de Fecundidad		2,9	3	2,6	2,4	2,1
Tasa General de Fecundidad		105	107	91	83	74
Tasa Bruta de Natalidad		26,1	26	22,7	20,4	18

Fuente: ENDS 1986 - 2010

Anexo 3. 2: Tasa de fecundidad urbana, Colombia 1986 – 2010.

Edad e Indicador	1986	1990	1995	2000	2005	2010
15 - 19	Sin Datos	62	74	71	79	73
20 -24	Sin Datos	147	150	124	114	110
25 - 29	Sin Datos	138	135	120	105	95
30 - 34	Sin Datos	90	91	87	70	69
35 - 39	Sin Datos	56	41	40	42	34
40 - 44	Sin Datos	13	11	12	12	11
45 - 49	Sin Datos	3	1	2	1	2
Total			NA			
Tasa Global de Fecundidad	Sin Datos	2,5	2,5	2,3	2,1	2
Tasa General de Fecundidad	Sin Datos	95	92	80	74	68
Tasa Bruta de Natalidad	Sin Datos	25,7	25	21,6	19	17

Fuente: ENDS 1986 - 2010

Anexo 3. 3: Tasa de fecundidad rural, Colombia 1986 – 2010.

Edad e Indicador	1990	1995	2000	2005	2010
15 – 19	93	137	134	128	122
20 -24	223	245	212	199	168
25 – 29	179	190	160	155	119
30 – 34	128	132	141	101	74
35 – 39	84	95	76	58	51
40 – 44	45	58	28	27	19
45 – 49	5	5	2	3	4
Total		NA			
Tasa Global de Fecundidad	3,8	4,3	3,8	3,4	2,8
Tasa General de Fecundidad	136	150	130	117	96
Tasa Bruta de Natalidad	27	30	25,7	24,3	28

Fuente: ENDS 1990 - 2010

Anexo 3. 4: Porcentaje de madres adolescentes, Colombia 1990 – 2010.

Edad	1990	1995	2000	2005	2010
15	2,2	3,1	1,4	2,7	3,1
16	5,9	7,1	6,5	7	6,6
17	8,4	9,3	14,1	13,6	14,8
18	12,5	20,5	22,1	25,9	23,4
19	21,2	32,2	30,1	34,4	33,3

Fuente: ENDS 1990 – 2010

Anexo 3. 5: Porcentaje de adolescentes en estado de embarazo, Colombia 1990 – 2010.

Edad	1990	1995	2000	2005	2010
15	0,9	1,8	1,8	3,8	2,1
16	2,2	2,3	4,5	4	3
17	3,7	4,7	6,2	5,4	4,3
18	5,9	5,1	4,5	3,7	4,2
19	3,9	6,4	2,8	4,6	5,1

Fuente: ENDS 1990 – 2010

Anexo 3. 6: Jóvenes madres por zona rural o urbana, Colombia 1990 – 2010.

Zona	1990	1995	2000	2005	2010
Urbana	8,8	11,5	13,3	14,5	13,8
Rural	12,3	19,3	20,8	21,6	22,2

Fuente: ENDS 1990 – 2010

Anexo 3. 7: Jóvenes embarazadas por zona rural o urbana, Colombia 1990 – 2010.

Zona	1990	1995	2000	2005	2010
Urbana	3	3,1	3,6	4	3,4
Rural	3,9	6,2	5,4	5,3	4,5

Fuente: ENDS 1990 – 2010

Anexo 3. 8: Total jóvenes madres y embarazadas por zona de residencia, Colombia 1990 – 2010.

Zona	1990	1995	2000	2005	2010
Urbana	11,8	14,6	16,9	18,5	17,3
Rural	26,2	25,5	26,2	26,9	26,7

Fuente: ENDS 1990 – 2010

Anexo 3. 9: Madres adolescentes por región, Colombia 1990 – 2010.

Región	1990	1995	2000
Caribe	14,4	14,5	16,2
Oriental	4,1	14,6	12,4
Bogotá	7,9	13,9	13
Central	10,2	11	15,4
Pacífica	10,8	13,8	17,8

Fuente: ENDS 1990 – 2010

Anexo 3. 10: Adolescentes embarazadas por región, Colombia 1990 – 2010.

Región	1990	1995	2000
Caribe	3,1	3,2	2,7
Oriental	4,8	3,2	4,8
Bogotá	3,6	4,1	3,7
Central	1,4	4,8	4
Pacífica	3,9	4,3	5,2

Fuente: ENDS 1990 – 2010

Anexo 3. 11: Adolescentes madres y embarazadas por región, Colombia 1990 – 2010.

Región	1990	1995	2000
Caribe	17,5	17,7	18,9
Oriental	9	17,7	17,3
Bogotá	11	18	16,7
Central	11,6	15,8	19,4
Pacífica	14,7	18,1	23

Fuente: ENDS 1990 – 2010

Anexo 3. 12: Madres adolescentes por región, Colombia 2005 y 2010.

Región	2005	2010
Caribe	15,5	15,8
Oriental	14,7	15,3
Bogotá	17,1	13,3
Central	17,2	16,1
Pacífica	16,1	17,4
Orinoquia y Amazonia	19,4	23,2

Fuente: ENDS 1990 – 2010

Anexo 3. 13: Adolescentes madres y embarazadas por región, Colombia 2005 y 2010.

Región	2005	2010
Caribe	19	20,2
Oriental	18,9	19,1
Bogotá	22,6	17,5
Central	21,5	19,2

Pacífica	20,3	20,5
Orinoquia y Amazonia	23,7	28,1

Fuente: ENDS 1990 – 2010

Anexo 3. 14: Adolescentes madres por nivel educativo, Colombia 1986. 2010.

Educación	1990	1995	2000	2005	2010
Sin Educación	62,4	25,4	*	36,6	53,6
Primaria	15,6	8,8	28,3	35,8	41,5
Secundaria	5,1	1,7	11,9	13,2	14,2
Superior	2,2		2,3	7,4	7,7

Fuente: ENDS 1990 – 2010

Anexo 3. 15: Adolescentes madres y embarazadas por nivel educativo, Colombia 1986 – 2010.

Educación	1990	1995	2000	2005	2010
Sin Educación	62,4	29,9	*	52,3	55
Primaria	20,3	12,4	33,7	42,3	46,5
Secundaria	7,7	6,5	15,8	17,3	17,9
Superior	2,2		3,1	9	10,5

Fuente: ENDS 1990 – 2010

Anexo 3. 16: Adolescentes madres por índice de riqueza, Colombia 2005 – 2010.

Índice de Riqueza	2005	2010
Más Bajo	25,2	23,9
Bajo	21	22,9
Medio	17,3	15,1
Alto	10,4	10,7
Mas Alto	8,5	5,5

Fuente: ENDS 1990 – 2010

Anexo 3. 17: Adolescentes embarazadas por índice de riqueza, Colombia 2005 - 2010.

Índice de Riqueza	2005	2010
Más Bajo	6,3	5,6
Bajo	4,5	4,1
Medio	4,8	3,9
Alto	4	2,8
Mas Alto	2,1	1,9

Fuente: ENDS 1990 – 2010

Anexo 3.18 Adolescentes madres y embarazadas por índice de riqueza, Colombia 2005 – 2010.

Índice de Riqueza	2005	2010
Más Bajo	31,5	29,5
Bajo	25,6	27
Medio	22,1	19
Alto	14,4	13,5
Mas Alto	10,7	7,4

Fuente: ENDS 1990 – 2010